



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MANUELLA NATASHA COSTA DA SILVA  
SUELLEM KAROLINE SILVA NEVES

**O BRINCAR DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA COM  
O CUIDADOR: UMA ANÁLISE PRÉ E PÓS CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES**

Belém  
2017

Manuella Natasha Costa da Silva  
Suellem Karoline Silva Neves

**O BRINCAR DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA COM  
O CUIDADOR: UMA ANÁLISE PRÉ E PÓS CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado como requisito para  
obtenção de nota parcial do módulo de  
TCC, do curso de Terapia Ocupacional da  
Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Msc. Adrine Carvalho dos Santos

BELÉM  
2017

Manuella Natasha Costa da Silva  
Suellem Karoline Silva Neves

**O BRINCAR DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA COM  
O CUIDADOR: UMA ANÁLISE PRÉ E PÓS CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado como requisito para  
obtenção de nota parcial do módulo de  
TCC, do curso de Terapia Ocupacional da  
Universidade Federal do Pará.

Data da defesa: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Conceito

Banca examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Adrine Carvalho dos Santos

Msc. Teoria e Pesquisa do Comportamento/UFPA – Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Adriene Damasceno Seabra

Msc. Neurociência e Biologia Celular/UFPA – Membro

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Gisely Gabrieli Avelar de Souza

Msc. Psicologia/UFPA – Membro

BELÉM

2017

Dedico este trabalho a Deus.

Aos meus pais, pelo exemplo que vocês me dão diariamente, pelo amor que sempre guiou nossas ações, dedicação que vocês têm para me conduzir no caminho do bem e principalmente, por acreditarem em mim quando nem mesmo eu acreditava mais.

**Dedico**

**Manuella da Silva**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter colocado a Terapia Ocupacional em minha vida, por me mostra diversas vezes que essa é a minha verdadeira vocação, por cercar minha vida de pessoas especiais com as quais eu sei que sempre poderei contar e principalmente por me enche de FÉ.

Obrigada pai, pelo exemplo de força, inteligência, amor e, sobretudo pelo apoio. Foi à grandeza do teu ser que me acompanhou, inspirou e fez com que eu buscasse sempre fazer o bem ao próximo.

Obrigada mãe, por ter sempre na ponta da língua uma palavra de força e encorajamento, pelo amor, carinho, dedicação e crença com que sempre conduziu as situações. Mesmo nos momentos mais difíceis, sempre esteve ao meu lado me fazendo acreditar que tudo é possível, basta crê.

Obrigado Biel, por ser esse irmão generoso, carinhoso e calmo. Foi tentando ser seu exemplo que eu me tornei uma pessoa melhor, meus dias tem sido mais alegres desde que você chegou a minha vida, meu Bibi.

Obrigada família e amigos, família adquirida e família de coração. Vocês são o meu abrigo, a minha alegria, a minha determinação e a minha esperança. Obrigado por estarem ao meu lado me incentivando.

Obrigado Suka por ser essa pessoa, generosa, parceira e paciente. Você foi um dos melhores presentes que a Terapia Ocupacional me trouxe, uma pessoa em quem eu vi um ombro amigo, muito mais que uma parceira, uma irmã que sempre poderá contar comigo para tudo.

Por último e não menos importante, obrigada Professora Mestre Adrine Carvalho dos Santos, por ter me incentivado à acreditar que era possível! Obrigada pela clareza de espírito que ajuda a desmontar o complicado. Obrigada pela alegria e confiança que deposita e transmite no que faz. Obrigada pelas palavras de inspiração, ânimo e força.

Muito obrigada!

“Atrás de cada criança que acredita em si mesma,  
está uma família que acreditou primeiro.”

***Mathew L. Jacobson***

Dedico está obra a Deus.

Ao meu pai, minha mãe Simone e minha  
mãe Silvinha.

Aos meus avós paternos.

Os quais me mostraram desde sempre o  
caminho correto, deram motivação,  
brincas e carinho na medida certa.

**Dedico**

**Suellem Neves**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e fé que foram essenciais para a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais Luiz Augusto e Simone que lutaram e demonstraram que através do trabalho e boas ações pode-se vencer na vida, não desmerecendo ninguém, mas fazendo tudo com humildade e resiliência. Minha mãe silvinha que sempre esteve nos primórdios da minha vida acadêmica, me motivando e nunca me desamparando, assim como meus avós paternos Sr Deusdedi e Dona Maria que infelizmente partiram antes de verem o fruto que eles plantaram em mim, mas jamais serreram esquecidos. Sou grata a cada um e tenho um amor enorme demonstrado em cada prática junto a terapia ocupacional.

Agradeço ao meu namorado Edgar por todas as vezes que me fez para e pensar como eu amo a minha profissão e ele. Por me ajudar e nunca deixa eu desistir dos meus sonhos

Agradeço por ser escolhida por essa profissão, que nos desenrolar da vida, surgiu e me encantou. Obrigada Terapia Ocupacional, agora e sempre! Por tudo de bom que trouxe para mim.

Agradeço a minha irmã branca Rairiana Simone por todo carinho e amizade, desde antes de ingressar na UFPA, já me motivava e se fazia como um anjo na minha vida, muito obrigada amiga! A sayori por aguentar todas as minhas crises com a T.O e sempre me fazer progredir com apoio e sendo uma amiga muito além dos muros da UFPA.

Agradeço a minha parceira nessa empreitada Manuella, que encarou essa e muitas outras ao longo da graduação, por ser companheira, me aguentar, rir e chorar junto. Obrigada por ser tudo e muito mais do que eu esperada da minha dupla de TCC.

E claro, um muito obrigado a Prof. Mestre Adrine Carvalho dos Santos, por ter confiados a nós essa missão, sempre acreditando, incentivando e demonstrando todo o seu afeto. Espero ser um dia um pouco do ser humano lindo que a senhora é.

Muito obrigada!

“Quanto mais longe uma criança com autismo caminha sem ajuda, mais difícil se torna alcançá-la.”

***Talk About Autism***

## RESUMO

O autismo acarreta déficits no desenvolvimento percebido ainda na primeira infância, fase que o brincar é uma ocupação predominante que potencializa o desenvolvimento. Sendo assim, é importante que cuidadores sejam encorajados a terem conhecimento de estratégias que ajudem a fomentar o brincar junto a crianças com transtorno do espectro autista. Assim, este estudo pretendeu investigar se um programa de intervenção oferecido aos cuidadores promoverá aumento da promoção do brincar conjuntos de crianças com autismo e que estado do brincar (simbólico, exploratório e funcional), faz-se mais presente. Realizou-se pesquisa quantitativa, na qual foram filmados momentos de interação entre 7 díades de cuidadores e filhos no brincar livre , pré e pós intervenção, dos quais foram analisados conforme a categorias do brincar (exploratório, funcional e simbólico e/ou conjunto e sozinho). Os resultados obtidos foram: houve aumento na duração do brincar na maioria das díades; o brincar funcional foi o mais presente nas fases pré e pós-intervenção; apenas uma díade apresentou brincar simbólico; e apenas houve aumento no brincar conjunto em três díades. Conclui-se que intervenções que promovem o brincar através do cuidador, para criança com TEA são importantes à medida que potencializam o desenvolvimento sadio, por meio de um facilitador que viabilize a motivação de estratégias. Por isto devem ser motivadas mais pesquisas com intervenções focadas para o brincar do TEA.

**Palavras-chave:** brincar; cuidador; autismo; terapia ocupacional.

## ABSTRACT

Autism entails deficits not perceived development even in early childhood, stage that playing is a predominant occupation that enhances development. Thus, it is important that caregivers be encouraged to be aware of strategies that support them to encourage play with children with autism spectrum disorder. Thus, this study aimed to investigate an intervention program offered to caregivers promoting increased promotion of play sets of children with autism and that state of play. A quantitative research was carried out in which moments of interaction between 7 dyads of caregivers and children without free play, pre and post intervention were recorded, which were analyzed according to the categories of play (exploratory, functional and symbolic and / or set and alone ). The results obtained by: there was an increase in playing time in most dyads; Functional play was the most present in the pre- and post-intervention phases; Only one dyad presented symbolic play; And there was only increase in play together in three dyads. It is concluded that the interventions that promote play for the caregiver, for the child with ASD are important as they potentiate healthy development, through a facilitator that enables a motivation of strategies. Therefore, you may be more motivated with focused interventions to play the ASD.

**Keywords:** play; Caregiver; Autism; Occupational therapy.

## LISTA DE TABELA

Tabela 1. Frequência das cuidadoras nas etapas de Intervenção (encontro grupais e monitoramento individualizado) e pontuação na Escala de Adesão ao Treinamento (EAT).....	43
--	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico da porcentagem da Díade 1 na fase pré e pós-intervenção .....	37
Figura 2. Gráfico da porcentagem da Díade 2 na fase pré e pós-intervenção .....	37
Figura 3. Gráfico da porcentagem da Díade 3 na fase pré e pós-intervenção .....	38
Figura 4. Gráfico da porcentagem da Díade 4 na fase pré e pós-intervenção .....	39
Figura 5. Gráfico da porcentagem da Díade 5 na fase pré e pós-intervenção .....	39
Figura 6. Gráfico da porcentagem da Díade 6 na fase pré e pós-intervenção .....	40
Figura 7. Gráfico da porcentagem da Díade 7 na fase pré e pós-intervenção .....	41
Figura 8. Gráfico da duração (%) dos níveis do brincar nas fases pré e pós-intervenção a partir das Díades.....	41
Figura 9. Gráfico da duração total dos brincares sozinho e conjunto na fase pré e pós-intervenção a partir das Díades.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ADI-R</b>	- Diagnostic Interview Revised
<b>BCE</b>	- Brincar Conjunto Exploratório
<b>BCF</b>	- Brincar Conjunto Funcional
<b>BCS</b>	- Brincar Conjunto Simbólico
<b>BSE</b>	- Brincar Sozinho Exploratório
<b>BSF</b>	- Brincar Sozinho Funcional
<b>BSS</b>	- Brincar Sozinho Simbólico
<b>COFFITO</b>	- Conselho Federal de Fisioterapia de Terapia Ocupacional
<b>D1</b>	- Díades 1
<b>D2</b>	- Díades 2
<b>D3</b>	- Díades 3
<b>D4</b>	- Díades 4
<b>D5</b>	- Díades 5
<b>D6</b>	- Díades 6
<b>D7</b>	- Díades 7
<b>DDL</b>	- Distúrbio de Desenvolvimento na Linguagem
<b>DIR</b>	- Desenvolvimento Individualizado e Orientado para o Relacionamento
<b>DSM</b>	- Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
<b>EAT</b>	- Escala de Adesão ao Treinamento
<b>LASDH</b>	- Laboratório de Aprendizagem Social e Desenvolvimento Humano
<b>NATEE</b>	- Núcleo de Atendimento Educacional Especializado aos Transtornos Globais Desenvolvimento
<b>NB</b>	- Não Brincar
<b>NTPC</b>	- Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
<b>TEA</b>	- Transtorno do Espectro do Autismo
<b>UFPA</b>	- Universidade Federal do Pará

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2.PRESUPOSTO TEÓRICO</b> .....	19
2.1 O DESENVOLVIMENTO E O BRINCAR.....	19
2.2 O BRINCAR E TERAPIA OCUPACIONAL.....	21
2.3 O AUTISMO.....	23
2.4 O BRINCAR DA CRIANÇA COM AUTISMO.....	25
2.5 O PAPEL DO CUIDADOR COMO MEDIADOR NO ENSINO DE HABILIDADES PARA CRIANÇAS COM AUTISMO.....	26
<b>3.METODOLOGIA</b> .....	30
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	30
3.2 PARTICIPANTES.....	30
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	30
3.4 AMBIENTE DE COLETA DE DADOS.....	31
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	31
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.7 CATEGORIAS PARA A ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
<b>4.RESULTADOS</b> .....	36
4.1 A ANÁLISE DO BRINCAR (EXPLORATÓRIO, FUNCIONAL E SIMBÓLICO) DAS DÍADES NAS FASES PRÉ E PÓS- INTERVENÇÃO.....	36
4.2 COMPARAÇÕES DOS NIVEIS DO BRINCAR DAS DÍADES NO PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO.....	41
4.3 O BRINCAR SOZINHO E CONJUNTO NAS FASES PRÉ E PÓS- INTERVENÇÃO DAS DÍADES.....	42
4.4 FREQUÊNCIA DAS CUIDADORAS NAS ETAPAS DE INTERVENÇÃO.....	43
<b>5.DISSCUSSÃO</b> .....	44
<b>6.CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	46
<b>REFERENCIAS</b> .....	47
<b>APÊNDICES</b> .....	50
APÊNDICE A – ANAMNESE.....	50
APÊNDICE B – ESCALA DE ADESÃO AO TREINAMENTO.....	57
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	58
<b>ANEXO</b> .....	59
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	59

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é caracterizado por diferenças qualitativas nas habilidades de interação social, déficit de comunicação e o comprometimento com comportamentos repetitivos e estereotipados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000 *apud* CAMARGO E RESPOLI, 2013), podendo ser esses sinais e sintomas observados no desenvolvimento de crianças com TEA.

Outro aspecto peculiar na criança com autismo é o brincar. Assim, “O brincar de crianças autistas é descrito como muito restrito e peculiar” (MARTINS E GÓES, 2013 p.25). Nessas crianças o processo do brincar não é tão simples, já que não há muita interação com parceiros, pelo déficit nas habilidades de interação ou incidência de comportamentos repetitivos e estereotipias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), então, para os cuidadores esse pode ser um processo longo e trazer grandes frustrações. Sendo esses cuidadores, os pais, familiares e educadores, que acabam desacreditando da viabilidade e importância dessa área tão propícia ao desenvolvimento.

Por isto, transmitir a esses cuidadores que o brincar é potencializado do desenvolvimento sadio é importante, para que este venha a se tornar um facilitador desse brincar. Permitindo através do brincar, estimulação e engajamento para se deterem em uma atividade significativa que trará vários ganhos, reconhecendo o que é o prazer de impulsionar transformação através do brincar (FERLAND, 2006).

O brincar dentro do espaço terapêutico é utilizado como instrumento para diagnosticar desenvolvimentos atípicos e como uma ferramenta de tratamento na intervenção terapêutica ocupacional. Tendo em vista o brincar, a terapia ocupacional é uma das profissões habilitadas para compreendê-lo e orientar no engajamento e desempenho junto ao mesmo, pois entende o brincar como uma ocupação que faz parte da infância e que promove o processo de desenvolvimento sadio através de atividades realizadas diariamente dentro de casa e na comunidade e, frequentemente, compartilhada e realizada com outros indivíduos (ZEMKE E CLARK, 1996; AOTA, 2015).

Durante a brincadeira, o engajamento do adulto torna-se essencial na construção da base das demais relações entre os sujeitos (TAKATORI; BOMTEMPO E BENETTON, 2001). E no caso das crianças com autismo, o papel do adulto é

fundamental para a facilitação do brincar. Porém, para alguns cuidadores e/ou pais de criança com autismos se faz necessário orientações sobre estratégias que possam melhorar a interação de cuidador-criança, pois nem sempre são instruídos ou esclarecidos quanto ao papel de facilitador do brincar, isto é exposto no modo que a criança desencadeia uma brincadeira, e interfere também no jeito que a mesma se engaja no brincar.

Portanto, o TEA acarreta déficits no desenvolvimento na fase em que a criança tem como principal e fundamental ocupação o brincar. Esta ocupação é considerada uma ferramenta de extrema importância para o desenvolvimento da criança. Porém, a literatura aponta o brincar da criança autista como restrito e vago sendo caracterizado por apresentar carência de interação com os parceiros do brincar, dificuldade de iniciar brincadeiras ou não manter interesse em determinada atividade conjunta, não demonstrando prazer ou empenho (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ZEN E OMAIRI, 2010). A partir disto, objetivou-se investigar como um programa de cuidadores, que ensina estratégias de interação para os cuidadores no contexto do brincar, interfere na qualidade do brincar de crianças com TEA.

Então, este trabalho é relevante, pois trás um ineditismo dentro das pesquisas com crianças com TEA e busca observar o brincar de crianças autistas antes e após a participação dos cuidadores em um programa de intervenção. A capacitação visou ensinar aos cuidadores, estratégias que promoviam o aumento na duração de engajamentos conjuntos entre crianças e seus pais e/ou cuidadores. O estudo do resultado da capacitação na habilidade do brincar da criança com autismo pode trazer mais dados, que auxiliem na elaboração de estratégias para o atendimento terapêutico ocupacional destas crianças.

O trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos, o primeiro corresponde a introdução, onde faz-se uma abordagem geral sobre a pesquisa, apresentando a justificativa e os seus objetivos.

No segundo capítulo há um breve resumo sobre o brincar, a relação deste com a terapia ocupacional, sobre o autismo, o brincar da criança da criança com transtorno do espectro autista, e sobre o papel do cuidador no ensino de habilidades para crianças com autismo.

No terceiro capítulo busca-se descrever a metodologia da pesquisa, apresentando o tipo de pesquisa, os participantes, os instrumentos de coleta de

dados, os procedimentos para a realização desta, os procedimentos de análise de dados e as categorias que embasaram esta análise.

Posteriormente, no quarto capítulo, expõem-se os principais resultados e discussão referentes à pesquisa. Por fim, no quinto e último capítulo destaca-se as considerações finais.

## 2. PRESUPOSTO TEÓRICO

### 2.1 O DESENVOLVIMENTO E O BRINCAR

O desenvolvimento da criança é classificado “por uma sequência de mudanças físicas, cognitivas, psicológicas e sociais que as crianças experimentam à medida que vão crescendo” (COLE; COLE E LOPES, 2004 p.28), sendo uma maturação biológica, psicológica e cognitiva que acompanha o indivíduo. O brincar é tido como um comportamento diário e essencial ao longo do desenvolvimento, para otimizá-lo (BOMTEMPO, 2000), evidenciando a ocorrência simultânea do desenvolvimento e brincar.

Há autores que compreendem o brincar como espelho do desenvolvimento, um meio essencial para fomentar capacidades, habilidades, interesses e hábitos, além de ser elemento privilegiado para interação, evolução e mecanismo de aprendizagem, no qual há aquisição de conhecimento. O desenvolvimento é contemplado pelo brincar, e na excelência da prática do brincar o desenvolvimento também é acrescido (TAKATA, 1974; REILLY, 1974 *apud* REZENDE, 2009; FERLAND, 2006).

Takata (1974) *apud* Rezende (2009) acredita que com o aumento da complexidade do brincar é proporcional ao desenvolvimento e o define como conjunto complexo de comportamentos caracterizado por um processo dinâmico que envolve atitudes e ações particulares, envolvendo exploração, experimentação, repetição de experiência e imitação de crianças em volta.

A autora descreve o brincar embasada nas obras de Piaget (1962) e Parten (1932) organizado em: sensório-motor (período de exploração e manipulação de si mesmo, no qual o brincar está centrado em si mesmo); simbólica e construtiva simples (desenvolvimento de ações simbólicas, tendo base nas ações da fase antecessora); dramática, construtiva ou pré-jogo (há o despertar da fantasia, imitação, demonstrando o maior nível de associação); jogo (ocorre o fascínio por regras e da invenção de novas regras para o jogo); recreativa (demonstra a necessidade da habilidade da interação social, buscando o trabalho em equipe e a cooperação) (TAKATA, 1974 *apud* REZENDE, 2009).

Para Erikson (1963) *apud* Verissimo (2002), o brincar é uma apropriação dos valores da cultura que vivencia, em tempo e espaço, permitindo-se descrever o brincar através do desenvolvimento psicossocial, ou seja, a criança percorre 8 estágios: Confiança versus Desconfiança; Autonomia versus Vergonha e Dúvida; Iniciativa versus Culpa; Construtividade versus Inferioridade (estes 4 primeiros são considerados importantes para a formação da personalidade); Identidade versus Confusão de Papéis; Intimidade versus Isolamento; Produtividade versus Estagnação; Integridade versus Desesperança. Percebe-se o brincar como um fator primordial no desenvolvimento infantil, pois o autor acredita que na ocorrência de uma falha em qualquer estágio, o estágio antecessor estará comprometido (VERISSIMO, 2002; KREUTZ *et al*, 2011).

Já Witticont (1975) entende o brincar como um ato que surge a partir da necessidade humana de realizá-lo, acarreta como resultado, a apropriação de conceitos, papéis e relações afetivas, desde a relação mãe-bebê, quando a mãe concretiza o que o bebê está pronto para encontrar; visando o desenvolvimento emocional, através da teoria do desenvolvimento infantil. Desde já anuncia a importância do parceiro na realização do ato de brincar.

Brougère (1998), seguindo as teorias Freudianas, acredita que o brincar é um mecanismo psicológico que garante ao brincante manter-se distante da realidade, detendo no brincar o princípio do prazer, se opondo ao da realidade. Freud alega:

“Toda criança que brinca se comporta como um poeta, pelo fato de criar um mundo só seu, ou, mais exatamente, por transpor as coisas do mundo em que vive para um universo novo em acordo com suas conveniências” (FREUD *apud* BROUGÉRE, 1998).

Então, para o autor, o brincar é por excelência algo que motiva a expressão do que a criança experimenta, sendo boa ou ruim, dar-lhes experiências e o molda para a vida adulta, segundo conformidades singulares.

O brincar é a atividade própria da criança, cheia de sentido para ela, através da qual, consegue desenvolver suas capacidades de adaptação, estratégia de ação e interação, conquistando assim sua autonomia, além de ser a forma de descobrir o mundo, ajudando no desenvolvimento de suas habilidades (FERLAND, 2006).

Com o desenvolvimento da criança é observado às várias maneiras de brincar que pode ser desempenhado, como o brincar exploratório, no qual a criança demonstra curiosidade por si, objetos e/ou no ambiente; o brincar funcional que acontece quando a criança desencadeia associações convencionais de dois ou mais objetos, a exemplo, o do manuseio de uma colher de brinquedo até a boca da boneca, agregando a função cabível ao objeto, no caso a colher; também, há o brincar simbólico que ocorre quando há troca do objeto e/ou conceder propriedades falsas, atribuir presença de objetos e/ou sensações, ações, entre outros imaginários, por exemplo, a fantasia de voar na vassoura ou na utilização de um bloco de papel como telefone (WILLIAMS; REDD E COSTALL, 2001).

O brincar proporciona ao desenvolvimento infantil a autonomia, promove aspectos como linguagem, o pensamento, a socialização e autoestima, agindo diretamente para potencializar a saúde física, intelectual e emocional da criança. Demonstrando assim que o brincar se justifica por sua prática, pois está ligado ao desenvolvimento (SANTOS; MARQUES E PFEIRFER, 2006).

Portanto, o brincar para análise deste trabalho foi compreendido a partir da necessidade inata de fazê-lo pela criança, do prazer, da espontaneidade que é evidenciando no desempenho das atividades que compõe essa área de ocupação, na demonstração da cultura em que se enquadra e no desenvolvimento de aspectos físicos e psicológicos, importantes e influenciadores do desenvolvimento infantil, demonstrando-se como um aspecto importante e conjunto ao desenvolvimento da criança (AOTA, 2015; FERLAN, 2006; MALUF, 2003; FLOREY, 1971 *apud* REIS E REZENDE, 2014).

## 2.2 O BRINCAR E TERAPIA OCUPACIONAL

A terapia ocupacional é uma das profissões habilitadas para compreender o brincar, pois entende o mesmo como uma ocupação que faz parte da infância. Utiliza o brincar como recurso para a promoção do desenvolvimento infantil, como um de seus principais objetivo diante da pediatria (SILVA E PONTES, 2013).

Segundo a resolução nº. 324, de 25 de abril de 2007, referente ao Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2007), confere ao terapeuta ocupacional a atuação na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico Ocupacionais do Brincar e do Brinquedo.

“Artigo 1º - É exclusiva competência do Terapeuta Ocupacional, devidamente registrado no CREFITO da jurisdição de sua atuação profissional, desenvolver atividade de brincar e utilizar o brinquedo como recursos terapêutico-ocupacionais na assistência ao ser humano em suas capacidades motoras, mentais, emocionais, percepto-cognitivas, cinético-ocupacionais e sensoriais, em todos os níveis de atenção à saúde” (COFFITO, 2007).

Sendo assim, é de competência do terapeuta ocupacional utilizar o brincar e as ocupações como recurso durante suas intervenções. Esta ocupação tem papel importante no desenvolvimento das habilidades básicas da criança, estimulando a interação social e com o meio durante as brincadeiras. Através do brincar, também, há uma formação, um aprendizado do que é considerado normativo socialmente, além de ser uma forma de expressão de sentimentos (FERLAND, 2006; CASTRO *et al*, 2010 *apud* DIONISIO *et al*, 2014).

A terapia ocupacional vê no brincar uma ocupação que promove o processo de desenvolvimento através de atividades, e isto é ressaltado na resolução nº. 324, que afirma:

“Considerar que a atividade de brincar e de utilizar o brinquedo sendo áreas de desempenho ocupacional inseparáveis do processo de desenvolvimento e construção da identidade do indivíduo e da criança, nas quais o interesse intrínseco é a participação ativa do indivíduo, da criança, com estímulo à elaboração de capacidades, resoluções de problemas e estabelecimento de novas relações com os objetos, seu corpo, sua história e com a produção de conhecimentos diversos” (COFFITO, 2007).

Em vista, o brincar é entendido como uma ocupação importante, dentro do espaço terapêutico, podendo ser instrumento para diagnosticar desenvolvimentos atípicos e como uma ferramenta de tratamento na intervenção terapêutica ocupacional. Também, tem relevância ao terapeuta ocupacional observar se a criança mantém o equilíbrio entre o brincar e outras ocupações e a utilização e/ou manutenção dos brinquedos, equipamentos e utensílios de forma apropriada (AOTA, 2015). Tudo que proporcione engajamento, desempenho e motivação desejada à realização do brincar.

É importante ressaltar que a intervenção terapêutica ocupacional pode ser diretamente a criança ou indiretamente. Na segunda opção, pode ser realizada, eventualmente, através de palestras, orientações ou até mesmo capacitações para pais, familiares, cuidadores e outros profissionais. Um estudo que objetivou

investigar e descrever as formas de atuação dos terapeutas ocupacionais que atuam em instituições de ensino superior, no processo de capacitação de educadores de creches, demonstrou que esse tipo de ação contribui nos processos de prevenção, com enfoque nos transtornos no desenvolvimento, na intervenção, com o uso de novas estratégias, a exemplo de estimulação, e por fim de inclusão, haja vista que essa pesquisa ocorreu no contexto escolar (MARTINEZ E NEÓFITI, 2007).

A atuação do terapeuta ocupacional se torna conveniente, pois o mesmo considera o cuidador como facilitador e motivador do engajamento no brincar, o desenvolvimento e as repercussões que ocupações significativas tem diante da vida humana, oferecendo estratégias que estimulem o engajamento e o desempenho conjunto cuidador-criança no brincar, a fim de potencializar o desenvolvimento.

### 2.3 O AUTISMO

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM – V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o autismo é uma alteração do neurodesenvolvimento, no qual competem os seguintes critérios para o diagnóstico: déficit na interação e comunicação social em diversos contextos, prejuízos na comunicação verbal e não verbal que prejudica ou inviabiliza a funcionalidade de expressões, iniciação de diálogos ou até mesmo de conseguir mantê-los, evidenciando detrimentos na interação social, como o uso instrumental do parceiro e maior atenção a objetos que a pessoas. Apresenta, ainda, como critério de diagnóstico o padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos.

O TEA, também pode se caracterizar pela presença de movimentos motores, uso de objetos ou fala repetitiva, como estereotípias simples de girar o corpo, sacudir as mãos ou se movimentar em pêndulo, alinhar ou girar brinquedos. Evidencia, ainda, fixação anormal, em foco e intensidade, por objetos ou rotinas e rituais realizados rigorosamente e diariamente, além de poder desenvolver a ecolalia que é a reprodução não funcional da comunicação. Também, pode apresentar desordens sensoriais, podendo ser de ordem hiporreativa, hiper-reativa ou ter interesse comum por aspectos sensoriais do ambiente. Percebe-se, portanto, que o TEA pode demonstrar diferentes arranjos ao manifestar-se no desenvolvimento

infantil, sendo assim singular a cada indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Aos três anos de idade, as crianças já estão aptas a receberem o diagnóstico de TEA. E, preferencialmente, deve ser realizado com o suporte de uma equipe multiprofissional que envolve médico, terapeuta ocupacional, psicólogo, entre outros (BOSA, 2006).

Contudo, Oliveira (2009) ao relatar sobre a detecção precoce, evidencia alguns sinais que a criança com TEA poderá apresentar: (0 á 6 meses) ignorar ou não apresentar respostas a fala, apresentar choro sem motivo aparente ou inquietação sem ligação a evento ou pessoa, também tende ao silêncio ou a gritos esporádicos, é indiferente a busca do olhar do cuidador ou realiza com menor frequência, pode manter interesse maior em objetos do que em pessoas; (6 á 12 meses) não apresenta expressões faciais com significado, tende a não reação, como ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque, não sabe repetir gestos (manuais e/ou corporais), dificuldade em comportamentos como estender os braços ou pedir colo;(12 á 18 meses) pode não apresentar as primeiras palavras ou apresentar fala inapropriada para idade; segundo Carvalho *et al* (2013) demonstra déficit na habilidade de coordenar a atenção espontaneamente junto com um parceiro social em relação a um objeto ou evento, esta habilidade é chamada de atenção compartilhada, um exemplo é o apontar da criança; (18 á 24 meses) pode ocorrer ecolalia (repetição de palavras); e (24 á 36 meses) poderá ocorrer o uso instrumental do parceiro, usando-o para pegar algo ou fazer algo para satisfação e interesse da criança, tende ao não compartilhamento junto ao parceiro, como ausência no comentar, perguntar ou demonstrar objetos e ou situações.

De acordo com Brasil (2014) e Carvalho *et al* (2013), estes sinais no desenvolvimento devem ser identificados precocemente para possibilitar intervenções extremamente importantes, uma vez que quanto mais cedo terapias são introduzidas, mais rapidamente os resultados positivos se instauram para a estimulação de um desenvolvimento sadio.

Contudo, percebe-se que o autismo apresenta alterações no desenvolvimento, sendo estas com ou sem padrão. Sendo que o quanto antes for realizado a visualização dessas alterações, é melhor para buscar suporte profissional e assim tentar minimizar os prejuízos ao desenvolvimento desta criança.

## 2.4 O BRINCAR DA CRIANÇA COM AUTISMO

A criança com autismo apresenta de forma aleatória déficits em seu desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), que nem sempre são bem claros aos cuidadores, sendo expostos no modo que a criança desencadeia uma brincadeira e/ou pode modificar o jeito que se engaja no brincar.

O estudo de Tamanha *et al* (2006) resultou na observação da preferência das crianças com TEA pelo brincar sensório-motor, como exemplo, o de levar objetos a boca, lambe e manusear livremente o brinquedo. Também foi verificada a inabilidade de reproduzirem atividade compartilhada e imaginativa, não conseguindo se engajar, mesmo com motivação e modelo oferecido pelo pesquisador junto à criança, no jogo simbólico, no qual a criança teria que usar o brincar de faz-de-conta, imaginativo, não funcional de objetos.

O brincar simbólico da criança com TEA ocorre de maneira limitada em frequência e variedade, conseguindo realizar em maior frequência comparado ao simbólico, o brincar exploratório e funcional (MARQUES E BOSA, 2015). Percebe-se, portanto, que não há uma perda total do envolvimento lúdico, mas uma dificuldade de engajamento e/ou compartilhamento do mesmo.

O estudo de Fiaes e Bichara (2009) apontaram que os déficits provocados pelos sinais e sintomas do TEA prejudicam o surgimento da brincadeira, causando a ausência e possivelmente proporciona atrasos no desenvolvimento de habilidades importantes para a adaptação do indivíduo na sociedade.

Analisar como a criança autista se envolve no brincar é de grande valia, já que o brincar é muito importante durante a infância, pois através dele é estimulado o desenvolvimento de diversos aspectos como linguagem, habilidades motoras e cognitivas. Além disso, a brincadeira é uma atividade universal e pertencente à saúde (WINNICOTT *apud* TAKATORI; BOMTEMPO E BENETTON, 2001).

Manning e Wainwright (2010) realizaram um estudo com um grupo de crianças com autismo e um de crianças com distúrbios de desenvolvimento na linguagem (DDL), com idades comparáveis. Objetivou-se comparar as observações do brincar e habilidades sociais entre crianças autistas e com DDL e investigar a relação entre o desenvolvimento do brincar e o funcionamento social nestes dois grupos de crianças. Os resultados indicaram envolvimento diferente entre os dois

grupos em brincadeiras de papéis e brincadeira com regras estabelecidas. Em brincadeiras que envolvessem alguma forma de troca de papéis (brincar de dardos como um caçador) e também o uso do contato e/ou conversa com um adulto, as crianças com autismo tiveram menor envolvimento quando comparadas às crianças com DDL, demonstrando uma menor capacidade no funcionamento social. Observou-se, também, que as crianças com autismo tiveram mais dificuldade na iniciação do brincar que criança com DDL, porém, no momento final das brincadeiras, as crianças com autismo se igualaram as com DDL na avaliação global social. Os autores admitem a percepção de uma associação significativa entre o brincar e o funcionamento social, independentemente do diagnóstico, sugerindo que o brincar pode atuar como um indicador da habilidade social e fornecedor de uma área de práticas para habilidades sociais.

Deste modo, conclui-se que o brincar é um aspecto modificado na criança com TEA devido às diversas peculiaridades encontradas no espectro autista. E que deve se estudar a fundo, na busca de se entender como uma área que proporciona a aquisição de habilidades e um desenvolvimento saudável se dá na criança com TEA, seja desempenhada sozinha ou em conjunto com o cuidador.

## 2.5 O PAPEL DO CUIDADOR COMO MEDIADOR NO ENSINO DE HABILIDADES PARA CRIANÇAS COM AUTISMO

Segundo Brunello (2007) ao pensar no processo de desenvolvimento infantil é necessário considerar que todos os indivíduos, passam por fases ao longo do desenvolvimento, onde cada fase se caracteriza por novas e mais complexas tarefas, no qual o amadurecimento é gerado a partir das soluções encontradas para cada tarefa. Para alcançar isso, a criança precisa de alusão afetiva e incentivadora, geralmente realizada pela família e ou grupo social, pois surgem como a primeira oportunidade de vínculo, oferecendo assim bases para um desenvolvimento saudável.

Ferland (2006) ressalta que para os pais a relação com os seus filhos se tornam mais prazerosa quando há compreensão e conhecimento de suas crianças para além da deficiência que apresentam, demonstrando a importância da comunicação terapeuta-familiar, no favorecimento de uma interação mútua e satisfatória entre pais-filhos. Então, dividir conhecimentos com os pais proporciona entendimento da importância das atividades cotidianas mais simples e

principalmente de como esse entendimento na prática proporciona efeitos sobre o desenvolvimento das diversas habilidades e até mesmo de uma evolução em seu quadro de expectativas sobre a criança.

O ato de brincar deve ser facilitado para a criança com deficiência através do parceiro no brincar, para que a mesma exteriorize seus sentimentos através da atividade lúdica. Visto isso, destaca-se que o cuidador tem papel importante, pois ele favorece a participação em brincadeiras e compartilhamento disso com outras crianças e adultos, gerando, assim, o desenvolvimento da mesma (MARTINI, 2010; FERLAND, 2006).

Durante a brincadeira, o engajamento do adulto torna-se essencial na construção da base das demais relações entre os sujeitos (TAKATORI; BOMTEMPO E BENETTON, 2001). E no caso das crianças com autismo, o papel do adulto é fundamental para a facilitação do brincar.

Martins e Góes (2013) realizaram um estudo com o objetivo de analisar os modos que as crianças autistas se orientam para o outro e para objetos em situação de brincadeira em grupo, sempre observando indicadores da emergência de ações imaginativas, em especial aquelas vinculadas ao jogo de papéis. Os participantes do estudo foram dois meninos e uma menina, com idade de seis a doze anos. Durante sessões de brincadeiras coordenadas, a pesquisadora interagiu e atribuiu significado às suas ações e ao uso de brinquedos, encorajando a ação do brincar de faz de conta. Os dados foram organizados sob dois temas e subtemas: modos de brincar das crianças (sorrindo e tocando, buscando provocar ações do outro e engajamento e brincadeira) e modos de atuação do adulto (o encorajamento do início ou da manutenção de contato com outros, a construção de sentidos sobre brincadeiras e uso de brinquedos e referência a estados subjetivos atribuídos à criança). Os resultados evidenciaram que a mediação da pesquisadora propiciou a ocorrência de muitos momentos de orientação para o outro e de uso contextualizado de objetos, incluindo vários momentos que o sujeito conseguiu se envolver no jogo de papéis (conseguindo imitar de forma imaginativa um papel que não era seu). Os autores concluíram que se necessita refletir mais não só como o autista se relaciona com o outro, mas como o outro se relaciona com o autista, visando sempre questionar as práticas sociais utilizadas no atendimento a essas crianças.

No estudo de Freeman e Kasari (2013) com 32 crianças, sendo 16 autistas e 16 com desenvolvimento típico, formaram-se duplas de pai e filho com objetivo de

examinar semelhanças e diferenças nas interações do brincar entre as duplas com crianças autistas e típicas. As crianças com autismo foram avaliadas pelo protocolo *Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) e preencheram os critérios para o autismo em todos os quatro domínios, ratificando seu diagnóstico. Em seguida, houve uma avaliação de brincadeira estruturada, realizada com a criança de frente para o avaliador que apresentava os brinquedos (bonecas, conjunto de chá, caminha, entre outros). Foram filmados de 15-20 minutos do brincar, com intuito de identificar a frequência de comportamentos observados para, posteriormente, classificá-los em níveis de habilidades do desenvolvimento do brincar de 1 até 14, no qual inicia com ações indiscriminadas até jogo temático/ fantasia) das crianças. Houve, também, o brincar livre entre pai e filho, onde os pais eram instruídos a brincarem como se estivessem em casa, podendo orientar a criança com sugestões, agindo e imitando a criança, tendo sido filmadas por 10 minutos. Tudo foi observado por dois examinadores que anotavam os tipos e a frequência dos comportamentos durante a brincadeira, obtendo assim níveis de brincar. O resultado indicou que na avaliação da brincadeira estruturada as crianças autistas detêm um nível de brincar inferior comparando-as com crianças típicas. As crianças autistas, geralmente, apresentavam maiores níveis de brincar durante a avaliação da brincadeira estruturada, do que nas interações com seus pais. Conclui-se que o brincar, que enquadra a zona de desenvolvimento da criança (ou apenas acima do seu nível de brincar dominado), resulta em maior envolvimento e aumento do nível e diversidade do brincar através de estratégias de interação pai-filho.

Solomon *et al* (2007) realizou um estudo para demonstrar a avaliação do projeto piloto de treinamento de pais de crianças autistas, chamado *THE PLAY (Project Home Consulting Model)*. Baseado no modelo de desenvolvimento, individualizado e orientado para o relacionamento (DIR) de *Stanley Greenspan*, este treinamento se concentra em ajudar as crianças com distúrbios na comunicação a melhorar a reciprocidade social e comunicação funcional, uma fonte frequentemente ignorada de atraso de desenvolvimento. Este modelo apresenta uma abordagem abrangente, intensiva e multidisciplinar. Esta pesquisa contou com a participação de 68 crianças entre 5 e 6 anos de idade, e um treino dos pais pautado no DIR, que proporciona uma capacitação para que os pais se tornem parceiros de brincar com as crianças. As sessões de treinamento ocorriam durante 15 horas semanais, no decorrer de 8 a 12 meses. Obteve-se como resultado que as crianças, depois que

participaram do projeto, tiveram 14% de aumento do progresso com base nos dados clínicos das crianças, 45,5% das crianças tiveram de bom a muito bom progresso no desenvolvimento funcional, o que representa a diferença entre ser auto-isolado e ser capaz de se comunicar de forma consistente. O estudo ressaltou a relevância da abordagem DIR no projeto para a promoção do envolvimento dessas crianças com seus familiares.

Solomon *et al* (2007) enfatizam a importância de repassar estratégias parentais específicas para facilitar o brincar e engajamento das crianças com autismo. Outros estudos comprovam que pais e/ou cuidadores quando orientados a como brincar com crianças autistas, estas tiveram uma melhora significativa em seu desenvolvimento (MARTINS E GÓES, 2013; FREEMAN E KASARI, 2003).

Então, é muito importante repassar orientações aos cuidadores, para que estes possam melhorar o engajamento na parceria cuidador-criança. A qualidade do brincar dessa criança se torna indispensável à medida que o brincar é visto não somente como mera diversão, mas como um meio para potencializar o desenvolvimento (PAPALIA E FELDMAN, 2013).

Portanto, conclui-se que os cuidadores tem papel fundamental no processo de desenvolvimento infantil da criança com TEA, oferecendo apoio e incentivos para o mesmo. Sendo que através da relação terapeuta-familiar, o parceiro no brincar terá maior conhecimento e estratégias para buscar o engajamento da criança.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Foi realizada uma pesquisa quantitativa que emprega a descrição matemática, sendo utilizadas para descrever as causas de um fenômeno, relações entre variáveis, entre outras (TEXEIRA, 2008). Neste tipo de pesquisa, a atitude científica dá explicação ao comportamento de coisas. Ao analisar comportamentos, este tipo de pesquisa, enquadra classificação de tipos de atitudes, manifestações físicas, psíquicas ou sociais, ambos observáveis em indivíduos ou grupos como respostas a estímulos interpessoais ou ambientais (TURATO, 2005). Procurou-se neste estudo analisar a duração de alguns comportamentos específicos, de forma numérica, que serão descritos posteriormente, dentro do brincar da criança com transtorno do espectro autista. Em uma pesquisa semelhante de Napoli e Bosa (2005) também foi quantificado alguns comportamentos maternos e infantis a fim de facilitar a construção e compreensão dos resultados e discussão.

#### **3.2 PARTICIPANTES**

Participaram sete cuidadores e suas crianças com diagnóstico de autismo. O diagnóstico foi fornecido por um profissional independente, tendo base o DSM- IV ou CID-10. As crianças tinham idade entre 47 e 67 meses. As crianças e seus cuidadores foram recrutados no Núcleo de Atendimento Educacional Especializado aos Transtornos Globais do Desenvolvimento (NATEE) e no Ambulatório de Autismo do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza.

Os critérios de inclusão utilizados para selecionar os participantes da pesquisa foram: a criança deve ter diagnóstico de autismo com ausência de doença associada, seja de cunho genético e/ou outras deficiências motoras, intelectuais, sensoriais e múltiplas; e possuir idade entre 36 e 72 meses. E os critérios de exclusão utilizados foram: a criança apresentar alguma doença genética e/ou deficiências motoras, intelectuais, sensoriais e múltiplas associadas ao diagnóstico de autismo; e possuir idade menor que 36 meses e maior que 72 meses.

#### **3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Para realizar esta pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta dos dados:

- Anamnese (Apêndice A): fornece informações sobre o período gestacional, histórico clínico da família e da criança, incluindo desenvolvimento motor, cognitivo,

emocional, sensorial e social do participante. Sendo composta pela pesquisadora do projeto de mestrado. Foi aplicada na Fase 1 da pesquisa.

- Escala de Adesão ao Treinamento – EAT (Apêndice B): avalia o grau de adesão do cuidador ao programa de intervenção. Sua pontuação varia numa escala de um a cinco que indicam um nível mais baixo de adesão ao nível mais alto, respectivamente, e foi elaborada pela pesquisadora. Foi aplicada na Fase 3 da pesquisa.

### 3.4 AMBIENTE DE COLETAS DE DADOS

A Anamnese foi aplicada na sala de entrevistas do Laboratório de Aprendizagem Social e Desenvolvimento Humano (LASDH), do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), na Universidade Federal do Pará (UFPA).

As sessões de observação direta das interações cuidador-criança durante as fases pré e pós- intervenção (Fase 1 e 3, respectivamente) foram realizadas na sala de observação do LASDH. A sala (3x3m) possuía um espelho unidirecional (1x1,5m) em uma das paredes laterais e um espelho fixo (0,8x1) na parede adjacente. Durante as sessões de interação com o cuidador, alguns brinquedos (livros infantis, bonecos, quebra-cabeça, bola, carrinho, miniatura de ferramentas, caminhãozinho com roda desencaixada, motocicleta, centopeia de pelúcia, animais de plástico, jogos de montar, fogãozinho, panelas, talheres de plástico, piano musical) eram disponibilizados ao redor de um tapete de E.V.A, e outros (sapo de pelúcia, bolas coloridas, carrinhos, letras de E.V.A, pianinho sonoro, potes, jogos de encaixe), disponibilizados em uma caixa transparente fechada, para realização de tarefas específicas não descritas no presente estudo.

Durante a Fase 2, da intervenção (programa de capacitação dos cuidadores), os encontros grupais (quinzenais) eram realizados na Sala de Reuniões do LASDH e as sessões de monitoramento ocorreram na residência das cuidadoras, durante o intervalo entre os encontros.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para fins desta pesquisa, realizou-se três fases de coleta de dados, são elas:

Na primeira fase (pré-intervenção), os cuidadores compareceram ao laboratório para que o pesquisador aplicasse a Anamnese. Na segunda visita os cuidadores foram acompanhados pelas crianças para realizar a Sessão de Observação. Durante esta sessão, os cuidadores eram orientados a interagir com suas crianças como faziam normalmente em casa. As sessões foram filmadas para posterior análise.

Na segunda fase (intervenção) houve a intervenção com cuidadores. A capacitação administrada foi baseado em um programa de intervenção precoce para crianças com TEA, desenvolvido por Kasari *et al* (2010). O programa teve como objetivo ensinar os cuidadores como detectar habilidades de atenção da criança a objetos e ao parceiro social, promovendo gradualmente estados mais complexos de atenção em ambiente natural do brincar.

O treinamento teve duração de dois meses, com quatro encontros grupais quinzenais e quatro visitas domiciliares. Nos encontros grupais, a pesquisadora se reunia com todos os cuidadores e fornecia instruções referentes aos módulos do treinamento desenvolvido por Kasari *et al* (2010), utilizando imagens e vídeos para facilitar a compreensão dos participantes. Em cada encontro foi repassado estratégias com os seguintes objetivos:

1º Encontro: orientar os cuidadores quanto a escolha do local apropriado para brincar, bem como a organização, arrumação e seleção dos brinquedos adequados e de interesse da criança; e a esperar antes de agir, deixando a criança livre para explorar, escolher e trocar de atividade.

2º Encontro: orientar os cuidadores a como estabelecer uma sequência previsível de brincadeira com a criança, com papéis claramente definidos, bem como alterar ou violar a rotina para introduzir novo repertório de ações que exijam respostas diferentes, ou mais avançadas da criança; fazer uso de uma linguagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança falar sobre o foco de atenção da criança e estratégias para expandir a comunicação; ensinar a seguir a liderança e o foco de atenção, bem como, imitar e expandir as ações da criança.

3º Encontro: ensinar o cuidador a reconhecer estados diferentes de atenção, auxiliar a criança para passar de um estado para outro utilizando diferentes estratégias e níveis de ajuda; ensinar diferentes estratégias para estimular e manter o estado de engajamento junto ao cuidador.

4º Encontro: ensinar o cuidador a identificar quando a criança inicia um episódio de atenção coordenada, conhecer e responder as habilidades de comunicação não verbal da criança; orientar o cuidador a permitir que a criança inicie a comunicação, além de possibilitar oportunidades para que a criança possa se comunicar e modelar as habilidades de atenção coordenada durante a brincadeira; estimular os cuidadores a generalizar as estratégias e habilidades aprendidas para outros contextos com as crianças.

As visitas domiciliares foram realizadas entre os encontros grupais, para monitoramento do material ensinado e sua aplicabilidade no ambiente natural da criança. Nessas sessões, o pesquisador verificava a existência e esclarecia as possíveis dificuldades enfrentadas pelo cuidador para aplicar as estratégias apresentadas nos encontros grupais. Nos 10 minutos finais de cada sessão domiciliar, pois no início de cada sessão em casa eram esclarecidas as dúvidas das cuidadoras, posteriormente solicitava-se ao cuidador que brincasse livremente com a criança, e este momento também foi filmado para outras análises.

Na terceira fase (pós-intervenção) os cuidadores e suas crianças participaram de mais uma sessão de filmagem no laboratório, assim como foi realizada na fase pré-intervenção. Neste momento, também, foi aplicado a EAT.

### 3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para fins dessa análise, utilizou-se os dados coletados na fase 1 e 3, ou seja, foram utilizados os 10 minutos iniciais de cada vídeo da fase pré e pós – intervenção. Os vídeos foram analisados em tempo real e o início ao fim de cada episódio de brincadeira da criança foi transcrito e registrado. Em seguida, contabilizou-se duração de cada episódio, seguindo as categorias comportamentais codificadas. Esses dados foram comparados, para cada díade, entre as fases de pré e pós – intervenção. Para análise desses dados utilizou-se o aplicativo de análise de vídeos Transana 2.53. Os estados do brincar foram analisados sob a perspectiva da criança.

### 3.7 CATEGORIAS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Os estados do brincar simbólico, exploratório e funcional foram categorizados de acordo com o Ferland (2006); Williams, Reddy e Costall (2001):

**Não Brincar (NB):** é verificado quando não há nenhuma característica efetiva do brincar.

**Brincar Sozinho Exploratório (BSE):** é observado quando a criança está envolvida no brincar sozinha, demonstrando interesse, curiosidade ou desbravamento pelo objeto ou pelo ambiente.

**Brincar Sozinho Funcional (BSF):** é quando a criança está envolvida sozinha no brincar, utilizando o objeto de modo apropriado ou associando um ou mais objetos de forma convencional.

**Brincar Sozinho Simbólico (BSS):** é identificado quando a criança está envolvida no brincar sozinha é atribuí à presença de objetos imaginários, ou substitui o objeto e lhe atribui propriedades falsas.

**Brincar Conjunto Exploratório (BCE):** é observado quando a criança está envolvida no brincar junto ao cuidador, seja através do interesse, curiosidade ou desbravamento pelo objeto, ambiente ou pelo cuidador.

**Brincar Conjunto Funcional (BCF):** é quando a criança e o cuidador estão envolvidos no brincar, utilizando o objeto de forma apropriada, ou realizando a associação convencional de dois ou mais objetos.

**Brincar Conjunto Simbólico (BCS):** é identificado quando a criança está envolvida no brincar junto ao cuidador, realizando a substituição do objeto, atribuindo propriedades falsas ou a presença de objetos imaginários.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (CEP-NMT/UFGPA nº 334.526 – Anexo A) e todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice C), após participarem de uma reunião, onde foi esclarecido os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Importante ressaltar que, os dados utilizados nesse estudo foram coletados previamente, pois fazem parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “O cuidador como mediador no ensino de habilidade de engajamento conjunto para crianças com autismo”. No entanto, mesmo a capacitação ocorrendo em um contexto de brincadeira livre entre cuidador e criança, no estudo anterior, investigou-se, apenas, se o programa de intervenção oferecido aos cuidadores promoveu o aumento na duração de engajamentos conjuntos com suas crianças e na

responsividade do cuidador e, em nenhum momento, investigou-se, a qualidade do brincar da criança nesse contexto (objetivo deste trabalho).

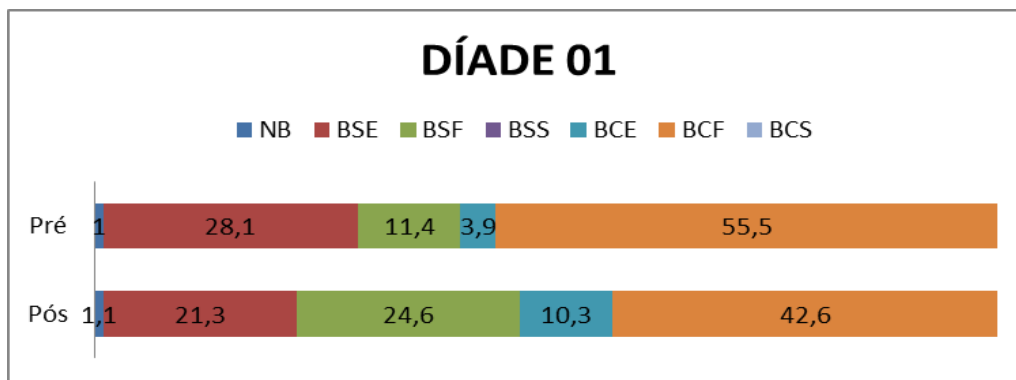
## 4. RESULTADOS

### 4.1 A ANÁLISE DO BRINCAR (EXPLORATÓRIO, FUNCIONAL E SIMBÓLICO) DAS DÍADES NAS FASES PRÉ E PÓS- INTERVENÇÃO.

Para observar o brincar de crianças autistas antes e após a participação dos cuidadores em um programa de intervenção, foi realizada a análise de quais os estados de brincar foram mais frequentes durante as interações cuidador-criança, foi considerada a duração de cada um dos diferentes estados de brincar (simbólico, exploratório, funcional, conjunto ou sozinho) registrados durante as fases 1 (Pré-intervenção) e 2 (Pós-Intervenção).

A Figura 1 mostra o percentual de duração dos estados do brincar durante as sessões de pré e pós-intervenção da Díade 1 (D1). Observou-se um aumento significativo no brincar conjunto exploratório (BCE) passando de 3,9% para 10,3%, o brincar sozinho exploratório (BSE) passou de 28,1% para 21,3%, e no brincar sozinho funcional (BSF) mudando de 11,4% para 24,6%. Percebe-se que ocorreu uma mudança nestes estados de brincar após a capacitação com os cuidadores, visto que ocorreu um aumento respectivamente de 7,6% no BCE e de 13,2% no BSF. Demonstrando um aumento no de brincar da criança entre as fases de pré intervenção e pós-intervenção. Estas mudanças foram consideradas positivas, visto que, a capacitação visava um aumento do brincar, tanto em conjunto como solitário, sendo que a mesma passou mais tempo envolvida em alguma forma de brincar após a intervenção.

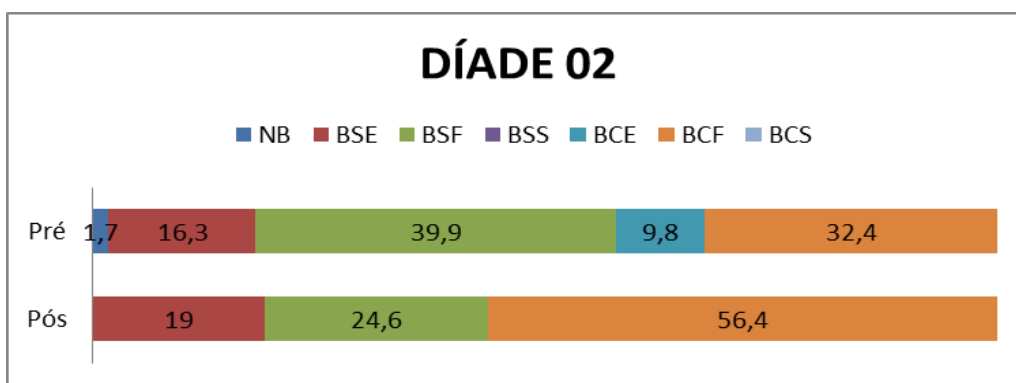
Houve também o aumento de 0,1% de não brincar (NB), enquanto no brincar conjunto funcional (BCF) mudando de 55,5% para 42,6%, diminuindo 12,9%, estas mudanças demonstram uma diminuição na duração nos estados do brincar, quando comparada as fases pré-intervenção e pós-intervenção. Verificando uma mudança negativa, pois a criança diminuiu o tempo de brincar, mas pode se concluir que esse tempo foi atribuído a outros estados do brincar. Vale ressaltar que o brincar simbólico, sendo sozinho ou conjunto com o cuidador, não ocorreu na fase de pré-intervenção e nem pós-intervenção.



**Figura 1:** Gráfico de percentual da Díade 01 na fase pré e pós-intervenção.

**Fonte:** Dos autores, 2017.

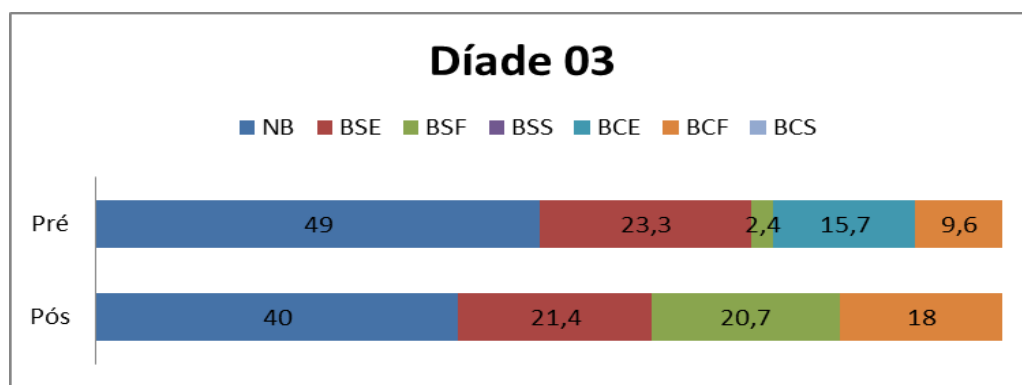
A Figura 2 mostra o percentual de duração dos estados de brincar durante as sessões de pré e pós-intervenção da Díade 2. Observou-se um aumento no brincar conjunto funcional (BCF), passando de 32,4% para 56,4%, aumentando 24%, no brincar sozinho exploratório (BSE), passando de 16,3% para 19%, aumentando 2,7%, brincar sozinho funcional (BSF) ocorreu uma queda de 15,3%, sendo que o não brincar (NB) não ocorreu no pós-intervenção. Nota-se, portanto, que ocorreu uma mudança entre as fases pré-intervenção e pós-intervenção na duração de algumas categorias do brincar. Sendo que o brincar conjunto exploratório (BCE) não ocorreu na fase do pós-intervenção, sendo que esta mudança não pode ser considerada negativa, pois este brincar pode ter evoluído para o brincar conjunto funcional (BCF). Assim como, a redução do BSF, também pode ter ocorrido devido a substituição deste pelo BCF. Vale ressaltar que o brincar simbólico, sendo sozinho ou conjunto com o cuidador, não ocorreu na fase de pré-intervenção e nem no pós-intervenção.



**Figura 2:** Gráfico de percentual da Díade 02 na fase pré e pós-intervenção.

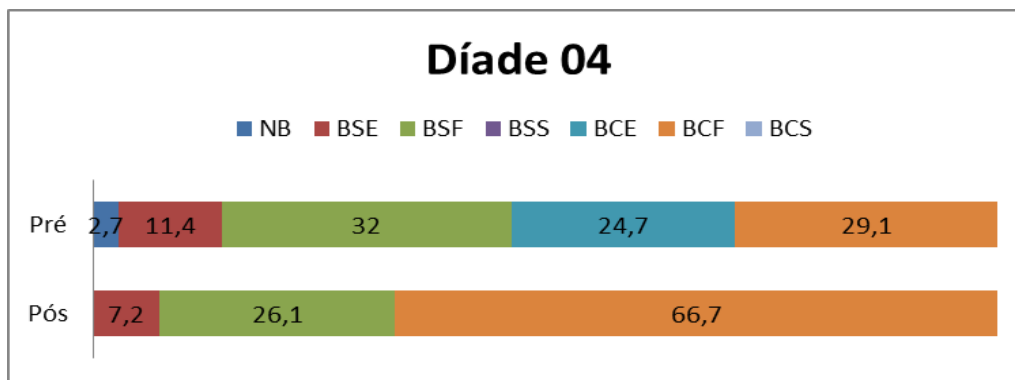
**Fonte:** Dos autores, 2017.

A Figura 3 mostra o percentual de duração dos estados de brincar durante as sessões de pré e pós-intervenção da díade 3. Observou-se um aumento no brincar conjunto funcional (BCF), passando de 9,6% para 18% e no brincar sozinho funcional (BSF), saindo de 2,4% para 20,7%, sendo que o não brincar (NB) diminuiu 9%, o brincar sozinho exploratório apresentou uma diminuição de 23,3% para 21,4%, caindo 1,9%, e o brincar conjunto exploratório (BCE) não ocorreu na fase do pós-intervenção, observamos, portanto, uma mudança positiva, visto que ocorreu um aumento no brincar da criança e isto é considerado positivo, pois demonstra o envolvimento da criança em uma ocupação, gerando um desenvolvimento mais sadio. Vale ressaltar que o brincar simbólico, sendo sozinho ou conjunto com o cuidador, não ocorreu na fase de pré-intervenção e nem no pós-intervenção.



**Figura 3:** Gráfico de percentual da Díade 03 na fase pré e pós-intervenção.  
**Fonte:** Dos autores, 2017.

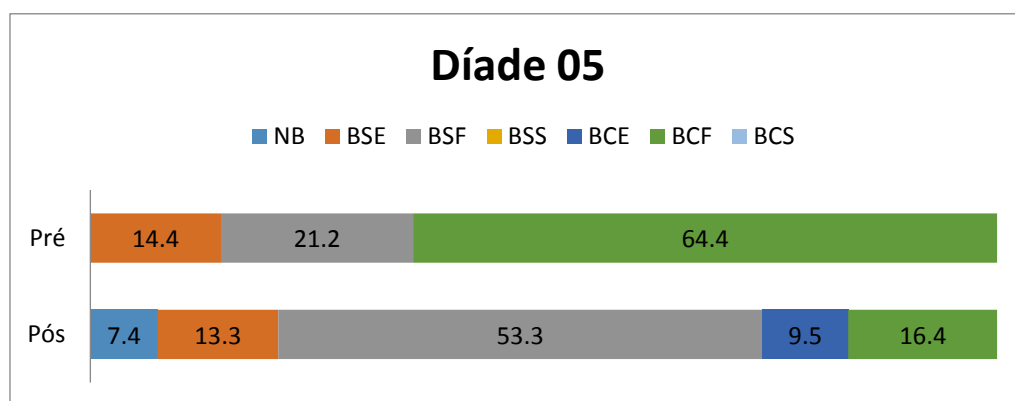
A Figura 4 mostra o percentual de duração dos estados de brincar durante as sessões de pré e pós-intervenção da díade 4. Observou-se um aumento de 37,6% no brincar conjunto funcional (BCF), que passou de 29,1% para 66,7%, sendo que na fase do pós-intervenção não ocorreu nenhum episódio de não brincar (NB), notou-se mudanças positivas nesta Díade, pois a criança permaneceu a sessão toda envolvida em alguma forma de brincar, com mais da metade da sessão envolvida no brincar conjunto com seu cuidador. Vale ressaltar que o brincar simbólico, sendo sozinho ou conjunto com o cuidador, não ocorreu na fase de pré-intervenção e nem no pós-intervenção.



**Figura 4:** Gráfico de percentual da Díade 04 na fase pré e pós-intervenção.

**Fonte:** Dos autores, 2017.

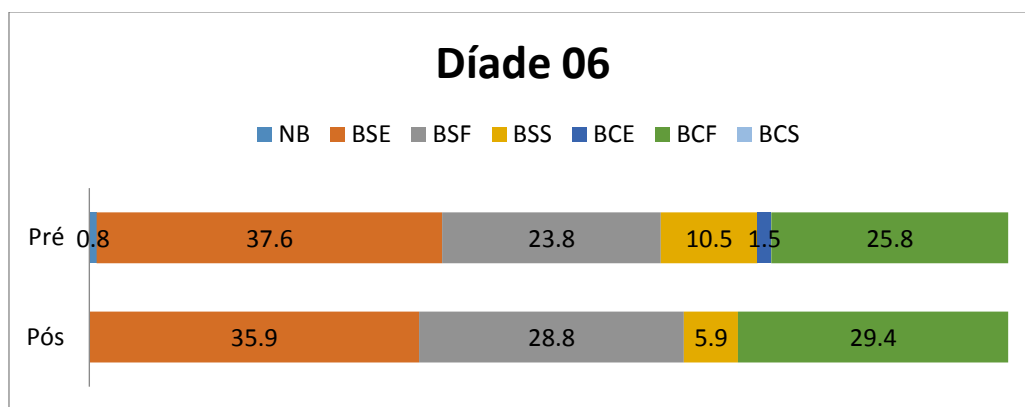
A Figura 5 mostra o percentual de duração dos estados de brincar durante as sessões de pré e pós-intervenção da díade 5. Observou-se o aparecimento do brincar conjunto exploratório (BCE) na pós intervenção, pois este não ocorreu na fase de pré-intervenção e, na fase de pós-intervenção, ocorreu em 9,5%, brincar sozinho funcional (BSF) passou de 21,2% para 53,3%, o brincar sozinho exploratório diminuiu 1,1% quando comparamos a fase de pré e pós, notamos uma mudança entre as fases de pré-intervenção e pós-intervenção nestas categorias, visto que um dos objetivos da capacitação era o aumento do brincar conjunto, e esta categoria de brincar aumento na forma conjunto com o cuidador na fase de pós-intervenção. Entretanto, o não brincar (NB) ocorreu em 7,4% na fase de pós intervenção, sendo que não ocorreu na fase pré-intervenção, e o brincar conjunto funcional passando de 64,4% para 16,4%, notamos uma mudança negativa entre essas categorias do brincar entre o pré-intervenção e o pós-intervenção, pois resultou em uma diminuição na duração do brincar. Vale ressaltar que o brincar simbólico, sendo sozinho ou conjunto com o cuidador, não ocorreu na fase de pré-intervenção e nem no pós-intervenção.



**Figura 5:** Gráfico de percentual da Díade 05 na fase pré e pós-intervenção.

**Fonte:** Dos autores. 2017.

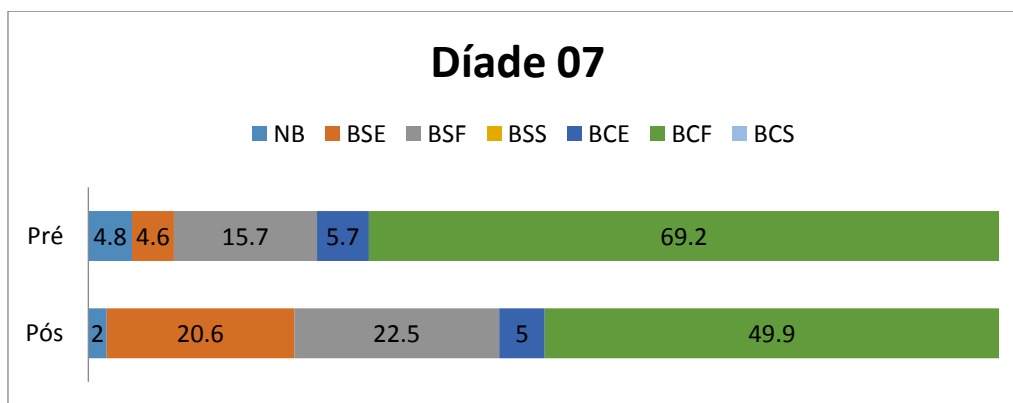
A Figura 6 mostra o percentual de duração dos estados de brincar durante as sessões de pré e pós-intervenção da díade 6. Observou-se um aumento na duração do brincar conjunto funcional (BCF), passando de 25,8% para 29,4% e brincar sozinho funcional (BSF), aumentando de 23,8% para 28,8%, sendo que na fase pós-intervenção não ocorreu nenhum episódio de não brincar (NB) e isto mostra uma mudança positiva da Díade 6, evidenciando o aumento na duração do brincar. Entretanto, houve uma diminuição de 4,6% do brincar sozinho simbólico (BSS) da fase de pré-intervenção para a fase de pós-intervenção e o brincar sozinho exploratório (BSE), também diminuiu 1,7%, sendo que estes resultados mostram uma mudança negativa, sendo esta devido a diminuição nestas categorias de brincar, visto que o brincar gera um desenvolvimento mais sadio. É importante ressaltar que está criança foi a única que apresentou o brincar simbólico nas fases de pré-intervenção e pós-intervenção.



**Figura 6:** Gráfico de percentual da Díade 06 na fase pré e pós-intervenção.  
**Fonte:** Dos autores, 2017.

A Figura 7 mostra o percentual de duração dos estados de brincar durante as sessões de pré e pós-intervenção da díade 7. Observou-se um aumento no brincar sozinho exploratório (BSE), que passou de 4,6% para 20,6%, brincar sozinho funcional (BSF), 15,7% para 22,5% e o não brincar (NB) diminuiu 2,8%, isto mostra uma mudança positiva entre as fases de pré e pós-intervenção, evidenciando o aumento na duração do brincar. Já o brincar conjunto funcional (BCF) diminuiu de 69,2% para 49,9%, e o brincar conjunto exploratório (BCE) de 5,7% para 5%, sendo que isto mostra uma mudança negativa, já que a capacitação tinha como um dos objetivos o aumento da categoria de brincar conjunto com o cuidador, da fase de pré para a pós-intervenção. Vale ressaltar que o brincar simbólico, sendo sozinho ou

conjunto com o cuidador, não ocorreu nas fases de pré-intervenção e pós-intervenção.

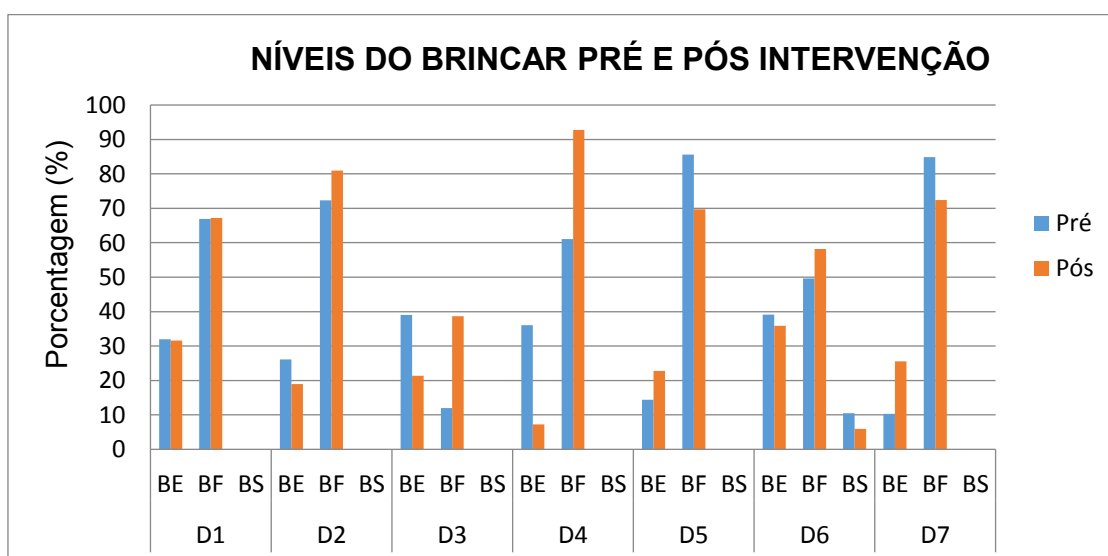


**Figura 7:** Gráfico de percentual da Díade 07 na fase pré e pós-intervenção.

**Fonte:** Dos autores, 2017.

#### 4.2 COMPARAÇÕES DOS NÍVEIS DO BRINCAR DAS DÍADES NO PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO.

Estes dados foram obtidos através da somatória da duração de todos os episódios em que a criança esteve envolvida no brincar exploratório (BE), no brincar funcional (BF) e no brincar simbólico (BS), sendo sozinho ou com o cuidador, e isso gerou as variáveis do nível do brincar apresentada na figura 8. Teve como objetivo analisar possíveis mudanças nos níveis de brincar, independentemente de ser sozinho ou conjunto com o cuidador.



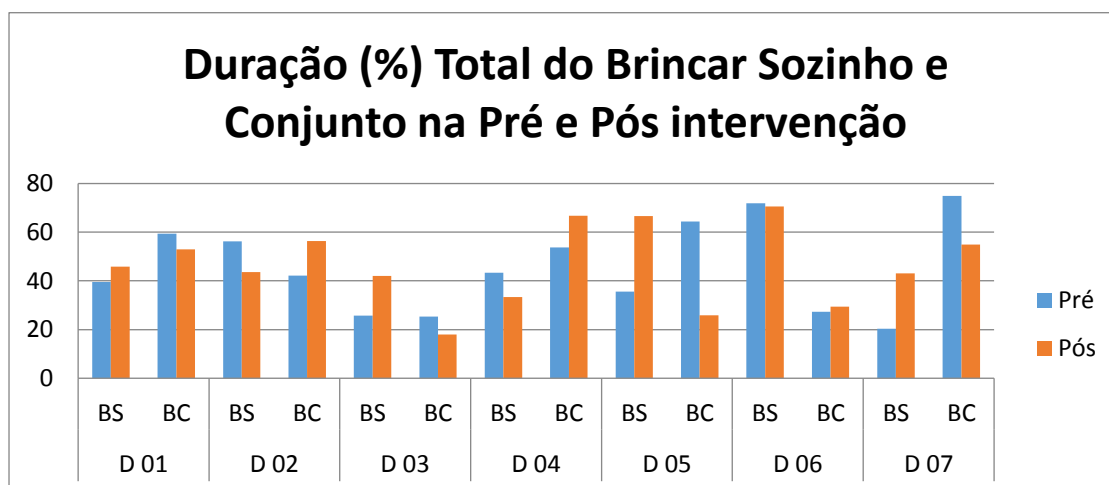
**Figura 8:** Gráfico da duração (%) dos níveis do brincar das díades nas fases pré e pós intervenção. BE: brincar exploratório; BF: brincar funcional; BS: brincar simbólico.

**Fonte:** Dos autores, 2017.

A figura 8 demonstra, em porcentagem, os níveis do brincar e revela: D1, D2, D3, D4 e D6 apresentaram diminuição do nível do brincar exploratório e aumento no nível de brincar funcional, nas fases pré e pós intervenção. Em contrapartida em D5 e D7 foi observado o aumento do nível do exploratório e diminuição do nível do brincar funcional. D6 foi o único que apresentou diminuição no nível do brincar simbólico, sendo a única díade que apresenta brincar simbólico nas fases de pré e pós-intervenção.

#### 4.3 O BRINCAR SOZINHO E CONJUNTO NAS FASES PRÉ E PÓS - INTERVENÇÃO DAS DIÁDES

Estes dados foram obtidos através da somatória da duração de todos os episódios em que a criança esteve envolvida no brincar sozinho (BS) ou no brincar conjunto com o cuidador (BC), em cada fase, podendo ser no brincar exploratório, no brincar funcional e no brincar simbólico, e isso gerou as variáveis Brincar Sozinho (BS) e Brincar Conjunto (BC), apresentadas na figura 9. Teve como objetivo analisar possíveis mudanças nos níveis de brincar sozinho e no conjunto com o cuidador.



**Figura 9:** Gráfico da duração (%) total do brincar sozinho e conjunto na fase pré e pós das Díades.

**Fonte:** Dos autores. 2017.

O gráfico 9 mostra a duração (%) total do brincar sozinho e conjunto pré e pós-intervenção, e demonstrou que D2, D4 e D6 apresentaram um aumento do brincar conjunto na pós-intervenção, já as D1, D3, D5 e D7 apresentaram uma diminuição do brincar conjunto na fase pós-intervenção.

#### 4.4 A FREQUÊNCIA DAS CUIDADORAS NAS ETAPAS DE INTERVENÇÃO

A Tabela 1 indica a participação das cuidadoras nas etapas da Intervenção, e o valor atribuído por elas acerca de seu nível de adesão ao treinamento.

**Tabela 1:** Frequência das cuidadoras nas etapas de Intervenção (encontro grupais e monitoramento individualizado) e pontuação na Escala de Adesão ao Treinamento (EAT)

	Intervenção		EAT
	Encontro Grupal (Módulos)	Monitoramento Individualizado	
D1	1, 2, 3, -	1, 2, 3, 4	4
D2	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	5
D3	1, 2, -, 4	1, -, -, 4	1
D4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	4
D5	1, 2, -, 4	1, 2, 3, 4	4
D6	1, 2, 3, 4	1, 2, -, 4	4
D7	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	4

**Nota:** - Faltou ao Encontro Grupal ou Monitoramento.

**Fonte:** DOS SANTOS, 2013.

A tabela 1 demonstra que as díades D1, D3 e D5 faltaram em um encontro grupal, onde eram apresentados e discutidos os conceitos a serem revisados no monitoramento individualizado. As díades D3 e D6 faltaram em, ao menos, uma sessão de monitoramento individualizado. Sobre o nível de adesão ao treinamento, a D3 se avaliou com menor adesão ao treinamento.

## 5. DISCUSSÃO

Os autores apontam que quanto mais a criança se vale do brincar, mais capacidades e habilidades são agregadas ao desenvolvimento da mesma, portanto, o aumento na duração do brincar deve ser vista como uma mudança positiva, mesmo sendo desempenhado em conjunto ou sozinho (BOMTEMPO, 2000; TAKATA, 1974 E REILLY, 1974 *apud* REZENDE, 2009 p. 32; FERLAND, 2006). O não brincar (NB), na fase pós-intervenção, não ocorreu nas díades D2, D4 e D6 e nas D3 e D7 demonstraram diminuição. Sendo assim, percebe-se que o NB não ocorreu ou diminuiu na maioria das díades. Este dado remete que as crianças aumentaram a duração no brincar, seja exploratório, funcional ou simbólico, em conjunto ou sozinho. Nas díades D1e D5 houve um aumento do NB, demonstrando algo negativo ao desenvolvimento dessas crianças, que tiveram uma duração menor no brincar comparada com as demais.

O brincar mais presente, levando em conta as fases de pré e pós-intervenção nas díades, foi o brincar funcional, sendo observado na maioria das Díades. Tamanaha *et al* (2006) também identificou o aumento do brincar funcional em crianças com TEA, em situação dirigida, no estudo que realizou. Apontando que estratégias dadas ao cuidador aumentam a possibilidade da criança com TEA em desencadear novas formas e/ou aprimorar o brincar.

Em oposição, as díades D5 e D7 na pós-intervenção apresentaram um aumento na duração do nível de brincar exploratório. Tamanha *et al* (2006) explana sobre a preferência da criança com TEA por um brincar mais de cunho exploratório, a exemplo de explorar o corpo ou objetos, em contrapartida do funcional e simbólico. Há autores também que defendem que um atraso ao longo do desenvolvimento é percebido na forma do brincar que a criança desenvolve, sendo este influenciado pelos déficits provocados pelos sinais e sintomas do TEA, que por fim, estão relacionados com a ausência da brincadeira mais rebuscada na criança com TEA (AOTA, 2015; FERLAN, 2006; MALUF, 2003; FLOREY, 1971 *apud* REIS; REZENDE, 2014; FIAES E BICHARA, 2009)

A única díade que apresentou o brincar simbólico foi D6, na qual ocorreu uma diminuição da fase pré para a pós-intervenção. O brincar simbólico da criança com TEA é descrito com uma prática realizada com dificuldade de envolvimento e/ou

partilha, sendo evidenciada como restrita em frequência e variedade, devido ao baixo potencial imaginativo que a criança com TEA pode apresentar (MARQUES E BOSA, 2015; CIPRIANO E ALMEIDA, 2016). Acredita-se, portanto, que esse déficit no brincar simbólico pode ter colaborado para a diminuição na duração do mesmo e até mesmo no não aparecimento dele nas demais díades.

Diante do brincar total conjunto ou sozinho, observou-se que as díades D2, D4 e D6 apresentaram, na fase pós-intervenção, um brincar total conjunto mais presente. Assim, foi possível verificar nestas díades que o objetivo da intervenção surtiu efeito. A literatura aponta a importância do parceiro social para criança com TEA, como sendo estimulador de mudanças na maneira de desencadear o brincar, ajudando no desenvolvimento da criança com TEA (SOLOMON *et al*, 2007; MARTINS E GÓES, 2013; FREEMAN E KASARI, 2003) sendo esse parceiro um familiar ou amigo.

As díades D1, D3, D5 e D7 apresentaram diminuição no brincar total conjunto, pode se justificar essa diminuição pela ausência em parte do treinamento, pois durante o Encontro Grupal (modulo), demonstrado na tabela 1, as díades D1, D3, D5 apresentaram pelo menos uma falta. Sendo a intervenção, algo focal para aquisição destas díades de estratégias.

Outra díade que demonstrou o mesmo comportamento foi D7, podendo este resultado estar relacionado a variedade de formas de expressar sinais e sintomas, peculiaridade deste transtorno, que se traduz numa resposta a nível singular para cada estímulo ou estratégia proposta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Sendo que quando visto a fase pós-intervenção, verifica-se que o brincar conjunto ainda ocupa mais da metade do tempo do brincar da díade e que houve o aumento na duração de outras categorias do brincar.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a partir da intervenção oferecida aos cuidadores, na maioria das díades, foi possível observar um aumento na duração do brincar. Este resultado pode ser considerado como positivo ao desenvolvimento infantil do TEA, pois evidencia que o cuidador pode ser um facilitador do brincar de crianças com autismo. Também foi observado, neste estudo, como o mais presente, o brincar funcional junto às díades, nas fases pré e pós-intervenção, confirmando os dados da literatura. O brincar conjunto total foi observado, em algumas das díades, em menor escala, entretanto esteve presente na fase de pós-intervenção em todas as díades.

Na terapia ocupacional já há uma visão muito disseminada sobre a utilização do brincar como uma área de ocupação, reconhecida sua necessidade para o desenvolvimento infantil. Neste estudo, chama-se atenção da tríade terapeuta-paciente-cuidador, valendo-se do cuidador como ponte de aquisição do brincar pelas crianças. Demonstrando que o cuidador e o terapeuta ocupacional são aliados valiosos para transpor conhecimento para melhora do desenvolvimento infantil. Principalmente para o TEA, no qual demonstra um desenvolvimento atípico, que os cuidadores, ora se acham perdidos por poucas informações para lidar ou compreender, ora por muitas. Então, o terapeuta ocupacional é importante para filtrar e orientar esse cuidador, quanto as formas de buscar o desenvolvimento sadio.

Para as próximas pesquisas se deixa as ressalvas de se investigar mais as variáveis do cuidador para com a criança, a busca de utilização de testes estáticos para constatar se as mudanças ocorridas nas fases pré e pós-intervenção foram significativas.

Vista a eficácia da capacitação sugerimos que ocorra um ajuste na capacitação, para incluir temáticas mais específicas dos tipos de brincar, a classificação, importância e demonstrar como os cuidadores podem estimular estes a partir da faixa etária e do desenvolvimento de cada criança. E o apelo de fomentar mais pesquisas na área sobre o desenvolvimento infantil nas crianças com TEA.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA) *et al.* **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 26, n. esp, p. 1-49, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Artmed Editora, 2014.

BOMTEMPO, E. **Brincar, Fantasiar, Criar e Aprender**. In: OLIVEIRA, V *et al.* O brincar e a criança do nascimento aos seis anos, Editora Vozes, p. 128 – 149, 2000.

BOSA, C. **Autismo: Intervenções Psicoeducacionais**. Revista Brasileira de Psiquiatria. p. 47-53, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

BRASIL. **CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº. 324, de 25 de abril de 2007**. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito/397-resolucao-n-324-2007-dispoe-sobre-a-atuacao-do-terapeuta-ocupacional-na-brinquedoteca-e-outros-servicos-inerentes-e-o-uso-dos-recursos-terapeutico-ocupacionais-do-brincar-e-do-brinquedo-e-da-outras-providencias.html>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

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

BROUGÈRE, G. **A criança e a cultura lúdica**. in KISHIMOTO, T. M. Brincar e suas teorias. Editora Pioneira Thomson Learning. 1998

BRUNELLO, M. I. B. **Transtorno emocional infantil**. In CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. R. C. Terapia ocupacional: fundamentação e pratica. Editora Guanabara Koogan Ltda, Rio de Janeiro, Pag 308-313, 2007.

CARVALHO, F. A. *et al.* **Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo**. Revista Psicologia-Teoria e Prática, v. 15, n. 2, p. 144-154, 2013.

CIPRIANO, M. S; DE ALMEIDA, M. T. P. **O brincar como intervenção no transtorno do espectro do autismo**. Extensão em Ação, v. 2, n. 11, p. 78-91, 2016.

COLE, M; COLE, S; LOPES, M. **O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente**. Editora Artmed, ed.4, p.23 – 66, 2004.

DIONISIO, A *et al.* Brincar e integração sensorial: **possibilidades de intervenção da terapia ocupacional**. Universidade federal da Paraíba. 2014. Disponível em:<<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/11/6CCSDIRCPROBEX2013430.pdf>>. Acessoem: 27 dez. 2015.

DOS SANTOS, A. C. **O cuidador como mediador no ensino de habilidade de engajamento conjunto para crianças com autismo**. Tese de mestrado, título de mestre em teoria e pesquisa do comportamento pela Universidade federal do Pará, p. 1- 80. 2013.

FEERMAN, S; KASARI, C. Parent-child interactions in autism: **Characteristics of play**. Editora The Author, ed.7, v.2, p.147-161, 2013.

FERLAND, F. O Modelo lúdico. O brincar: **A Criança com Deficiência e a Terapia Ocupacional**. Editora São Paulo Roca, ed.3, 2006.

FIAES, C. S.; BICHARA, D. **Brincadeiras de faz-de-conta em crianças autistas: limites e possibilidades numa perspectiva evolucionista**. Revista Estudos Psicologia, v.14, n.3, p.231-238, Natal. 2009.

KASARI, C et al. **Randomized Controlled Caregiver Mediated Joint Engagement Intervention for Toddlers with Autism**. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 40, p.1045-1056, 2010.

KREUTZ, L. N. *et al.* **O brincar em dois atos: o lúdico e a criação**. Destaques Acadêmicos, v. 3, n. 2, 2011.

MALUF, Â. C. M. Brincar: **Prazer e aprendizado**. Editora Vozes, ed.3, Rio de Janeiro, 2003.

MANNING, M; WAINWRIGHT, L. **The Role of High Level Play as a Predictor Social Functioning in Autism**. J Autism Dev. Disord., v. 40, p. 523-533, 2010.

MARQUES, D; BOSA, C. **Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade Critério**. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 31, n. 1, 2015.

MARTINEZ, C; NEÓFITI, C. **Contribuições da Terapia Ocupacional no processo de capacitação de educadores de bebês em creches**. v.15, n.1, p. 55 – 68, 2007.

Martini, G. **O brincar na clínica da terapia ocupacional com crianças com deficiência física: relato de um caso**. Rev. CETO, ed.12, v.12, p. 27-31. 2010.

MARTINS, A. D. F; GÓES, M. C. R. **Um estudo sobre o brincar de crianças autistas na perspectiva histórico-cultural**. Revista Semestral da associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, v.17, n. 1, p. 25-34, 2013.

NAPOLI, F. O; BOSA, C. A. **As relações entre a qualidade da interação mãe-criança e o reconhecimento da imagem de si em crianças com autismo**. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 15, n. 3, p.11-25, 2005.

OLIVEIRA, G. **Autismo: diagnóstico e orientação**. Parte I-Vigilância, rastreamento e orientação nos cuidados primários de saúde. Acta pediátrica portuguesa, v. 40, n. 6, p. 278-87, 2009.

PAPALIA, D; FELDMAN, R. **Desenvolvimento psicossocial na segunda infância**. In: PAPALIA, D; FELDMAN, R. Desenvolvimento humano. Editora Artmed, p. 296 - 300, 2013.

REIS, N; REZENDE, M. **Adaptações para o Brincar**. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara, cap. 36, p. 338-344, 2007.

REZENDE, M. **O brincar sob a perspectiva da terapia ocupacional**. In: CARVALHO, A; SALLES, F; GUIMARÃES, M; DEBORTO, L. *Brincar (es)*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, p.51-64, 2009.

RUBLE, L. *et al.* **Caregiver responsiveness and social interaction behaviors of young children with autism**. *Topics in Early Childhood Special Education*, v.28, p.158-170. 2008. doi: 10.1177/0271121408323009

SANTOS, C; MARQUES, E; PFEIFER, L. **A brinquedoteca sob a visão da Terapia Ocupacional: diferentes contextos**. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFScar*, v.14, n.2, p.91 – 102. 2006.

SILVA, C; PONTES, F. **A utilização do brincar nas práticas de terapeutas ocupacionais da baixada santista**. *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, v.24, ed.3, p. 226-32, 2013.

SOLOMON *et al.* **Pilot Study of a Parent Training Program for Young Children with Autism**. *Publications and The National Autistic Society*, Vol. 11, Ed.3, p. 205–224, 2007.

TAKATORI, M; BOMTEMPO, E; BENETTON, J. **O brincar e a Criança com Deficiência Física: a Construção Inicial de uma História em Terapia Ocupacional**. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 9, n. 2, 2001.

TAMANAHARA, A *et al.* **A atividade lúdica no autismo infantil**. *Distúrbios da Comunicação*, v.18, n.3, p. 307-312, 2006

TEIXEIRA, E. **Terceira Metodologia**. In TEIXEIRA, E. *As Três Metodologias: Acadêmica, da Ciência e da Pesquisa*. Ed. Vozes, ed. 5, p. 133 – 137, 2008.

TURATO, E. **Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições, Diferenças e seus Objetos de Pesquisa**. *Ver. Saúde Pública*, Ed. 39, v.3, p. 507-514, 2005.

VERISSIMO, R. **Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)**, Porto: Faculdade de Medicina do Porto, p.3 -26, 2002. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/76586.pdf>>. Acesso em: 03 Jun, 2016.

WILLIAMS, E; REDDY.V; COSTALL, A. **Taking a Closer Look at Functional Play in Children with Autism**. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 31, n. 1, 2001.

WINNICOTT, D. W. (1975). **O brincar e a realidade**. Editora Imago, Rio de Janeiro, 1995.

ZEMKE, R; CLARK, F. **Occupational Science: an Evolving Discipline**. Philadelphia: F. A. Davis, p.5-12, 1996.

ZEN, C; OMAIRI, C. **O modelo lúdico: uma nova visão do brincar para a terapia ocupacional**. *Cadernos de terapia ocupacional da UFSCar*, v. 17, n. 1, 2010.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ANAMNESE

**Agora precisamos de informações sobre a história da criança, como por exemplo, o parto, o pós-parto e outras informações sobre o desenvolvimento psicológico e social dela. Também vamos lhe perguntar sobre problemas envolvendo sua família. Essas questões são importantes porque permitirão explorar fatores que possam estar correlacionados com sua queixa. Mas, se a sra. Se sentir constrangida, preciso responder. Tenha em mente que as informações prestadas estão protegidas por sigilo absoluto quanto a você e à criança. Com exceção da coordenadora e pesquisadora principal, ninguém mais da equipe terá seus nomes, pois usamos códigos para identificar os participantes**

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Entrevistador:

Nome do informante e grau de parentesco com o participante:

Início da Entrevista:

Término da Entrevista:

Duração:

#### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome da criança:

Idade (meses): \_\_\_\_\_ Data de  
nascimento: Sexo: M (  ) F (  )  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Escolaridade:  
Escola/creche (idade em que começou a frequentar): \_\_\_\_\_

- Nome do Pai:

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Profissão/ocupação \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Turno de trabalho: \_\_\_\_\_

- Nome da Mãe:

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Profissão/ocupação \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Turno de trabalho: \_\_\_\_\_

- Registrar se é:

Primeiro casamento: (  ) Sim (  ) Não Tempo de união:  
Ocorrência de separação temporária: (  ) Sim (  ) Não  
Tempo: Há filhos de outros casamentos: (  ) Sim (  ) Não  
Há filhos adotivos: (  ) Sim (  ) Não

- Endereço do responsável pela criança (com CEP) e telefone da residência (ou outro para recados):

- Nome do cuidador

principal: Escolaridade:

E na ausência do cuidador, quem fica com ele/ela?

## II – GENOGRAMA FAMILIAR

Nome dos pais e filhos (por ordem de nascimento):

Nome	Idade	Data de Nascimento	Escolaridade	Vive c/ a criança?

- Quem vive com o/a (nome da criança)?

## III- DIAGNÓSTICO

- O/A (nome da criança) já foi diagnosticado? Sim ( ) Não ( )  
Com quantos anos?

- Que profissionais estiveram envolvidos no diagnóstico? (Deixar claro que você não quer nomes, e sim a especialidade: psicólogo, pediatra, neuropediatra, neurologista, psiquiatra, escola, instituição, serviço social etc..).

## IV – ÁREAS DE PREOCUPAÇÃO PARENTAL

- Que idade seu filho (a) tinha quando a senhora notou os primeiros sinais?
- Quais os primeiros sinais/sintomas que você observou em seu filho?
- Que tipo de serviço a Sra. procurou?
- Foi orientada com relação a tipo de serviço?

- Tipos de atendimentos:

Atendimento	Data de início	Frequência	Duração	Pública/Privada

- A Sra. está satisfeita com o esses serviços? Sim ( ) Não ( ) Por quê? - Como é realizada a divisão de tarefas com relação à satisfação das necessidades terapêuticas da/do.....? (levar a consultas, serviços etc)

- A Sra. está satisfeita com essa divisão de tarefas? Sim ( ) Não ( )

- O que a Sra. Mudaria? - Faz uso de alguma medicação?

## IV – BACKGROUND FAMILIAR

- Registrar se há história de problemas de desenvolvimento nos pais, irmãos e outros familiares (desenvolvimento físico ou mental, problemas emocionais, problemas de aprendizagem na escola – leitura/escrita) e se houve necessidade de tratamento. Investigar a presença de esquizofrenia, depressão, transtornos obsessivo-compulsivos ou epilepsia em familiares:

- Cirurgias e hospitalizações dos pais ou irmãos (colocar motivo, período e frequência) :

- Cirurgias e hospitalizações da criança (colocar motivo, período e frequência) :

## V – DADOS DA GESTAÇÃO AO PÓS-PARTO

### 5.1. Emocional:

- Como foi a gravidez (ocorrências sobre a descoberta, estado emocional; perdas significativas, mudanças importantes – emprego, residência, etc)?
- Como estava a relação do casal durante a gravidez?
- Como estavam suas condições de saúde materna na época da gestação?

### 5.2. Período Pré-natal

- ( ) Gesta ( ) Para ( ) Aborto ( ) Natimorto: morreu ao nascer ( ) Neomorto: morreu até 29 dias
- Sinais e sintomas clínicos:
- Doenças Clínicas:
- Doenças obstétricas: ( ) ITU ( ) Leucorréia ( ) DHEG ( ) Hemorragias ( ) Ameaça de parto prematuro ( ) Parto Prematuro ( ) Anemia ( ) Sífilis ( ) HIV ( ) Toxoplasmose ( ) Rubéola ( ) Citomegalovírus
- Outras:
- Fumo: Sim ( ) Não ( ) Quantidade/dia:
- Álcool: Sim ( ) Não ( )
- Drogas: maconha ( ) cola de sapateiro ( ) cocaína ( ) Outros:
- Exposição ao Raio – x Sim ( ) Não ( )
- Medicamentos: Sim ( ) Não ( ) Se sim, especificar
- Tipo de parto: Normal ( ) Cesáreo ( )
- Cirurgias durante a gravidez:
- Engordou mais de 10 quilos:
- Engordou menos de 10 quilos:

### 5.3. Período Perinatal:

- Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesariana
- Idade Gestacional: ( ) Pré-termo ( ) Termo ( ) Pós-termo
- Problemas durante o parto: ( ) Não ( ) Sim Quais?

### 5.4. Período Pós-Parto:

- Peso ao nascer: Apgar: 1º 5º 10º
- PC: PT: Comprimento:
- Após nascimento o bebê:
- Transferência: ( ) UTI ( ) ALCON (Alojamento conjunto)
- Necessitou: ( ) Ventilador mecânico ( ) Apenas Oxigênio ( ) Apenas Incubadora Período de Internação:
- Doença(s): ( ) Não ( ) Sim Qual:
- A mãe apresentou quadro de depressão materna? ( ) Não ( ) Sim Se sim, como se manifestou?

## VI – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

- Como foram os primeiros dias em casa (reação do bebê, sono, amamentação, rede social de apoio materno, pai, familiares, etc)?

### 6.1. Alimentação

- Quando e como foi o primeiro contato com o seio (reflexo de sucção)?
- Como foi o desmame (idade, circunstâncias)?

- Quando e como se deu a aceitação da mamadeira?
- Quando e como foi a aceitação de sólidos?
- Se e quando o bebê apresentou:
  - Vômitos: Cólicas:
  - Constipação/diarréia
  - a: Outros:
- Atualmente apresenta problemas:
  - ( ) Mastigação ( ) Pouco apetite – razoável, moderado ( ) Excessivamente voraz
- Particularidades em relação à comida (exigências sobre certos tipos de comida, temperatura, etc.) ( ) Outros ( ) Sem problemas

### 6.2 Sono:

	Quando bebê apresentou	Atualmente apresenta
Dificuldades para conciliar o sono		
Acordar durante a noite		
Sono agitado (bate-se, grita, chora)		
Co-leito		

- Apresenta algum ritual antes de dormir?

### 6.3 Linguagem/Comunicação

- Idade das primeiras vocalizações (balbúcio)?
- Idade das primeiras palavras (descrever)?
- Idade das primeiras frases (verbo+palavra)?
- Considera que houve algum atraso no aparecimento da fala?

#### 6.3.1. Gestos (se apresenta ou não):

	Ao redor dos 12 meses:	Atualmente:
Apontar (solicitar ajuda)		
Apontar (compartilhar)		
Assentimento e negação com a cabeça		
Abanar/ Acenar		
Assoprar beijos		
Imitar “gracinhas”		
Bater palmas		
Levantar os braços para pedir		
Sacudir o dedo indicador para dizer “não”		

#### 6.3.2. Padrão de Comunicação

- A criança segura o rosto do adulto para fazê-lo olhar em determinada direção: ( ) Sim ( ) Não
- A criança pega na mão do adulto como se fosse uma ferramenta para abrir/alcançar algo? ( ) Sim ( ) Não
- A criança atende quando chamado pelo nome? ( ) Sim ( ) Não ( ) Após insistência
- Como é a articulação/pronúncia (>4 anos) dela? Há dificuldade de entendimento por parte de estranhos? - Como é o ritmo/entonação da voz da criança (fala monótona, muito baixa/alta)?



- ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 - É uma criança carinhosa? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 - Compartilha atividades prazerosas com os outros? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 - Demonstra preocupação se os pais estão tristes ou doentes/machucados?  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente

#### 6.6.2 Atenção compartilhada:

- A criança mostra, traz pra perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/eventos de interesse variados apenas para compartilhar (não considerar pedidos de ajuda)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 - Faz comentários (verbalmente ou através de gestos)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 Exemplos  
 - Responde aos convites para brincar? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente

#### 6.6.3. Respostas/Iniciativas Sociais com outras crianças

- Há iniciativa de aproximação ou interesse em outras crianças (observa outras crianças brincando):  
 ( ) Sim ( ) Não  
 - Há resposta, mas não toma iniciativa? ( ) Sim ( ) Não  
 - Fica ansioso(a) com a presença de outras crianças? ( ) Sim ( ) Não  
 - É capaz de engajar-se em brincadeiras simples, paralelas (chutar bola de volta, deslocar carrinhos na areia, etc)? ( ) Sim ( ) Não  
 - Engaja-se em brincadeiras, mas somente aquelas envolvendo os objetos de preocupações circunscritas (estereotipadas)? ( ) Sim ( ) Não  
 - Prefere brincadeiras em pares a grupos (considerar a idade)? ( ) Sim ( ) Não  
 - Fica intensamente ansioso quando na presença de pessoas não-familiares (distinguir ansiedade de timidez – baixar os olhos, esconder o rosto, etc.)? ( ) Sim ( ) Não  
 - Ignora/evita de forma persistente este contato? ( ) Sim ( ) Não  
 - Empurra/agride (componente físico) de forma persistente? ( ) Sim ( ) Não  
 - Nota-se excessiva desinibição social par a idade, em relação a pessoas estranhas? ( ) Sim ( ) Não  
 - Há variação na resposta conforme o contexto e a pessoa? ( ) Sim ( ) Não  
 - Outros:

#### 6.6.4. Comportamentos de Apego (investigar comportamento atual e aos 2 anos)

- Demonstra preocupação quando separada dos pais: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 - Sorri ou mostra excitação com o retorno dos pais: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 - Busca a ajuda dos pais quando machucada? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 - Checa a presença dos pais em lugares estranhos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ocasionalmente  
 - Há diferença desses comportamentos da criança em relação ao pai e a mãe?  
 - Como foi a adaptação na escolinha/creche (dificuldades)?

#### 6.7. Comportamentos Repetitivos – Investigar a frequência, intensidade, variedade de contextos e tópicos no brinquedo, resistência à interrupção e grau de interferência em outras atividades ou rotina da família.

- Quais são os brinquedos e atividades favoritas?  
 - Apresenta curiosidade (perguntas, comentários sobre coisas ao seu redor)? ( ) Sim ( ) Não  
 - Apresenta brincadeira de faz-de-conta (fazer estorinhas com os brinquedos, um boneco conversar com o outro, usar um objeto para representar o outro) ( ) Sim ( ) Não  
 - Alinha, empilha objetos quando brincando sem aparente função no brinquedo? ( ) Sim ( ) Não  
 - Faz brincadeiras com partes de objetos ao invés de com objeto como um todo (por exemplo, ignora o carrinho e gira apenas as rodas por um longo tempo)? ( ) Sim ( ) Não

**6.7.1. Outros Comportamentos Repetitivos:**

- Abre/fecha portas, gavetas; liga/desliga interruptores de luz; intenso interesse por objetos que giram (máquina de lavar, ventilador, veículos em geral)(considerar a persistência/dificuldade em ser interrompida)?

( ) Sim ( ) Não

- Há resistência a mudanças na rotina pessoal/da casa? ( ) Sim ( ) Não

- Exige uma sequência fixa e rígida para atividades (ex:vestir-se, arrumar a casa, higiene pessoal)?

( ) Sim ( ) Não

Como reage se alterada/interrompida?

- Existe apego a objetos pouco comuns (ex: plástico, pedra, etc.) para a idade (carrega consigo cotidianamente e se desorganiza quando retirado)? ( ) Sim ( ) Não. Quais?

**6.7.2. Maneirismos e Movimentos Complexos do Corpo** (Repetição de movimentos sem aparente função, principalmente em movimentos de estresse ou excitação):

- Há movimentos das mãos perto do rosto? ( ) Sim ( ) Não

- Há movimentos dos dedos e mãos junto ao corpo? ( ) Sim ( ) Não

- Há balanço do corpo? ( ) Sim ( ) Não

- Há movimentos dos braços (*flapping*)? ( ) Sim ( ) Não

**6.8. Medos/Sensibilidade Sensorial** (Relacionar medos discrepantes com a etapa evolutiva – frequência, intensidade, grau de interferência em outras atividades ou da família, facilidade com que é acalmado/distraído): **Medos:****6.8.1.Sensibilidade Sensorial:**

- Há interesse pelas propriedades sensoriais dos objetos (cheiro/textura)? ( ) Sim ( ) Não

- Nota-se hipersensibilidade a barulhos comuns (anotar reações como cobrir as orelhas, afastar-se, chorar)? ( ) Sim ( ) Não

**6.9. Problemas de comportamento:**

- Já manifestou masturbação em público/tentativas de tocar em partes íntimas dos outros de forma persistente? ( ) Sim ( ) Não Quando e como?

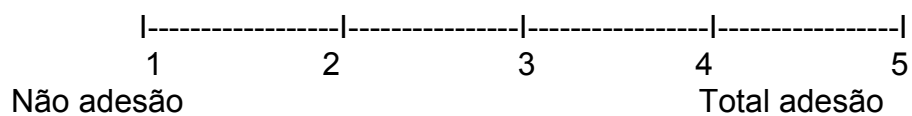
- Demonstra hiperatividade (agitação intensa)? ( ) Sim ( ) Não

- Roer unhas ( ) Sim ( ) Não

**6.10. Descrição da rotina familiar em um dia típico de domingo**

## APÊNDICE B - ESCALA DE ADESÃO AO TREINAMENTO

Marque seu nível de **adesão** ao curso (Aqui você deve considerar sua participação nos encontros e aplicação das técnicas em casa, bem como avaliar sua frequência, pontualidade e empenho em aplicar o conhecimento):



## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Prezado (a) Senhor (a),**

Vimos convidá-la para participar da pesquisa “**O cuidador como mediador no ensino de habilidades de engajamento conjunto para crianças com autismo**”. O **objetivo** do estudo é verificar se o ensino de habilidades sociocomunicativas mediado pelos cuidadores promoverá aumento na duração de engajamentos conjuntos; b) verificar a relação entre responsividade do cuidador e engajamento conjunto da atenção; c) verificar a manutenção do novo repertório três meses após a finalização do estudo (*follow-up*). Assim, podemos analisar as características verbais e não verbais das interações entre o cuidador e sua criança autista para a construção de programas de intervenção para pais e criança. O estudo é necessário porque permite obter informações mais específicas sobre os problemas de comunicação e interação social que não estão disponíveis nos testes padronizados. Sua **participação é voluntária**, ou seja, a senhora poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Caso decida aceitar o convite, a senhora e sua criança passarão pelos seguintes procedimentos: a) duas entrevistas, com duração média de 60 minutos; b) três sessões registradas em vídeo de suas interações com a criança em situação de brincadeira livre com objetos e em interação com a pesquisadora em uma situação estruturada, com duração máxima de 30 minutos cada, realizadas no Laboratório do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento da UFPA; c) participação em um treinamento para os cuidadores com cinco sessões registradas em vídeo da parte prática deste treinamento. **Riscos**, como quedas ou posse de objetos perigosos durante as sessões, são minimizados pelo fato de a sala de observação ser especialmente projetada para crianças, os objetos seguros, sem peças pequenas ou soltas, e os pesquisadores estarem presente o tempo todo. Não haverá **benefícios** diretos para a senhora ou para a criança neste estudo. Entretanto, esperamos que a pesquisa forneça dados importantes sobre aspectos do autismo e das interações para fundamentar os programas de intervenção. Todas as informações obtidas serão **sigilosas** e seus nomes não serão identificados em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes. Se houver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma cópia deste Termo e qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca desta pesquisa poderão ser obtidos com os pesquisadores pelo telefone (91) 83484651 (supervisora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilice Garotti) ou 81909763 / 92677750 (pesquisadora responsável, Adrine Santos).

**Consentimento Livre e Esclarecido**

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente, consentindo que as observações sejam registradas em vídeo e/ou fotografias e os dados utilizados para análise e discussões científicas.

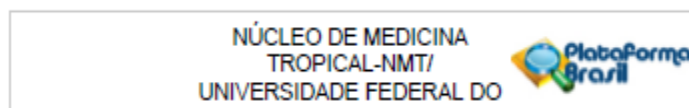
Assinatura do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Nome do Coordenador da pesquisa: Adrine Carvalho dos Santos

Assinatura do Coordenador da pesquisa: \_\_\_\_\_

## ANEXO

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O CUIDADOR COMO MEDIADOR NO ENSINO DE HABILIDADES DE ATENÇÃO COORDENADA PARA CRIANÇAS COM AUTISMO

**Pesquisador:** Adrine Carvalho dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 08831312.1.0000.5172

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Pará

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 334.526

**Data da Relatoria:** 16/07/2013

## Apresentação do Projeto:

O projeto define o autismo como uma desordem neurodesenvolvimental caracterizada por prejuízos qualitativos nas áreas de interação social e linguagem, padrões de comportamento repetitivos e estereotipados, e um repertório restrito de interesses e atividades, manifestado antes dos três anos de idade. De acordo com a literatura mencionada, crianças com autismo são caracterizadas por significantes déficits para se engajar em comportamentos de atenção coordenada. Nesse sentido, o projeto expõe vários estudos que foram realizados no sentido de ensinar esses comportamentos para as crianças com autismo a fim de melhorar o desempenho nas habilidades de comunicação e interação social. Isso porque, estudos mostram que um programa de intervenção precoce, que envolve a interação da criança com seu parceiro social, pode contribuir para uma trajetória típica do desenvolvimento cerebral e comportamental dessas crianças, permitindo até que a síndrome do autismo não se

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92  
 Bairro: Umarizal CEP: 66.065-240  
 UF: PA Município: BELÉM  
 Telefone: (91)3201-6887 E-mail: cepbel@ufpa.br