

---

## **Desenvolvimento infantil e habilidades sociais: estudo de caso de crianças com e sem transtorno do espectro autista**

*Mônia Aparecida Silva*

*Lucas Cordeiro Freitas*

*Tatiana Cury Pollo*

O desenvolvimento da criança pode ser compreendido em uma perspectiva dialética que enfatiza a interconexão do indivíduo e do contexto (SAMEROFF, 2010). Em nível individual, o desenvolvimento infantil é concebido como um processo contínuo, dinâmico e complexo. As crianças adquirem habilidades típicas para a idade de maneira progressiva e sequencial, havendo um intervalo ou janela temporal em que as habilidades são esperadas (THOMAS *et al.*, 2012). As principais dimensões que constituem o desenvolvimento, como a cognição, linguagem, motricidade, as habilidades socioemocionais e os comportamentos adaptativos são complexas e inter-relacionadas (THOMAS *et al.*, 2012).

A primeira e a segunda infâncias se caracterizam como períodos sensíveis do desenvolvimento, ou seja, em que efeitos dos diferentes tipos de experiências são particularmente potencializados (BELLMAN; BYRNE; SEGE, 2013; BRANT *et al.*, 2013). Durante essa fase, podem ocorrer períodos críticos, nos quais a interação com o ambiente resulta em estruturas duradouras e irreversíveis das redes de neurônios (ERZURUMLU; GASPAR, 2012). Nesses períodos, há uma enorme potencialidade para a assimilação e aprendizagem de um determinado comportamento ou competência. As crianças, então, adquirem

habilidades de desenvolvimento em intervalos temporais específicos e sofrem influências externas, sejam elas protetivas ou de risco ao desenvolvimento.

Crianças com desenvolvimento típico adquirem habilidades que desempenham importante papel no aprendizado, na socialização e comunicação com as pessoas ao redor. O desenvolvimento saudável estabelece uma base essencial para o sucesso acadêmico, boa saúde, bem-estar geral e várias outras conquistas (ANDERSON *et al.*, 2003). Quando o surgimento da habilidade da criança é significativamente mais lento do que a média das crianças na mesma faixa etária, é considerado que ela apresenta um atraso no desenvolvimento. A classificação de atraso é sempre determinada em relação às normas para o surgimento de habilidades dentro de uma dada população ou cultura.

Os atrasos no alcance das habilidades de desenvolvimento em uma ou mais dimensões podem representar um risco ao desenvolvimento infantil e ser sugestivo de vários transtornos, incluindo os neurodesenvolvimentais (APA, 2014), os genéticos e os neuropsiquiátricos (BELSKY, 2010). Quando os atrasos são muito grandes, eles podem estar associados a transtornos do desenvolvimento, que são condições clínicas graves que perduram por toda a vida, causando considerável impacto nas famílias e no sistema público de saúde, além de substanciais custos financeiros e sociais (APA, 2014; EAPEN *et al.*, 2006).

Dentre os transtornos do neurodesenvolvimento, o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma condição que tem início precoce – os primeiros sintomas podem ser observados antes dos 36 meses de idade – e que compromete o desenvolvimento do indivíduo ao longo de toda sua vida. A prevalência do transtorno é quatro vezes maior no sexo masculino. Há uma grande variabilidade na expressão dos sintomas e na sua intensidade, configurando um transtorno multidimensional com múltiplas etiologias, incluindo variáveis genéticas e ambientais (RUTTER, 2011). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014) propôs o termo TEA em substituição a Transtornos Globais do Desenvolvimento, Transtorno Autístico, de Asperger, Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do Desenvolvimento,

reconhecendo a variabilidade e gravidade de sintomas como um contínuo do mesmo transtorno. O TEA foi reconhecido como um espectro de déficits persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos e com presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2014).

Conforme verificado nos critérios diagnósticos, as dimensões do desenvolvimento socioemocional e de linguagem são geralmente as mais prejudicadas nas crianças com TEA, o que acarreta dificuldades de interação e comunicação. Também é comum o comprometimento cognitivo já que, em cerca de 70% dos casos, há comorbidade com outros transtornos mentais, principalmente a Deficiência Intelectual (APA, 2014). Prejuízos percepto-motores também são comuns, incluindo hiper ou hipo sensibilidade a estímulos sensoriais e prejuízos na motricidade ampla e fina (MOTA, 2008). Dependendo da gravidade dos sintomas e da maior ou menor presença de suporte ou intervenção, déficits na aquisição de comportamentos adaptativos também podem ocorrer.

Dentre as principais habilidades sociocomunicativas prejudicadas no TEA estão a atenção compartilhada - que é a habilidade de coordenar a atenção de outra pessoa para um objeto ou evento, a fim de compartilhar o interesse – (ALCKMIN-CARVALHO; STRAUSS, 2014; MARQUES; BOSA, 2015), os déficits na linguagem (TAMANAH; PERISSINOTO, 2017; ZANON; BACKES; BOSA, 2014) e o comportamento desadaptativo – como agressividade, hiperatividade e estereotípias - (SAMMS-VAUGHAN, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Déficits em diferentes classes de habilidades sociais também são encontrados em crianças com TEA. As habilidades sociais podem ser definidas como o conjunto de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo que contribuem para a sua competência social e para a qualidade dos relacionamentos interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). Os déficits em habilidades sociais podem envolver desde componentes comportamentais não-verbais das habilidades sociais (ausência de expressão facial, anormalidade no contato visual e déficits no uso de gestos), componentes comportamentais verbais

(iniciar e manter conversações e interações) e componentes cognitivo-afetivos (déficits em reciprocidade socioemocional; compartilhamento reduzido de interesses, sentimentos e afetos; dificuldade em ajustar o comportamento ao contexto social e dificuldade em desenvolver, manter e compreender relacionamentos). Em estreita relação com déficits em habilidades sociais, o DSM-5 (2014) descreve o Transtorno do Espectro Autista o caracterizando, primariamente, por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, manifestando-se por meio de:

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares (DSM-5, 2014, p. 50).

Além dos critérios diagnósticos elencados no DSM-5 (2014), estudos empíricos realizados com crianças com diferentes graus ou tipificações de TEA, alguns deles realizados ainda como base nos critérios do DSM-IV, também apontam para a relação do transtorno com prejuízos em variados indicadores de repertório social. Concomitantemente aos déficits em habilidades sociais gerais e específicas, têm sido relatadas relações com *status* sociométrico negativo, ou seja, avaliações mais desfavoráveis das crianças com TEA por parte dos

pares, maior frequência de problemas de comportamento gerais, internalizantes e externalizantes e dificuldades em outros indicadores de competência social, como, por exemplo, menor participação em atividades fora da escola e comprometimento nas relações de amizade (CHAMBERLAIN; KASARI; ROTHERAM-FULLER, 2007; HARPER; SYMON; FREA, 2007; HILTON; CROUCH; ISRAEL, 2008; KNOTT; DUNLOP; MACKAY, 2006; MACINTOSH; DISSANAYAKE, 2006; WALKER; BERTHELSEN, 2008).

No contexto brasileiro, o estudo de Freitas e Del Prette (2014) apontou o TEA como um transtorno com necessidades educacionais especiais, preditor de déficits em habilidades sociais, especialmente nas classes de Assertividade, Autodefesa e Autocontrole, avaliadas por meio do Inventário de Habilidades Sociais Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (*Social Skills Rating System – SSRS-BR*, GRESHAM; ELLIOT, 1990), adaptação e padronização brasileira de Del Prette *et al.* (2016). O estudo demonstra a importância de um melhor entendimento sobre o desenvolvimento das habilidades sociais em crianças com diagnóstico de TEA. No entanto, a literatura empírica brasileira no tema ainda é escassa.

A detecção precoce dos atrasos no desenvolvimento e nas habilidades sociais em transtornos como o TEA é essencial, pois a criança pode ter uma recuperação significativa dos prejuízos quando eles são identificados e tratados nos primeiros anos, devido à maior plasticidade cerebral nessa etapa da vida (DENNIS *et al.*, 2014). Assim, quanto mais precocemente são realizadas as intervenções, mais acentuados os benefícios para o desenvolvimento integral da criança e as chances de amenizar as consequências de um transtorno (ANDERSON *et al.*, 2003). A avaliação do desenvolvimento infantil, bem como de outras habilidades relacionadas ao desenvolvimento, pode ser uma medida promotora de saúde e bem-estar para toda a vida do indivíduo.

O objetivo deste capítulo é compreender o desenvolvimento infantil e as habilidades sociais no contexto do desenvolvimento típico e do TEA a partir de dois casos clínicos. Pretende-se, ainda, verificar as relações entre diferentes

indicadores do desenvolvimento e das habilidades sociais em cada um dos casos. O melhor entendimento dessa relação auxiliará em uma maior compreensão sobre déficits e recursos das crianças e como eles podem impactar o seu desenvolvimento em múltiplos contextos (familiar, escolar, convívio social).

## **Estudo de casos**

Foram contatadas duas mães de crianças para responderem aos instrumentos da pesquisa. Ambas as crianças são do sexo masculino e estão na faixa etária de seis anos. Elas moram em uma cidade de pequeno porte do interior de Minas Gerais. Ambos frequentam escola da rede municipal de ensino.

O preenchimento dos instrumentos ocorreu em um único encontro, e eles foram respondidos pelas cuidadoras das crianças após assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os instrumentos foram:

**Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI).** Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional do desenvolvimento de crianças a partir do relato parental. O IDADI avalia cinco dimensões teóricas: (1) Cognitiva, (2) Comunicação e Linguagem (Receptiva e Expressiva), (3) Motricidade (Ampla e Fina), (4) Socioemocional e (5) Comportamento Adaptativo (SILVA; MENDONÇA-FILHO; BANDEIRA, 2019). Cada dimensão explora diferentes habilidades e comportamentos esperados para crianças de 0 a 72 meses. A versão completa do IDADI possui 525 itens que avaliam, através de uma escala *Likert* de três pontos (sim, às vezes, ainda não), se as habilidades de desenvolvimento foram alcançadas pelas crianças. Os itens do instrumento foram divididos em sete formulários separados por faixas etárias. Neste trabalho, utilizaram-se os 211 itens que avaliam a faixa dos 61 a 72 meses. O IDADI apresentou evidências de validade de conteúdo, relacionadas a variáveis externas (diagnóstico, sexo da criança, nível de escolaridade da mãe e renda familiar), e de fidedignidade satisfatórias (SILVA, 2017). Estudos em andamento estão estabelecendo normas para interpretação do instrumento.

**Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (SSRS)** (GRESHAM; ELLIOT, 1990). Avalia as habilidades sociais, os problemas de comportamento e a competência acadêmica de crianças do ensino fundamental por meio de três questionários, dirigidos aos pais, aos próprios estudantes e aos professores. No presente estudo, foram utilizados apenas os indicadores de habilidades sociais obtidos a partir da avaliação dos pais. As habilidades sociais são avaliadas por uma escala do tipo *Likert* de três pontos, sendo 0 = nunca, 1 = algumas vezes e 2 = muito frequente. A escala de Habilidades Sociais para pais possui 23 itens distribuídos em cinco fatores: F1 = Responsabilidade; F2 = Autocontrole; F3 = Afetividade/Cooperação; F4 = Desenvoltura Social, e F5 = Civilidade. A primeira versão das escalas brasileiras do SSRS apresentou bons índices psicométricos em termos de evidências de validade de construto, de critério, concorrente, relação com variáveis desenvolvimentais e socioeconômicas, evidências de validade preditiva, validade experimental, estabilidade temporal e confiabilidade (BANDEIRA *et al.*, 2009; DEL PRETTE *et al.*, 2016). As evidências de validade da segunda versão brasileira das escalas foram avaliadas por meio de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, bem como do estudo de sua confiabilidade (FREITAS; DEL PRETTE, 2015).

**Questionário Sociodemográfico e de Características Clínicas e do Desenvolvimento.** Contém variáveis que têm influência significativa no desenvolvimento infantil. As informações incluem: (1) dados demográficos da criança e da família (sociais, culturais e econômicos); (2) saúde da mãe durante a gravidez; (3) condições de nascimento e desenvolvimento precoce da criança e (4) ambiente da criança e interações com cuidadores.

## Caso 1 | João

João tinha 6 anos e 4 meses no momento da avaliação e foi relatado que não apresentava nenhum transtorno do desenvolvimento. Nasceu de parto normal, a termo, e não apresentou complicações no pós-parto. Foi relatado pela mãe

que não apresenta nenhum problema de audição, linguagem, motor ou de fazer atividades simples para cuidado próprio. Nunca fez cirurgias ou tratamentos de saúde. A mãe de João é sua principal cuidadora. Ela estudou até o 3º ano do ensino fundamental e atualmente tem emprego diário remunerado. A renda da família é de aproximadamente três salários mínimos, sendo dividida por cinco pessoas.

## **Caso 2 | Pedro**

Pedro tinha 6 anos e 6 meses no momento da avaliação. Foi diagnosticado com TEA sem comprometimento intelectual (Transtorno de Asperger no DSM-IV) aos quatro anos de idade. Nasceu de parto cesárea e prematuro. Pedro teve icterícia e ficou internado em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. De acordo com relato da cuidadora, apresenta marcado atraso na linguagem, tendo demorado excessivamente para falar e se expressar. Também tem dificuldades motoras e em fazer tarefas simples de autocuidado. Nunca fez cirurgias ou ficou internado. Frequenta Instituição de Ensino Infantil (creche) pública e faz acompanhamento com fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de sua cidade desde os quatro anos de idade. A mãe completou o ensino médio e trabalha na produção de artigos para venda em sua própria casa. A renda familiar é de aproximadamente quatro salários mínimos e quatro pessoas dependem dessa renda para viver.

## **Resultados e discussão**

A avaliação quanti e qualitativa do desenvolvimento das duas crianças realizada com o IDADI deve ser interpretada com algumas ressalvas, uma vez que o instrumento avalia o desenvolvimento até os 72 meses de vida. João tinha 76 e Pedro 78 meses de idade no momento da coleta de dados. Entretanto, usando dados normativos do IDADI para a faixa etária dos 72 meses, algumas diferen-

ças quantitativas puderam ser observadas no desempenho dos dois meninos, assim como diferenças qualitativas com base no conteúdo dos itens e relato das responsáveis pelas crianças. A TAB. 1 apresenta os resultados quantitativos por dimensão do IDADI em escores padronizados, sendo considerada, para fins de interpretação dos escores desenvolvimentais, a média como sendo 100 e o desvio-padrão 15.

**Tabela 1:** Comparação dos escores padronizados de desenvolvimento das crianças nas dimensões do IDADI

<b>Identificação</b>	<b>COG</b>	<b>SE</b>	<b>MA</b>	<b>MF</b>	<b>CLE</b>	<b>CLR</b>	<b>CA</b>
<i>João (sem TEA)</i>	110	99	129	111	114	108	163
<i>Pedro (com TEA)</i>	119	87	79	103	93	103	126

*Nota:* COG = dimensão Cognitiva; CLR = subdimensão Comunicação e Linguagem Receptiva; CLE = subdimensão Comunicação e Linguagem Expressiva; MA - subdimensão Motricidade Ampla; MF - subdimensão Motricidade Fina; SE = dimensão Socioemocional; CA= dimensão Comportamento Adaptativo.

Na dimensão Cognitiva, os resultados indicaram que, embora ambos os desempenhos possam ser classificados como na média para as crianças da faixa etária de 72 meses, observa-se que o desenvolvimento cognitivo de Pedro (com diagnóstico de TEA) foi discretamente superior ao de João. Esse achado reforça a constatação de que Pedro não possui comprometimento intelectual concomitante ao TEA, conforme evidenciado pelo diagnóstico de Transtorno de Asperger. Além disso, a avaliação qualitativa do desenvolvimento cognitivo de João indicou que ele apresenta maiores dificuldades em habilidades relacionadas à alfabetização, como reconhecimento de letras do alfabeto, cópia correta de palavras, reconhecimento de números, contas de adição e subtração e contagem de trás para frente. Pedro, por outro lado, já adquiriu quase todas essas habilidades. Esse achado sugere que o ensino formal (escolar) de Pedro

pode estar sendo mais eficiente para seu bom desempenho cognitivo. Ainda, por ter o diagnóstico de TEA, parece haver um maior esforço da família no aprendizado de Pedro, tanto em casa, quanto nas instituições que frequenta desde os 4 anos de idade, e tudo isso pode estar promovendo seu desenvolvimento cognitivo.

Em relação ao desenvolvimento socioemocional, observa-se que Pedro apresentou um desempenho abaixo da média esperada nesse domínio, enquanto o desempenho de João está mais próximo da média. Esse resultado também corrobora o diagnóstico de TEA visto que, conforme os critérios diagnósticos, são exigidos déficits na reciprocidade socioemocional e para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. De fato, a análise qualitativa dos itens demonstrou que Pedro tem muitas dificuldades para interagir com pares, especialmente com crianças que não tem costume. Suas conversas são restritas aos seus tópicos de interesse, como desenhos animados e trens, ele se isola na presença de grupos de crianças e prefere atividades mais solitárias. Contudo, a mãe relatou que ele teve uma melhora expressiva nesses aspectos desde o início das intervenções, sendo que atualmente ele tem tido mais esforço para compreender o que os familiares estão sentindo, fazendo perguntas sobre se estão cansados ou tristes, ou se relacionando com crianças mais novas de seu convívio. João não apresentou dificuldades nesses aspectos, tendo muito mais facilidade e interesse nas interações.

Em relação à dimensão Motricidade do IDADI, nota-se que Pedro apresenta bastante dificuldade em relação à motricidade ampla. Tem acentuado prejuízo (mais de um desvio-padrão abaixo da média) especialmente em tarefas que envolvem equilíbrio (por exemplo, sustentar o corpo, descer e subir escadas, chutar bola) e é bastante descoordenado. Não demonstra interesses em brincadeiras como pular corda, pedalar triciclos e dar cambalhotas. Em contrapartida, João tem ótimo desempenho em todas essas atividades. O atraso significativo na maturação percepto-motora, como nas habilidades de emitir comportamentos motores imitativos ou não, são esperadas no TEA (MOTA, 2008). Quanto à motricidade fina, o desempenho dos dois meninos encontra-se

na média esperada para os 72 meses, embora o desempenho de João seja ligeiramente superior.

A comunicação e linguagem expressivas de Pedro, indo de encontro aos déficits previstos no TEA, também se encontram abaixo da média esperada, enquanto para João o resultado está de acordo com a média. Entretanto, a comunicação e linguagem receptivas de ambos estão dentro da média esperada para os 72 meses. Esses bons resultados, especialmente para Pedro, podem ser decorrentes das intervenções com fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional e aos esforços da mãe e da escola para o desenvolvimento desse aspecto. Qualitativamente, percebe-se que as conversas de Pedro envolvem os seus tópicos de interesse (por exemplo, desenhos, trens e carrinhos) e são com pessoas familiares. O menino ainda não fala espontaneamente sobre acontecimentos ou detalhes do seu dia a dia, mesmo quando perguntado. Ainda assim, embora se identifiquem prejuízos na dimensão Comunicação e Linguagem do IDADI, percebe-se pelos comentários da mãe que muitos progressos já foram realizados pelo menino.

Na dimensão Comportamento Adaptativo do IDADI, tanto João quanto Pedro apresentaram resultados quantitativos acima da média em comparação com crianças de 72 meses. Pedro tem sido constantemente incentivado a fazer atividades do dia a dia. No momento da avaliação, demonstrava grande interesse em ajudar em tarefas como levar o irmão pequeno para o banho, buscar a toalha a pedido da mãe, alimentar a cachorra da família e ajudar a preparar alimentos. Uma das dificuldades da família é em relação à seletividade alimentar do menino, uma vez que ele não aceita comer alimentos que têm alguma característica específica (por exemplo, que são brancos). Entretanto, ele tem realizado várias tarefas de cuidado próprio e de cooperação com a família.

Em relação ao repertório de habilidades sociais, os resultados referentes à avaliação por meio do SSRS-Pais, apontou que Pedro teve um repertório global mais deficitário (Escore global = 24) em comparação a João (Escore global = 21). No entanto, de acordo com o padrão normativo de interpretação do

próprio instrumento, ambas as crianças apresentaram um repertório geral abaixo do percentil 25, indicando desempenho abaixo da média inferior em habilidades sociais. Esses resultados apontam para a necessidade de treinamento de habilidades sociais, especialmente naquelas escalas ou itens mais críticos para o ajustamento social e acadêmico. Comparando o repertório global de habilidades sociais com o desenvolvimento socioemocional, medido pelo IDADI, parece haver uma relação entre desenvolvimento socioemocional abaixo da média e baixo desempenho em habilidades sociais. O padrão de resultados das crianças foi semelhante nesses dois indicadores, com resultados mais desfavoráveis para a criança com TEA.

Com relação ao Fator 1, Responsabilidade, Pedro apresentou um melhor resultado ( $F1 = 5$ ) em comparação a João ( $F1 = 2$ ). Essa escala envolve itens referentes à responsabilidade em realizar e cumprir adequadamente tarefas domésticas. Da mesma forma, uma avaliação qualitativa dos itens do domínio Comportamento Adaptativo do IDADI revelou que Pedro auxiliava mais em atividades domésticas do que João (por exemplo, preparar refeições, dar banho no irmão ou alimentar a cachorra). Ainda que os resultados quantitativos no IDADI favoreçam João, as habilidades em que ele teve melhor desempenho que Pedro referem-se àquelas que envolvem contato com outras pessoas (por exemplo, fazer ligação para um familiar ou amigo, fazer o que é solicitado, aceitar discordância dos amigos). Assim, entende-se que os resultados obtidos nos dois instrumentos podem ser complementares, uma vez que os itens do domínio Comportamento Adaptativo que avaliam ajuda em atividades domésticas estão mais relacionados com o Fator Responsabilidade do SSRS.

Pedro também apresentou um melhor resultado no Fator 2, Autocontrole ( $F2 = 6$ ), comparativamente a João ( $F2 = 4$ ). Nessa escala são englobados comportamentos relativos ao autocontrole da irritação em situações de conflito ou discordância, à evitação de situações problemáticas e à aceitação de críticas. De fato, uma análise qualitativa de itens do IDADI demonstrou que Pedro tem melhores resultados em itens que demonstram autocontrole ou regulação emocional, como por exemplo, evitar empurrar ou bater em outra criança quando está irritado, controlar-se quando é retirado um brinquedo.

Por outro lado, o resultado da avaliação de João apontou para um repertório mais elaborado nas outras três subescalas do instrumento. No Fator 3, Afetividade/Cooperação, ele apresentou um escore de 7 pontos, em comparação a um escore de 4 pontos de Pedro. Nessa subescala são descritos comportamentos de elogiar e receber elogios familiares e amigos, usar o tempo livre de maneira adequada e cooperar com os outros. Esse resultado é corroborado pelo melhor resultado de João no domínio Socioemocional do IDADI que também avalia esses aspectos.

No Fator 4, Desenvoltura Social, João apresentou um escore superior ( $F4 = 4$ ) a Pedro ( $F4 = 0$ ). Segundo o relato da mãe de Pedro, ele não apresenta quaisquer das habilidades que compõem esse fator, caracterizadas por juntar-se a grupos, apresentar-se aos outros, pedir informações e iniciar uma conversação. Pode-se supor, portanto, que essa criança possui déficit de aquisição nessa classe de habilidades sociais já esperados para o TEA, conforme seus critérios diagnósticos.

No último fator do instrumento  $F5$ , Civildade, João ( $F5 = 7$ ; percentil 70) apresentou um escore ligeiramente superior em relação a Pedro ( $F5 = 6$ ; percentil 45). Essa subescala é composta por comportamentos relativos a utilizar tom de voz apropriado e pedir permissão para utilizar objetos e sair de casa. Essas são habilidades básicas de convívio muito dependentes de reforço social generalizado. Tais resultados são esperados, tendo em vista que Pedro tem mais dificuldades em interação social, seja em habilidades básicas ou mais complexas, e isso pode influenciar o seu menor desempenho no fator Civildade.

## Conclusão

O estudo dos dois casos acima permitiu a compreensão de perfis desenvolvimentais distintos entre uma criança com TEA e outra sem TEA. Além disso, ele reforça a compreensão do desenvolvimento infantil em uma perspectiva dialética, com influências individuais e do contexto. O perfil de desenvolvimento

da criança com TEA está em consonância com a expectativa teórica, bem como com os critérios diagnósticos para o transtorno. Prejuízos no desenvolvimento socioemocional e na comunicação e linguagem expressiva foram verificados, bem como comprometimentos na motricidade ampla. Contudo, esses prejuízos não são muito acentuados, a comunicação e linguagem receptivas estão bastante preservadas, o que sugere que os acompanhamentos clínicos, bem como a atenção da mãe ao menino (variáveis protetivas contextuais), estão promovendo seu desenvolvimento.

Em relação ao desenvolvimento da criança sem TEA, quantitativamente, ela está de acordo com a média esperada para os 72 meses. Entretanto, considerando que a criança já tem 76 meses e analisando qualitativamente alguns itens do IDADI e do SSRS, percebe-se que há habilidades que necessitam ser melhor desenvolvidas, especialmente quanto ao aprendizado escolar e ao autocontrole. Percebe-se a necessidade de um contexto mais protetivo ao desenvolvimento dessa criança, com maior incentivo ao aprendizado, autonomia e regulação emocional. Tendo em vista que, conforme o estudo de Silva (2017), a escolaridade materna está altamente correlacionada com o desenvolvimento infantil, com grande tamanho de efeito, e que a mãe da criança sem TEA estudou apenas até o terceiro ano do ensino fundamental, esse pode ser um fator que também explique as dificuldades de João.

O conjunto de resultados referente às habilidades sociais demonstra que a criança com TEA apresenta um repertório global mais desfavorável, com prejuízos especialmente nas habilidades que envolvem desenvoltura social, cooperação/afetividade e civilidade. Em contrapartida, a mãe da criança com TEA relata maior frequência de comportamentos relativos à responsabilidade e autocontrole. Esses dados apontam para a grande variabilidade comportamental que pode existir entre crianças diagnosticadas com diferentes graus de autismo. Além disso, os resultados destacam que mesmo uma criança com o diagnóstico desse transtorno pode apresentar recursos comportamentais em comparação a crianças com desenvolvimento típico.

Com base nos resultados dos dois casos, pode-se também inferir algumas relações entre as diferentes dimensões do desenvolvimento infantil e as habilidades sociais de crianças. Percebe-se, por exemplo, associações positivas entre as dimensões do SSRS, como Afetividade/Cooperação, Desenvoltura Social e Autocontrole e itens das dimensões Socioemocional e Comportamento Adaptativo do IDADI que avaliam aspectos semelhantes. Sugere-se a realização de estudos com amostras mais amplas e com delineamento de comparação de grupos para investigar melhor a relação entre desenvolvimento infantil e habilidades sociais em suas várias dimensões.

Por fim, a análise dos dois casos nos permite tecer breves considerações sobre intervenções que podem ser pensadas a partir da avaliação realizada. No caso do menino com TEA, com prejuízos globais nas habilidades sociais, ele poderia se beneficiar de um treinamento de habilidades sociais, preferencialmente envolvendo os pais, e especialmente nos aspectos que ele tem mais dificuldades. Quanto ao desenvolvimento, é notável o desempenho do menino em algumas dimensões como a Cognitiva e Comunicação e Linguagem Receptiva. Esses resultados muito provavelmente estão relacionados aos esforços dos pais, escola e serviço de saúde no qual ele faz tratamento. Entretanto, déficits ainda importantes foram percebidos nas dimensões Motricidade Ampla, Comunicação e Linguagem Expressiva e Socioemocional. A continuidade das intervenções multiprofissionais, envolvendo psicomotricista ou terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo podem ampliar ainda mais o potencial de desenvolvimento dessa criança.

Em relação a intervenções para o menino sem TEA, cujo desempenho foi classificado na faixa percentílica mais baixa do SSRS, o treinamento de habilidades sociais também é fortemente recomendado. Especialmente, as dimensões Responsabilidade e Autocontrole poderiam ser aprimoradas junto aos pais para a promoção de comportamentos mais adaptativos da criança. Em relação ao desenvolvimento, percebe-se a necessidade de maior empenho nas habilidades referentes à alfabetização para um melhor desempenho cognitivo. O maior empenho dos pais na ajuda ao menino em tarefas escolares, bem

como o reforço escolar podem ser particularmente úteis no desenvolvimento dessas habilidades.

## Referências

ALCKMIN-CARVALHO, F.; STRAUSS, V. G. Identificação de sinais precoces de autismo segundo um protocolo de observação estruturada: um estudo de seguimento. **Psico**, Porto Alegre, v. 45 n. 5, p. 502-512, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

\_\_\_\_\_. **DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

\_\_\_\_\_. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDERSON, L. M.; SHINN, C.; FULLILOVE, M. T.; SCRIMSHAW, S.C.; FIELDING, J. E.; NORMAND, J.; THE TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, Michigan, USA, v. 24, n. 3, p. 32-46, 2003.

BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; MAGALHÃES, T. Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) no ensino fundamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 271-282, 2009.

BELLMAN, M.; BYRNE, O.; SEGE, R. Developmental assessment of children. **British Medical Journal**, London, United Kingdom, v. 346, n. 15, p. e8687, 2013.

BELSKY, J. **Desenvolvimento humano: experienciando o ciclo de vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRANT, A. M.; MUNAKATA, Y.; BOOMSMA, D. I.; DEFRIES, J. C.; HAWORTH, C. M. A.; KELLER, M. C.; HEWITT, J. K. The nature and nurture of high IQ: an extended sensitive period for intellectual development. **Psychological Science**, Los Angeles, USA, v. 24, n. 8, p. 1487-95, 2013.

CHAMBERLAIN, B.; KASARI, C.; ROTHERAM-FULLER, E. Involvement or isolation? The social networks of children with autism in regular classrooms. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, USA, v. 37, n. 2, p. 230-242, 2007.

DEL PRETTE, Z. A. P.; FREITAS, L. C.; BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, A. PRETTE. **Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças – SSRS**: manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. p. 156.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Competência social e habilidades sociais**: Manual teórico-prático. Petrópolis: Vozes, 2017.

DENNIS, M.; SPIEGLER, B. J.; SIMIC, N.; SINOPOLI, K. J.; WILKINSON, A.; YEATES, K. O.; FLETCHER, J. M. Functional plasticity in childhood brain disorders: When, what, how, and whom to assess. **Neuropsychology Review**, New York, USA, v. 24, n. 4, p. 389-408, 2014.

EAPEN, V.; ZOUBEIDIB, T.; YUNISC, F.; GURURAJD, A. K.; SABRIE, S.; GHUBASHA, R. Prevalence and psychosocial correlates of global developmental delay in 3-year-old children in the United Arab Emirates. **Journal of Psychosomatic Research**, Amsterdam, Netherlands, v. 61, n. 3, 321-326, 2006.

ERZURUMLU, R. S.; GASPAS, P. Development and critical period plasticity of the barrel cortex. **The European Journal of Neuroscience**, Medford, USA, v. 35, n. 10, p. 1540-53, 2012.

FREITAS, L. C.; DEL PRETTE, Z. A. P. Categorias de necessidades educacionais especiais enquanto preditoras de déficits em habilidades sociais na infância. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 658-669, 2014.

\_\_\_\_\_. Social Skills Rating System – Brazilian version: New exploratory and confirmatory factorial analyses. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Santa Fe, Argentina, v. 33, n. 1, p. 135-156, 2015.

GRESHAM, F. M.; ELLIOTT, S. N. **Social Skills Rating System: Manual**. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 1990.

HARPER, C. B.; SYMON, J. B. G.; FREA, W. D. Recess is time-in: Using peers to improve social skills of children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, USA, v. 38, n. 5, 815-826, 2007.

HILTON, C. L.; CROUCH, M. C.; ISRAEL, H. Out-of-school participation patterns in children with high-functioning autism spectrum disorders. **American Journal of Occupational Therapy**, Bethesda, MD, USA, v. 62, n. 5, p. 554-563, 2008.

KNOTT, F.; DUNLOP, A. W.; MACKAY, T. Living with ASD: How do children and their parents assess their difficulties with social interaction and understanding? **Autism**, Los Angeles, USA, v. 10, n. 6, p. 609-617, 2006.

MACINTOSH, K.; DISSANAYAKE, C. Social skills and problem behaviours in school aged children with High-functioning autism and Asperger's disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, USA, v. 36, p. 1065-1076, 2006.

MARQUES, D. F.; BOSA, C. A. Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade de Critério. **Psicologia: Teoria e Prática**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 43-51, 2015.

MOTA, A. C. W. Avaliação da maturação percepto-cognitiva e do comportamento motor em crianças com transtorno autista: indicações ao trabalho do educador.

**Revista electrónica de investigación y docencia (REID)**, Jaén, Espanha, n. 1, 2008.

RUTTER, M. L. Progress in understanding autism: 2007–2010. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, USA, v. 41, p. 395-404, 2011.

SAMEROFF, A. A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. **Child Development**, Hoboken, New Jersey, USA, v. 81, n. 1, p. 6-22, 2010.

SAMMS-VAUGHAN, M. E. The status of early identification and early intervention in autismo spectrum disorders in lower- and middle-income countries. **International Journal of Speech-Language Pathology**, Abingdon, England, v. 16, n. 1, p. 30-35, 2014.

SILVA, M. A.; MENDONÇA-FILHO, E. J.; BANDEIRA, D. R. Development of the Dimensional Inventory of Child Development Assessment (IDADI). **Psico-USF**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 11-26, 2019.

SILVA, M. A. **Construção e estudo de evidências de validade e fidedignidade do Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil**. 2017. 175f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.

TAMANAHARA, A. C.; PERISSINOTO, J. Linguagem compreensiva, expressiva e pragmática no Transtorno do Espectro do Autismo. In: Bosa, C. A.; Teixeira, M. C. T. V. (Eds.). **Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo, SP: Hogrefe, 2017. v. 1, p. 105-118.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; CARREIRO, L. R. R.; CANTIERE, C. N.; BARALDI, G. S. Perfil cognitivo e comportamental do Transtorno do Espectro Autista. In: Bosa, C. A.; Teixeira, M. C. T. V. (Eds.). **Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo, SP: Hogrefe, 2017. v. 1, p 29-42.

THOMAS, S. A.; COTTON, W.; PAN, X.; RATLIFF-SCHAUB, K. Comparison of systematic developmental surveillance with standardized developmental screening in primary care. **Clinical Pediatrics**, Los Angeles, USA, v. 51, n. 2, p. 154-159, 2012.

WALKER, S.; BERTHELTSEN, D. Children with autism spectrum disorder in early childhood education programs: A social constructivist perspective on inclusion. **International Journal of Early Childhood**, New York, USA, v. 40, n. 1, p. 33-51, 2008.

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