



MARIA CLARA FERREIRA ALENCAR

A PERCEPÇÃO DE ATRASO DE LINGUAGEM E O DESFECHO DIAGNÓSTICO.

GUARAPUAVA

2021

MARIA CLARA FERREIRA ALENCAR

A PERCEPÇÃO DE ATRASO DE LINGUAGEM E O DESFECHO DIAGNÓSTICO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora, como critério para obtenção do grau de bacharel (a) em Medicina.

Orientador(a): Prof. Dra. Silvia Mara de Souza Halick

GUARAPUAVA

2021

SUMÁRIO

Artigo Científico	5
Resumo	6
Abstract.....	7
Introdução	8
Métodos	9
Resultados.....	10
Discussão	19
Agradecimentos.....	21
Referências Bibliográficas	22
Apêndices	25
Anexos	27

A PERCEPÇÃO DE ATRASO DE LINGUAGEM E O DESFECHO DIAGNÓSTICO.

Perceived language delay and diagnostic outcome.

AUTORES

1º autor: Maria Clara Ferreira Alencar, Centro Universitário Campo Real;

ORCID: 0000-0003-3866-5086

2º autor/orientadora: Silvia Mara de Souza Halick, Centro Universitário Campo Real

ORCID: 0000-0003-3353-428X

PATROCINADOR PRINCIPAL: Financiamento Próprio.

DECLARAÇÃO DOS CONFLITOS DE INTERESSES DOS AUTORES: autores declaram que não existem conflitos de interesse.

PARECER DE COMITÊ DE ÈTICA RECONHECIDO PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE:

4.776.545

RESUMO

Objetivos: o objetivo desse artigo foi identificar crianças com atraso da linguagem e como foi sua evolução, destacando como se deu esse atraso e com que idade foi o diagnóstico, verificando os traços apresentados do atraso da linguagem e o desfecho diagnóstico para Transtorno do Espectro Autista ou manutenção de Transtornos da linguagem em crianças típicas. **Métodos:** Um estudo observacional, descritivo, a partir da análise de prontuários de crianças de 1-7 anos com diagnóstico de atraso de linguagem em crianças típicas e crianças autistas acompanhadas na rede de atendimento pública e/ou privada da especialidade de neuropediatria na cidade de Guarapuava-PR. **Resultados:** Na população estudada observou-se que os primeiros sinais de Transtorno do Espectro Autista surgem nos primeiros anos de vida, entre 1-3 anos de idade e que o atraso de linguagem sem características autísticas apresentou maior incidência. **Conclusão:** É notório que, dificuldades na capacidade de comunicação e linguagem estão diretamente relacionadas com o desfecho diagnóstico dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista e culminam com a dificuldade de sociabilidade, porém muitas crianças que cursam com atraso de linguagem desenvolvem características típicas de seu desenvolvimento.

Palavras- Chave: Transtorno do Espectro Autista; Linguagem; Comunicação

ABSTRACT

Objectives: The aim of this article was to identify children with language delay and its evolution, highlighting how this delay happened and at what age was the diagnosis, verifying the features of language delay and the diagnostic outcome for Autism Spectrum Disorder or maintenance of language disorders in typical children.

Methods: An observational, descriptive study, from the analysis of medical records of children aged 1-7 years with diagnosis of language delay in typical children and autistic children followed in the public and/or private care network of the neuropsychiatric specialty in the city of Guarapuava-PR. **Results:** In the studied population it was observed that the first signs of Autism Spectrum Disorder appear in the first years of life, between 1-3 years of age, and that language delay without autistic characteristics showed higher incidence. **Conclusion:** It is clear that difficulties in communication and language skills are directly related to the diagnostic outcome of patients with Autism Spectrum Disorder and culminate in difficulties of sociability, but many children who have language delay develop typical characteristics of their development.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Language; Communication

INTRODUÇÃO

Os transtornos de desenvolvimento de fala, comunicação e linguagem são uma das causas de grande procura nos serviços pediátricos. Todos esses termos estão envolvidos com o desenvolvimento das habilidades sociais e sua falta sugerem uma síndrome ampla, que podem ser acompanhados de comportamentos incomuns na fase de crescimento de uma criança.

Dentre os transtornos de desenvolvimento de fala e cognição, destaca-se o transtorno do espectro autista (TEA), definida por um conjunto de sinais para um transtorno específico. Ela manifesta-se nos primeiros anos de vida. A dificuldade na fala é uma das características mais comuns, podendo ela, ser identificada por pais ou educadores. Na pesquisa do diagnóstico, os pais também alegam falha na linguagem, principalmente ao chamarem os filhos e não serem correspondidos, além da ecolalia frequente em crianças diagnosticadas com TEA e que se caracteriza por um discurso repetitivo, com autorrepetição da própria fala ou repetição da fala do outro ¹. Segundo Oliveira (2003) nas crianças com TEA que tem o uso predominante da comunicação verbal, a ecolalia é um fenômeno persistente, definida como a repetição em eco da fala do outro ².

Diversos estudos destacam a intervenção precoce como fator fundamental para a melhora do quadro clínico do autismo, gerando ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança ³. Diante disso, são propostos diversos meios que auxiliam no diagnóstico, como o Denver II, instrumento que possibilita a análise da evolução do desenvolvimento da linguagem da criança. Dentro deste instrumento, há uma parte específica para acompanhamento do desenvolvimento da linguagem conforme o avanço cronológico em idade.

Considerando a importância desse assunto, o objetivo desse artigo foi identificar crianças com atraso da linguagem e como foi essa evolução, destacando como se deu esse atraso e com que idade foi o diagnóstico, além de verificar minuciosamente os traços apresentados do atraso da linguagem até chegar ao diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou não, considerando que dentre os critérios diagnósticos para TEA está a dificuldade no desenvolvimento da habilidade de linguagem, porém devem somar-se a esses as estereotipias e a dificuldade nas interações sociais para estabelecer tal diagnóstico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, realizado na população de crianças de 1-7 anos acompanhadas na rede de atendimento pública e privada da especialidade de neuropediatria na cidade de Guarapuava-PR. Para análise, foi efetuada uma revisão de prontuários dos pacientes durante um período de 3 meses. Os prontuários deveriam conter os CID F80 ou F84, com base nisso, foram analisados 321 prontuários digitais e físicos de pacientes com dificuldades na linguagem, sendo que destes, apenas 26 destes evoluíram para o diagnóstico de TEA.

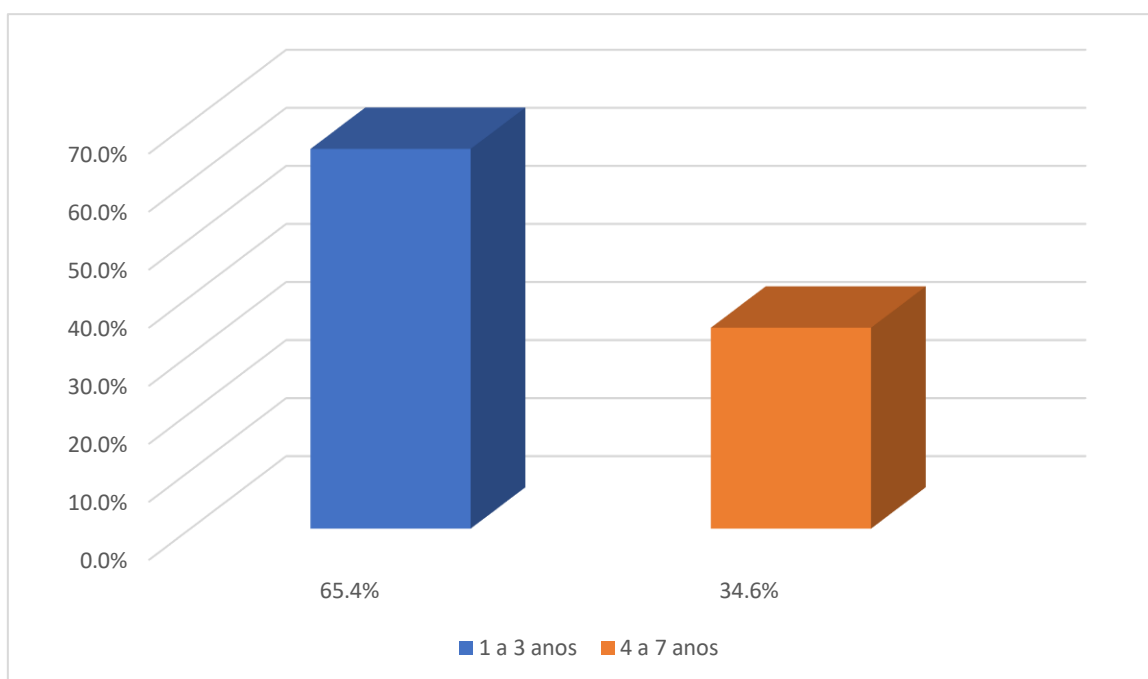
Para a avaliação desses prontuários, foi elaborado um instrumento de coleta, baseado no teste de desenvolvimento Denver II e questões elaboradas pelos próprios autores, respondidas pelas informações escritas nos prontuários. A partir desse instrumento, visou-se comparar e analisar os dados relacionados a idade dos primeiros sinais identificados e que levaram ao diagnóstico do TEA, sendo esses sinais, o atraso da fala, o atraso na comunicação gestual ou se a criança parou de falar. Além disso, foram incluídas perguntas sobre quais indivíduos identificaram os primeiros sinais, podendo ser eles pais ou educadores, a partir do que estava escrito nos prontuários.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), respeitando assim, as questões éticas envolvidas e descritas na Resolução CNS 196/96, atualizada pela 466/2012.

RESULTADOS

Ao se apresentar os resultados coletados na pesquisa proposta cabe ressaltar que para melhor compreensão das percepções de atraso de linguagem tanto das crianças típicas, quanto àquelas que tiveram posterior diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista que foram 26 pacientes dos pacientes estudados, foi necessário aplicar o instrumento de coleta para analisar os prontuários dos pacientes. Os resultados encontrados foram tratados através de tabelas e gráficos, conforme dispostos a seguir.

Gráfico 1 – Percepção da idade em que os pais notaram algo diferente na área da linguagem e relacionamento social e/ou comportamento nas crianças típicas.

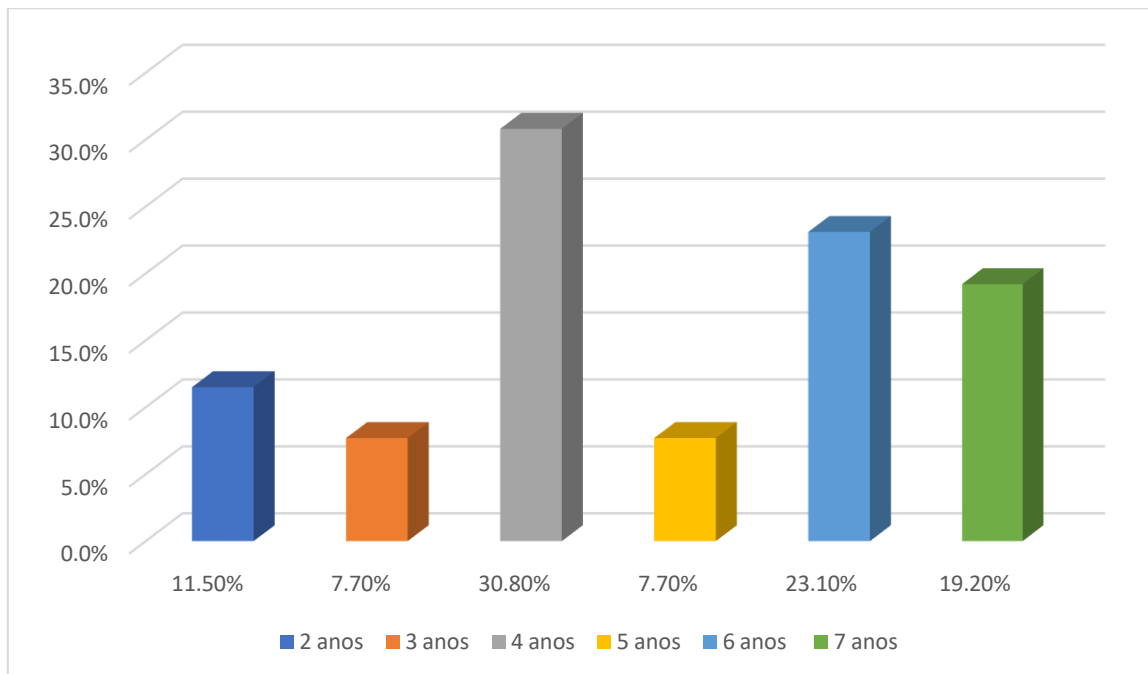


Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

A primeira análise do gráfico 1, mostra a idade em que os transtornos de linguagem e comunicação começam a se manifestar, dado levantado a partir da análise do total de 321 prontuários. Sabe-se que o desenvolvimento normal da linguagem de uma criança surge nos primeiros anos de vida e por isso, quando há alguma anormalidade nesse desenvolvimento, será identificado também nesse período de idade. Alguns estudos mostram distintas janelas de tempo para o aprendizado da linguagem. Para a aprendizagem da fonologia seria entre o nascimento e o final do primeiro ano, enquanto para o desenvolvimento sintático seria

entre 18 e 36 meses de idade, já para o vocabulário haveria um marco importante de “explosão lexical” aos 18 meses de idade, mas a aquisição ocorre durante toda a vida ⁵.

Gráfico 2 – Idade dos pacientes com Autismo.



Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

Os resultados encontrados no Gráfico 2, permitem compreender que nos 26 autistas, foi identificado um desenvolvimento anormal ao redor dos 4 anos de idade. Conforme os critérios diagnósticos do DSM-5 ⁸, as primeiras manifestações do TEA devem aparecer antes dos 36 meses de idade. Todavia, dados empíricos demonstram que a maioria das crianças apresenta problemas no desenvolvimento entre os 12 e 24 meses ^{9,10,11}, sendo que alguns desvios qualitativos no desenvolvimento aparecem antes mesmo dos 12 meses ^{12, 13}.

Tabela 1 – Primeiro sintoma ou sinal percebido pelos pais nas crianças autistas.

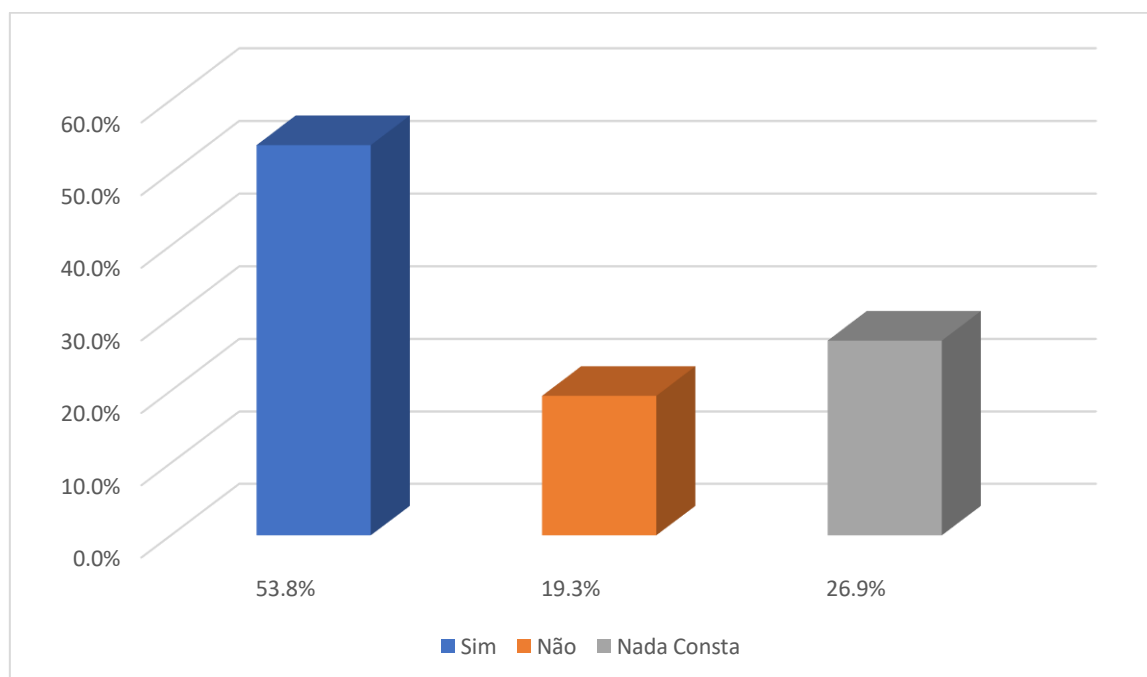
Paciente	Dados dos prontuários
01	Sem contato visual e interação
02	Troca de fonemas
03	Não consta

04	Atraso na fala, repete palavras, porém bem enrolado.
05	Não verbalizava
06	Não verbalizava
07	Não verbalizava, sempre quieto
08	Não verbalizava
09	Não verbalizava, chorava muito e dormia pouco
10	Não verbalizava
11	Não verbalizava
12	Não verbalizava e não responde ao chamado
13	Não verbalizava
14	Não verbalizava
15	Não verbalizava, irritação e seletividade alimentar
16	Não verbalizava
17	Não verbalizava
18	Não verbalizava e não atende a chamados
19	Não verbalizava e sem interação
20	Não verbalizava, autoagressão e sensibilidade ao som
21	Não verbalizava
22	Não verbalizava
23	Não verbalizava e faz pouco contato
25	Não verbalizava e agitado
26	Não verbalizava e pouco progresso no desenvolvimento

Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

A tabela 1 indica o que foi relatado pelos pais das crianças autistas e estava registrado nos prontuários analisados. Percebeu-se, uma incidência maior nas respostas, principalmente, quanto a não verbalização dos pacientes. Em relação à natureza dos primeiros sintomas observados pelos pais, o atraso no desenvolvimento da comunicação e da linguagem é o sintoma relatado com maior frequência ^{9,10,14,15,16}.

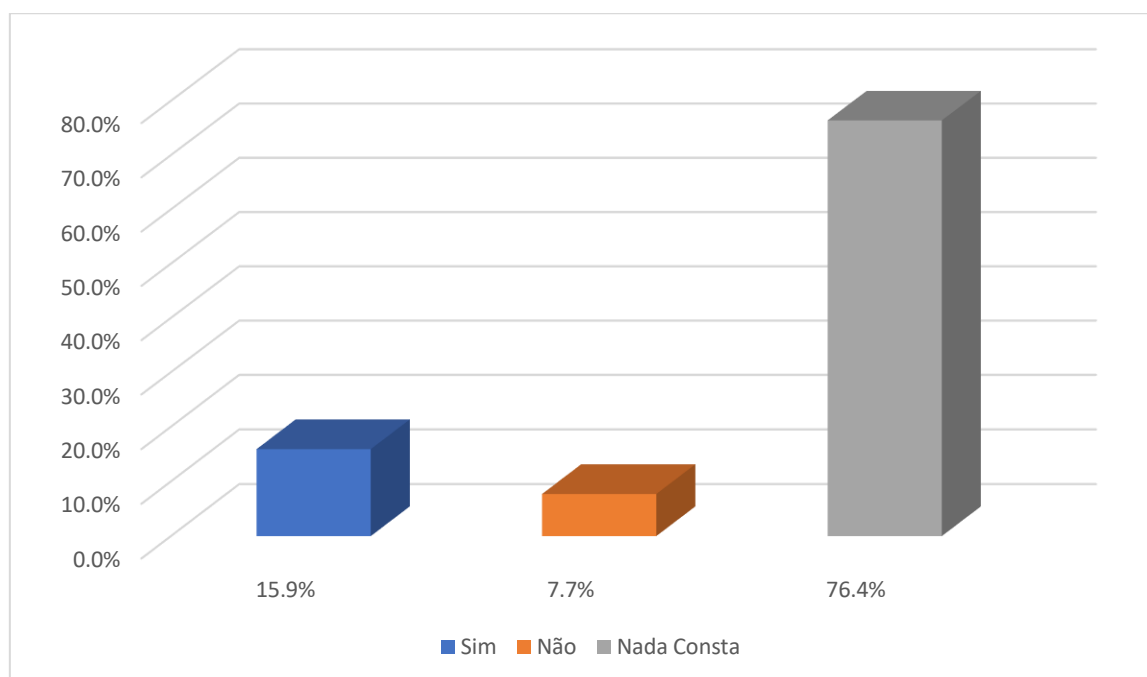
Gráfico 3 – Frequência da criança típica na escola.



Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

O gráfico 3 demonstra que mais da metade população estudada frequenta escola apontando que a maioria dos pais buscam recursos educacionais para promover o desenvolvimento de seus filhos. É de suma importância, promover atividades, ações e um envolvimento contínuo com o aprendizado, interação com as demais crianças e aporte pedagógico que venha a estimular seu desenvolvimento global. Tais medidas, além das terapias e a inserção no ambiente educacional implicam em uma modificação estrutural e cultural, de maneira gradativa levando também a potencialização do desenvolvimento global das habilidades da criança TEA ¹⁷.

Gráfico 4 – Se sim, educadores notaram algo diferente na área da linguagem e relacionamento social e/ou comportamento? (dados retirados dos prontuários)



Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

Por outro lado, os resultados encontrados no Gráfico 4 retrataram uma enorme dificuldade dos educadores em evidenciar um progresso no desenvolvimento das crianças TEA, uma minoria (15,9%) indicava a percepção de algum tipo de evolução em relação a linguagem, relacionamento social e/ou comportamental. Um estudo realizado com os pais de 36 crianças com TEA e de 20 controles com desenvolvimento típico, encontrou que 20 a 30% dos cuidadores descrevem padrões de regressão de linguagem, envolvendo a perda de palavras previamente adquiridas ¹⁸.

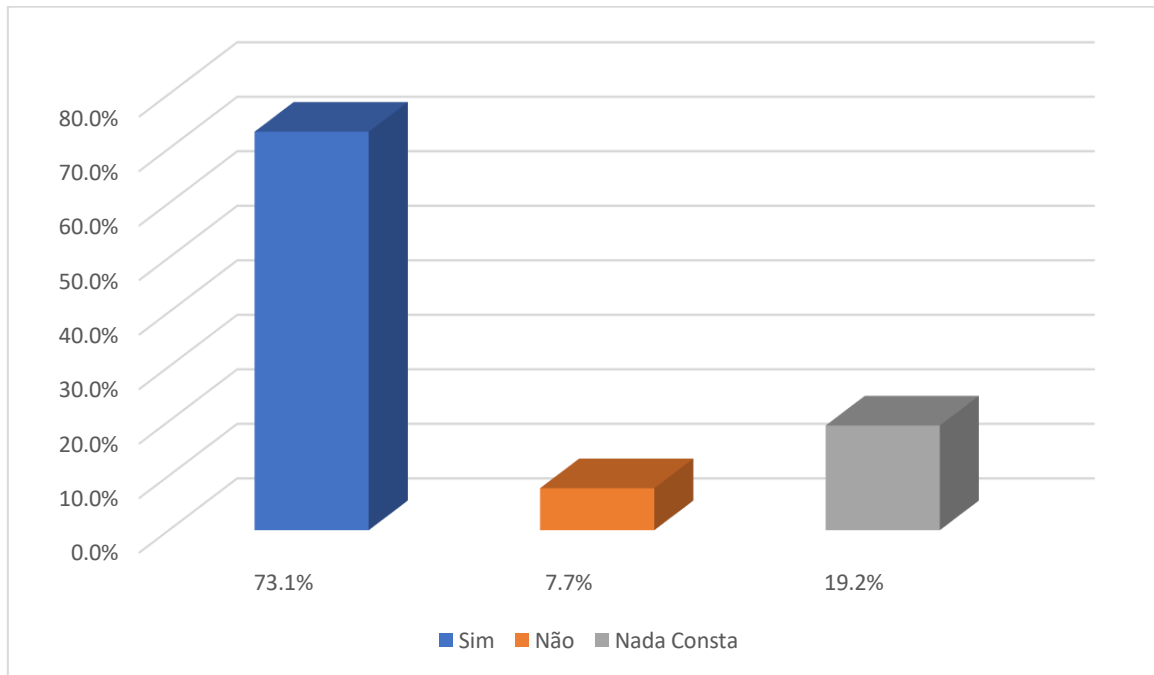
Tabela 2 – O que foi percebido pelo educador na escola.

Paciente	Dados dos prontuários
01	Não faz amizade
02	Dificuldade na leitura e escrita
17	Não socializa e quando tem barulho tapa os ouvidos

Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

A Tabela 2 retratou que apenas 3 (três) pacientes autistas, segundo as percepções dos educadores, tiveram os seguintes comportamentos: não faz amizade; dificuldade na hora da leitura e da escrita; e não socializa e quando tem barulho tapa os ouvidos.

Gráfico 5 – A criança realiza algum acompanhamento especializado?



Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

Já em relação ao Gráfico 5, é importante se dizer que o acompanhamento especializado é de suma relevância, para a promoção e o desenvolvimento educacional, motor, cognitivo, social e mental dos pacientes como um todo, bem como, buscando a melhora do paciente no convívio com sua família.

Tabela 3 – Tipo de acompanhamento.

Paciente	Dados dos prontuários
02	Fonoaudióloga e neuropediatria
05	APAE
06	APAE
07	Neuropediatria, fonoaudióloga e psicóloga
08	Fonoaudiologia

09	Fonoaudióloga e psicóloga
10	Fonoaudiólogo e psicólogo
11	Fonoaudióloga
12	Fonoaudióloga
13	Fonoaudiólogo
14	Fonoaudiólogo
16	Fonoaudiólogo
17	Fonoaudiólogo e psicólogo
18	Fonoaudiólogo
19	Fonoaudiólogo
22	Fonoaudiólogo e psicólogo
23	Fonoaudiólogo e psicólogo
25	Fonoaudiólogo e psicólogo
26	Fonoaudiólogo

Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno que afeta o desenvolvimento de algumas habilidades, alterações comportamentais como o desenvolvimento de estereotípias e isolamento social que acabam por levar a certas limitações e/ou dificuldades no cotidiano da pessoa ¹⁹.

O diagnóstico de autismo acarreta em algumas mudanças e adaptações na vida da família, em razão da necessidade de estímulos específicos para o seu pleno desenvolvimento. Todas as demandas, como atendimentos médicos e terapias repercutem na rotina familiar diária, trazem impacto financeiro e exigem muitas vezes uma readequação quanto ao papel da criança autista no contexto familiar e levam a mudanças inclusive nas próprias relações familiares ²⁰.

Logo, os profissionais de Fonoaudiologia, Neuropediatria, Psicologia indicados na Tabela 3, bem como, outros profissionais da saúde e da educação, são fundamentais no processo de auxílio ao desenvolvimento do paciente com Transtorno do Espectro Autista.

Tabela 4 – Teste de linguagem analisados nos prontuários dos pacientes.

AÇÃO	SIM	NÃO	NADA CONSTA
Vocaliza (An)	n=22 (84,6%)	n=1 (3,8%)	n=3 (11,6%)
Fala Ooo/Aah (An)	n=15 (57,7%)	n=2 (7,7%)	n=9 (34,6%)
Riso (gargalhada (An)	n=3 (11,5%)	-	n=23 (88,5%)
Grita (An)	n=13 (50%)	-	n=13 (50%)
Volta-se para o som (An)	n=13 (50%)	n=2 (7,7%)	n=11 (42,3%)
Volta-se para a voz (An)	n=8 (30,7%)	n=8 (30,7%)	n=10 (38,6%)
Silabas isoladas (An)	n=8 (30,8%)	n=9 (34,6%)	n=9 (34,6%)
Imita sons (An)	n=20 (76,9%)	-	n=6 (23,1%)
Papa ou Mama específicos (An)	n=5 (19,2%)	n=4 (15,3%)	n=17 (65,5%)
Combina palavras (An)	n=1 (3,8%)	n=2 (7,7%)	n=23 (88,5%)
Nomeia Figura	n=5 (19,2%)	n=3 (11,5%)	n=18 (69,3%)
Aponta 6 partes do corpo	n=1 (3,8%)	n=2 (7,7%)	n=23 (88,5%)
50% de inteligibilidade de fala	n=5 (19,2%)	-	n=21 (80,8%)
Reconhece duas ações	n=7 (26,9%)	-	n=19 (73,1%)
Define dois objetos pelo uso	n=4 (15,3%)	n=1 (3,8%)	n=21 (80,9%)
Compreende 4 preposições	-	-	n=26 (100%)
Faz analogias	n=9 (34,6%)	-	n=17 (65,4%)
Define 5 palavras	n=1 (3,8%)	n=1 (3,8%)	n=24 (92,4%)
Nomeia 1 cor	n=4 (15,3%)	n=1 (3,8%)	n=21 (80,9%)
Compreende 2 adjetivos	-	-	n=26 (100%)

Fonte: Autora da pesquisa, (2021).

Por fim, a Tabela 4 busca retratar através do material coletado e baseado nas informações de desenvolvimento de linguagem do Teste de desenvolvimento Denver II as expressões de linguagem que seriam consideradas adequadas quando acontecem antes do 1º ano de vida. Nota-se que 26 crianças autistas não realizam as seguintes ações: Vocaliza (An), fala Ooo/Aah (An), riso (gargalhada (An), grita (An), volta-se para o som (An), volta-se para a voz (An), sílabas isoladas (An), imita sons (An) e papa ou Mama. Indicando anormalidade no desenvolvimento de linguagem dessas 26 crianças cujas idades variaram de 1-7 anos.

DISCUSSÃO

Em relação aos resultados apresentados no estudo, foi possível observar a existência de variadas percepções e níveis de compreensão quanto a linguagem e comunicação (Tabela 4), onde é possível corroborar com os estudos de Amato e Fernandes²¹, de que a capacidade de comunicação e linguagem de cada um dos pacientes estudados, reflete desde casos mais leves, onde a criança com TEA possui algumas dificuldades de interação com as demais pessoas, e outras até as mais severas, apresentando enormes dificuldades de comunicação e linguagem o que vem a comprometer sua sociabilidade.

Observou-se que diante dos 321 prontuários, poucos evoluíram para uma síndrome específica como as 26 crianças que obtiveram o diagnóstico do TEA, outras incluíram-se em outras síndromes de desenvolvimento de linguagem e outras nem conseguiram um diagnóstico específico.

Em razão dos dados coletados, é possível correlacionar que diante da compreensão neuropsicológica, é observável que o déficit linguístico e comunicacional dos pacientes estudados, dependem de déficits de natureza cognitiva, os quais por sua vez, segundo as pesquisas de Miilher²² podem estar relacionadas as modificações neurológicas de variados tipos. Logo, observa-se que uma dessas modificações seria, por exemplo, os déficits relacionados aos neurotransmissores, os quais são responsáveis pelo aumento das dificuldades de comunicação e linguagem.

Outra percepção relacionada aos resultados encontrados no estudo, pode ser corroborado pelas pesquisas de Delfrate, Santana e Massi²³, onde observa-se que as crianças com Transtorno do Espectro Autista em quase sua maioria apresentam deficiências no contato afetivo com a família e pessoas próximas, ausência de rotinas na manutenção de sua vida e movimentos repetitivos, sendo que algumas delas acabam dessa forma, não desenvolvendo a fala, e as que desenvolvem não possuem a intenção de se comunicar. Esse retraimento social, acaba possuindo certa frequência em crianças com autismo, sendo acompanhado de certas impossibilidades da criança em relação ao seu desenvolvimento da linguagem de maneira funcional, ou seja, a criança autista não consegue pronunciar palavras, o que a faz não aprender certos conceitos nas relações sociais.

Notou-se também que muitas das crianças analisadas faziam acompanhamento especializado, assim, é fundamental que os profissionais da saúde, como o fonoaudiólogo, psicólogo e médico, façam parte da rotina de todos os pacientes pesquisados, na busca pela promoção da linguagem e comunicação, através de

intervenções no comportamento verbal. Esses profissionais auxiliarão no diagnóstico diferencial, dando apoio à equipe multidisciplinar um caminho para compreensão em relação aos atrasos na linguagem e na fala indicados na pesquisa realizada.

Por fim, assim como foi esperado e proposto pelo estudo, o atraso da linguagem está diretamente ligado ao diagnóstico dos transtornos de linguagem e é o principal sinal associado ao Transtorno do espectro autista. Pesquisas evidenciam que os primeiros sinais e sintomas de TEA começam a surgir entre seis e doze meses, tornando-se mais perceptíveis e estáveis entre os 18 e 24 meses, período em que já é possível fazer a identificação precoce dos casos^{24,25,26}. Fato também observado no gráfico 2 que mostra a idade de diagnóstico das dificuldades de linguagem nas crianças autistas deste estudo.

Algumas limitações do estudo foram a dificuldade na leitura dos prontuários físicos pela dificuldade de interpretação da grafia manual, além de que muitas informações necessárias não constavam nos prontuários pesquisados devido a necessidade de obter informações que não fazem parte da avaliação clínica de rotina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por essa realização, seguido da minha orientadora Dra. Silvia Mara de Souza Halick pela determinação e disposição para a conclusão deste trabalho; agradeço também aos professores Gonzalo Ogliari e Dra. Giselle Raitz pelo conhecimento cravado, e por fim, aos meus familiares e colegas que me apoiaram a caminho dos meus objetivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tager-Flusberg H, Rogers S, Cooper J, Landa R, Lord C, Paul R et al. Defining spoken language benchmarks and selecting measures of expressive language development for young children with autism spectrum disorders. *J Speech Lang Hear Res.* 2009;52(3):643-52.
2. Oliveira MT. A Diversidade Sintomática na Ecolalia. *Rev Dist da Comum.* 2003;2(4):351-60.
3. Howlin, P., Magiati, I., & Charman, T. (2009). Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. *American Journal of Intellectual Development Disabilities*, 37, 23-41.
4. Reichow, B. (2011). Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Development Disorders*, 42(4), 512-520.
5. Kuhl P. Brain mechanisms in early language acquisition. *Neuron.* 2010;67(5):713-27.
6. Andrade CRF. Prevalência de distúrbios idiopáticos de fala e linguagem em crianças de um a onze anos. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31 (5): 495-501.
7. Martins VO, Rodrigues A, Andrade RV, et al. Perfil epidemiológico dos distúrbios da comunicação humana atendidos em ambulatório de Atenção Básica à Saúde. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2008: 159-66. [Citado em julho de 2011 20] Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/portal/suplementorsbfa>
8. American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed. Revista)*. Lisboa: Climepsi Editores.
9. Chakrabarti, S. (2009). Early identification of Autism. *Indian Pediatrics*, 46(17), 412-414.
10. Chawarska, K., Paul, R., Klin, A., Hannigen, S., Dichtel, L., & Volkmar, F. (2007) Parental recognition of developmental problems in toddlers with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 37, 62-73.
11. Noterdaeme, M., & Hutzelmeyer-Nickels, A. (2010). Early symptoms and recognition of pervasive developmental disorders in Germany. *Autism*, 14(6), 575-588.
12. Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, C., Pei, F., Stern, D., Golse, B., & Palacio-Espasa, F. (2002). Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1239-1245.

13. Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J., & Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23(2-3), 143-152.
14. Coonrod, E. E., & Stone, L. L. (2004). Early concerns of parents of children with autistic and nonautistic disorders. *Infants and Young Children*, 17(3), 258-268.
15. De Giacomo, A., Fombonne, E. Parental reconhecimento de anormalidades de desenvolvimento no autismo. *European Child & Adolescent Psychiatry* 7, 131-136 (1998).
<https://doi.org/10.1007/s007870050058>.
16. Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: Findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 834-839.
17. Pinto, R. N. M.; Torquato, I. M. B.; Collet, N.; Reichert, A. P. S.; Souza Neto, V. L.; Saraiva, A. M. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2016, n.37(3), Set..
18. Werner, E. & Dowson, G. (2005). Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes. *Archives of General Psychiatry*, 62, 889-895.
19. Baumel, R. C. R. C.; Moreira, L. C. Currículo em educação especial: tendências e debates. Curitiba: Editora da UFPR. *Educar*, 2010, n.17, p.125-137.
20. Orrú, S. E. Autismo, linguagem e educação: interação social no cotidiano escolar. 3 ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2012.
21. Amato, C. A. L. H.; Fernandes, F. D. M. O uso interativo da comunicação em crianças autistas verbais e não verbais. *Pró-Fono R. Atual. Cient.*, 2010, n.22 v.4, Dez.
22. Miilher, Liliane Perroud. Linguagem nos transtornos do espectro autístico: relações entre o uso, forma e conteúdo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. Dissertação de Mestrado em Medicina.
23. Delfrate, C. B.; Santana, A. P. O.; Massi, G. A. A aquisição de linguagem na criança com autismo: um estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2009, v.14, n.2, p.321-331, abr./jun.
24. Belini, A. E. G. & Fernandes, F. D. M. (2007). Olhar de bebês em desenvolvimento típico: correlações longitudinais encontradas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(3), 165-173. doi: 10.1590/S1516-80342007000300003.

25. Clifford, S., Young, R. & Williamson, P. Assessing the Early Characteristics of Autistic Disorder using Video Analysis. *J Autism Dev Disord* 37, 301–313 (2007). <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0160-8>.

26. Ozonoff, S., Young, G. S., Goldring, S., Greiss-Hess, L., Herrera, A. M., Steele, J., Nacari, S., Hepburn, S., & Rogers, S. J. (2008). Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 644-656.

APÊNDICES

PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS

Idade: _____

Idade em que os pais notaram algo diferente na área da linguagem e relacionamento social e/ou comportamento: 1 a 3 anos () 4 a 7 anos ()

Primeiro sintoma ou sinal percebido pelos pais:

Criança frequenta a escola? Sim () Não ()

Se sim, educadores notaram algo diferente na área da linguagem e relacionamento social e/ou comportamento? Sim () Não ()

Se sim, o que foi percebido pelo educador:

Criança realiza algum acompanhamento especializado? Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Estrutura familiar do paciente:

Teste de linguagem

	SIM	NÃO	NÃO CONSTA
Vocaliza (An)			
Fala Ooo/Aah (An)			
Riso (gargalhada (An)			
Grita (An)			
Volta-se para o som (An)			

Volta-se para a voz (An)			
Silabas isoladas (An)			
Imita sons (An)			
Papa ou Mama específicos (An)			
Combina palavras (An)			
Nomeia Figura			
Aponta 6 partes do corpo			
50% de inteligibilidade de fala			
Reconhece duas ações			
Define dois objetos pelo uso			
Compreende 4 preposições			
Faz analogias			
Define 5 palavras			
Nomeia 1 cor			
Compreende 2 adjetivos			

ANEXOS

Normas da Revista: Jornal Paranaense de Pediatria

O Jornal Paranaense de Pediatria é uma revista eletrônica quadrimestral de fluxo contínuo da Sociedade Paranaense de Pediatria, publicada em português e destinada a publicar artigos sobre temas relacionados a Saúde da Criança e do Adolescente.

Serão aceitos artigos originais, artigos de revisão e relatos de casos enviados espontaneamente pela comunidade científica ou por solicitação dos editores, contendo temas relacionados a saúde da criança e do adolescente, previamente aprovados por Comitê de Ética. Todos os artigos aceitos, serão publicados em português, em HTML e em PDF. Os artigos terão acesso aberto no endereço eletrônico www.jornaldepediatria.org.br

Todas as submissões serão revisadas pelo corpo editorial de forma cega. O corpo editorial será renovado a cada 2 anos em reuniões do comitê de política editorial por meio de votação.

Processo de revisão (Peer review)

Os artigos publicados pelo Jornal Paranaense de Pediatria são submetidos a uma revisão por especialistas (peer review). Os artigos submetidos para publicação são encaminhados aos editores, responsáveis pela revisão inicial dos padrões mínimos e atendimento das normas de exigência do Jornal Paranaense de Pediatria. Posteriormente, os artigos são revisados por especialistas na área específica do tema do manuscrito. Os revisores são selecionados do cadastro de revisores do Jornal Paranaense de Pediatria. As revisões serão realizadas de forma cega e por revisores de instituições diferentes daquela de origem do manuscrito submetido. Com base no parecer dos revisores o Conselho Editorial pode decidir por aceitar o artigo sem modificações, recusá-lo ou devolver aos autores para modificações sugeridas. Poderão ser necessárias várias revisões até que um artigo seja aceito ou recusado e o Conselho Editorial detém o poder da decisão final.

O JPP classifica os artigos nas seguintes categorias:

Artigos Originais: artigos resultantes de pesquisa experimental ou clínica, estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção. O texto deve ter no

máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; as referências bibliográficas devem ser atuais e o número de referências não deve exceder 30.

Artigos de Revisão: artigos que contém síntese de temas específicos, na qual estão reunidos os principais aspectos e as controvérsias existentes na literatura quanto ao assunto em questão, a análise crítica da bibliografia consultada e as respectivas conclusões. O texto deve ter no máximo 4.500 palavras, excluindo tabelas e referências; as referências bibliográficas devem ser atuais e o número de referências não deve exceder 30.

Relatos de Casos: apresentação resumida de um ou de alguns casos com temas de interesse para os leitores. O texto deve ter no máximo 1.000 palavras, excluindo tabelas e referências; as referências bibliográficas devem ser atuais e o número de referências não deve exceder 10.

Artigos Especiais: artigos encomendados pelos editores a autores eminentes e de reconhecida experiência em assuntos de interesse para os leitores.

Caso do Mês: é destinado a apresentar pacientes em que a imagem, seja do aspecto clínico ou de exames complementares, tenha especial relevância para o diagnóstico ou tratamento. O texto deve conter na primeira página a descrição do caso, e na segunda página os pontos de aprendizado com o caso, com um total de 300 palavras. As imagens devem ter resolução de 300x300dpi e o número máximo de referências é de 5.

Carta ao Editor: textos objetivos com comentários ou críticas sobre os artigos publicados no JPP serão publicados juntamente com a resposta dos autores. O texto deve ter no máximo 1.000 palavras.

Diretrizes para a Preparação do Original - Jornal Paranaense de Pediatria

O Jornal Paranaense de Pediatria apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS (<http://www.who.int/ictrp/en/>) e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE (<http://www.wame.org/wamestmt.htm#trialreg> e http://www.icmje.org/clin_trialup.htm), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, seguindo as orientações da BIREME/OPAS/OMS para a indexação de periódicos na LILACS e SciELO, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE:

<http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/clinical-trials-registration/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Artigos submetidos ao Jornal Paranaense de Pediatria devem adotar diretrizes e guias internacionais para apresentação de resultados de pesquisa clínica para cada tipo de estudo, conforme recomendação da rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

· Ensaio clínico randomizado - CONSORT - <http://www.consort-statement.org/>

· Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE - <https://stroke-statement.org/index.php?id=stroke-home>

· Estudos de acurácia diagnóstica - STARD ou TRIPOD - <https://ibooked.no/stard-statement.html> ou <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/tripod-statement/>

· Revisões sistemáticas e meta-análises - PRISMA ou MOOSE - <http://prisma-statement.org/> ou <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/meta-analysis-of-observational-studies-in-epidemiology-a-proposal-for-reporting-meta-analysis-of-observational-studies-in-epidemiology-moose-group/>

· Estudos qualitativos - COREQ (checklist) ou SRQR - <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966> ou <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>

· Relatos de casos CARE - <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

· Estudos de melhoria da qualidade - SQUIRE - <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/squire/>

· Protocolos de estudos - SPIRIT - <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/spirit-2013-statement-defining-standard-protocol-items-for-clinical-trials/>

· Estudos pré-clínicos em animais - ARRIVE - <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/improving-bioscience-research-reporting-the-arrive-guidelines-for-reporting-animal-research/>

Orientações gerais

O manuscrito original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, abstract, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras.

O texto deve ser digitado no processador de texto Microsoft Word® em letra Times New Roman tamanho 11, margens de 20 mm em cada borda e espaço duplo em todas as sessões. **A seguir, as principais orientações sobre cada seção:**

Página de rosto

Título em português

Título em inglês

Autores e suas afiliações institucionais

Registro dos autores em bases de identificadores digitais (ORCID, ResearcherID).

Identificação de fontes de financiamento

Declaração de conflitos de interesse para todos os autores

Parecer de Comitê de Ética reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (exigido para todos os Artigos Originais e Relatos de Casos).

Instruções para o Resumo

Artigos Originais: resumo de no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres.

Artigos de Revisão: resumo de no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres.

Relatos de Casos: resumo de no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres.

Artigos Especiais: dispensado o resumo.

Caso do Mês: dispensado o resumo.

Carta ao Editor: dispensado o resumo.

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitar o uso de abreviaturas. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. Abreviaturas devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos

Após o resumo e após o abstract, devem constar 3 a 6 descritores respectivamente em português e em inglês, conforme os DeCS - Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>).

Ensaio Clínico devem ser registrados conforme recomendação da LILACS e SCIELO (<http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/clinical-trials-registration/>). O nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio Clínico devem ser colocados ao final do(s) resumo(s) do artigo.

O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivos: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se ela enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Resumo de carta ao editor

Para observações experimentais, utilizar o modelo descrito para resumo de artigo original.

Para relatos de caso

Objetivo: informar por que o caso merece ser publicado, com ênfase nas questões de raridade, ineditismo ou novas formas de diagnóstico e tratamento.

Descrição: apresentar sinteticamente as informações básicas do caso, com ênfase nas mesmas questões de ineditismo e inovação.

Comentários: conclusões sobre a importância do relato para a comunidade pediátrica e as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Abreviaturas: Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Instruções para o Texto Principal

Texto de artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando

assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

Texto de artigos de revisão: Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Texto de relatos de caso deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

Introdução: apresenta de modo sucinto o que se sabe a respeito da doença em questão e quais são as práticas de abordagem diagnóstica e terapêutica, por meio de uma breve, porém atual, revisão da literatura.

Descrição do(s) caso(s): o caso é apresentado com detalhes suficientes para o leitor compreender toda a evolução e seus fatores condicionantes. Quando o artigo tratar do relato de mais de um caso, sugere-se agrupar as informações em uma tabela, por uma questão de clareza e aproveitamento do espaço. Evitar incluir mais de duas figuras.

Discussão: apresenta correlações do(s) caso(s) com outros descritos e a importância do relato para a comunidade pediátrica, bem como as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Texto de Artigos especiais, Caso do Mês, e Carta ao Editor não obedecem a um esquema rígido de seções.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser atualizadas no tema em estudo, numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos

sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, de acordo com os exemplos listados a seguir:

Artigo padrão

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7. Se houver mais de 6 autores, cite os seis primeiros nomes seguidos de “et al”.

Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Teses e dissertações

Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]*. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado) Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland*. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Artigo de revista eletrônica Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA et al. Vaccine criticism on the World Wide Web. *J Med Internet Res*. 2005;7(2):e17. <http://www.jmir.org/2005/2/e17/>. Acesso: 17/12/2005.

Materiais da Internet

Artigo publicado na Internet

Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res*. 2004;6(4):e40. <http://www.jmir.org/2004/4/e40>. Acesso: 29/11/2004.

Site

Cancer-Pain.org [site na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01. <http://www.cancer-pain.org/>. Acesso: 9/07/2002.

Banco de dados na Internet

Who's certified [banco de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000. <http://www.abms.org/newsearch.asp>. Acesso: 8/03/2001.

Obs.: uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp. Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão “no prelo”. Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela frase “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM “List of Serials Indexed for Online Users”, disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”. Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo±.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas na tabela. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto-e-branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja

colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Referências:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated 2020. <http://www.icmje.org/>. Acesso: 08/2020.

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde. <http://decs.bvs.br>. Acesso: 23/10/2018.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466 de 12/12/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 2013 Jun 13; no. 201, seção 1:59.

Critérios de Seleção e Permanência de Periódicos LILACS. <http://red.bvsalud.org/lilacs/pt/selecao-de-periodicos/criterios-de-selecao-e-permanencia-de-periodicos/>. Acesso: 08/2020.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DE ATRASO DE LINGUAGEM E O DESFECHO DIAGNÓSTICO.

Pesquisador: SILVIA MARA DE SOUZA HALICK

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42376020.8.0000.8947

Instituição Proponente: UB - Campo Real Educacional S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.776.545

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem como objetivo identificar crianças com atraso da linguagem que possuem Transtorno do Espectro Autista (TEA), analisando como

se deu esse atraso e com que idade foi o diagnóstico, verificando minuciosamente os traços apresentados do atraso da linguagem, chegando assim,

ao diagnóstico de TEA, considerando as semelhanças com Transtornos específicos de linguagem. Será feito um estudo observacional, com estudo

de caso, a partir da análise de prontuários de crianças com diagnóstico do TEA. Sendo esperado, que o atraso da linguagem seja um dos sinais

mais comuns e importantes para o diagnóstico inicial do transtorno espectro autista.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar crianças com atraso da linguagem que possuem Transtorno do Espectro Autista (TEA), analisando como se deu esse atraso e com que

idade foi o diagnóstico.

Objetivo Secundário:

Verificar minuciosamente os traços apresentados do atraso da linguagem, chegando assim, ao diagnóstico de TEA, considerando as semelhanças

Endereço: Rua Comendador Norberto, 1299, Santa Cruz, Bloco I, Térreo, Sala Triângulo

Bairro: Santa Cruz

CEP: 85.015-240

UF: PR

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3621-5200

E-mail: etica@camporeal.edu.br

com Transtornos específicos de linguagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Divulgação e perda de dados. Para minimizar esse risco, o prontuário do paciente será codificado e os dados coletados serão protegidos em computador com senha

Benefícios:

O projeto viabiliza identificar quais os primeiros sinais e sintomas do transtorno espectro autista em uma criança, perceptível pelos pais e educadores, obtendo como benefício esses sinais para um diagnóstico precoce.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa apresenta relevância científica com método adequado para atingir aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) Check List inteiramente preenchido;

2) Folha de rosto com campos preenchidos e com carimbo identificador e assinada por SILVIA MARA DE SOUZA HALICK e ;

3) Carta de anuência/autorização (da instituição co-participante /local onde será efetuada a coleta de dados. Deve ser assinada e redigida em papel timbrado; ou assinada e carimbada pelo responsável pela instituição (o carimbo deve discriminar o nome e a função do responsável dentro da instituição);

4) TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido). (Deve estar no modelo atualizado, disponibilizado na página do CEP).

4.1) TALE (Termo de Assentimento para menores de idade ou incapazes);

5) Projeto de pesquisa completo (anexado pelo pesquisador);

Endereço: Rua Comendador Norberto, 1299, Santa Cruz, Bloco I, Térreo, Sala Triângulo

Bairro: Santa Cruz

CEP: 85.015-240

UF: PR

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3621-5200

E-mail: etica@camporeal.edu.br

6) Instrumento para coleta dos dados (questionário/roteiro/questões norteadora): Deve estar anexado separadamente na plataforma e/ou constar junto aos anexos do projeto completo;

7) Cronograma do projeto completo e da Plataforma (devem estar completos e atualizados). A vigência da pesquisa é de mês/ano a mês/ano. (Verificar as datas de início e término da pesquisa e informar no relato);

8)- Orçamento (deve estar detalhado no projeto completo e na Plataforma).

Recomendações:

(1)- Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador “manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.”

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram satisfatoriamente respondidas, tendo sido apresentadas a dispensa para o TCLE e os meios necessários para se garantir o sigilo das informações.

A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado, devendo-se observar as informações presentes no item “Recomendações”.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Comendador Norberto, 1299, Santa Cruz, Bloco I, Térreo, Sala Triângulo

Bairro: Santa Cruz

CEP: 85.015-240

UF: PR

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3621-5200

E-mail: etica@camporeal.edu.br

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1639918.pdf	14/05/2021 23:35:05		Aceito
Outros	dispensa_tcle.jpg	14/05/2021 23:33:48	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Outros	carta_resposta_as_pendencias.jpg	14/05/2021 23:25:58	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Outros	check_list_modificado.doc	13/05/2021 20:59:34	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_modificado.doc	13/05/2021 20:58:58	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_modificado.docx	13/05/2021 20:56:47	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_modificado.pdf	12/03/2021 22:50:24	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Outros	conflito_de_interesse_modificado.pdf	12/03/2021 22:43:24	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Declaração de concordância	declaracao_concordancia_modificado.pdf	18/01/2021 17:50:42	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Outros	declaracao_de_isecao_modificado.pdf	18/01/2021 17:42:27	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_modificado.pdf	18/01/2021 17:17:07	Maria Clara Ferreira Alencar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARAPUAVA, 14 de Junho de 2021

Assinado por:
Simone Carla Benincá
(Coordenador(a))

TERMO DE ACEITE DO PROFESSOR ORIENTADOR

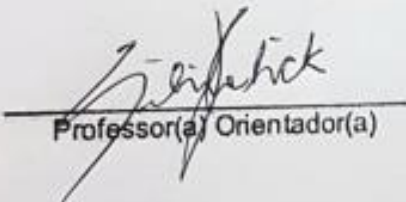
Eu, professor(a) Sílvia Mara de Souza Halick, do Curso de Medicina, do Centro Universitário Campo Real, aceito orientar o(a) acadêmico(a) Maria Clara Ferreira Alencar, durante o processo de elaboração do Projeto de Pesquisa e do Trabalho de Conclusão de Curso provisoriamente intitulado: Interagir e comunicar: como o atraso da linguagem influi no diagnóstico do TEA.


Declaro ter conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, de acordo com o manual de normalização da IES.

Estou ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho, bem como verificar as alterações determinadas pela banca examinadora antes do depósito final.

Guarapuava, 9 de junho de 2020.

Assinaturas:


Professor(a) Orientador(a)


Acadêmico(a)

Central de Estágio e TCC - CCET

Coordenador (a) do Curso