

Crianças autistas usuárias de implante coclear: práticas educativas e comportamentos infantis

Autistic children using cochlear implants: parental educational practices and child behaviors

Contarin, Lara Sorita¹, Bolsoni-Silva, Alessandra Turini², Yamada, Miodori Otake³

Resumo

A família é fundamental no desenvolvimento de crianças com Deficiência Auditiva e Transtorno do Espectro Autista simultâneos, usuárias de Implante Coclear, possibilitando o desenvolvimento de Habilidades Sociais, relacionadas às Habilidades Sociais Educativas dos cuidadores e, redução de problemas de comportamento. Este estudo objetivou descrever as Habilidades Sociais Educativas e práticas negativas dos cuidadores de crianças com tal duplo diagnóstico, usuárias de Implante coclear, e descrever habilidades sociais e problemas de comportamento infantis. Os dados foram coletados remotamente empregando-se os instrumentos: Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais – RE-HSE-P, Escala de Responsividade Social – SRS-2 e Questionário de Capacidades e Dificuldade – SDQ, realizando-se análise qualitativa. Os resultados apontam para déficits em habilidades sociais, com baixa frequência de práticas negativas, problemas de comportamento e práticas positivas, caracterizando contextos com reduzida comunicação social. Pesquisas futuras podem empregar outros instrumentos para a investigação do autismo e das habilidades sociais com tal público infantil.

Palavras-chave: habilidades sociais, implante coclear, transtorno do espectro autista.

Abstract

The family is fundamental in the development of children with simultaneous Hearing Impairment and Autism Spectrum Disorder, Cochlear Implant users, enabling the development of Social Skills, related to the Social Educational Skills of caregivers and reducing behavioral problems. This study aimed to describe the Social Educational Skills and negative practices of caregivers of children with this dual diagnosis, who use cochlear implants, and to describe social skills and child behavior problems. Data were collected remotely using the instruments: Parental Educational Social Skills Interview Guide – RE-HSE-P, Social Responsiveness Scale – SRS-2 and Capabilities and Difficulties Questionnaire – SDQ, carrying out qualitative analysis. The results point to deficits in social skills, with a low frequency of negative practices, behavioral problems and positive practices, characterizing contexts with reduced social communication. Future research may employ other instruments to investigate autism and social skills with such children.

Keywords: autism spectrum disorder; cochlear implant, social skill

¹ Psicóloga graduada pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.

² Professora Associada Livre docente na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Faculdade de Ciências, Departamento de Psicologia.

³ Doutora e Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – USP.

A família é fundamental para a promoção do desenvolvimento humano, sendo o primeiro contexto interpessoal com o qual a criança tem contato. As relações familiares influenciam grandemente na saúde mental das crianças, podendo auxiliá-las a adquirir habilidades que venham a favorecer relações sociais futuras e a prevenir problemas de comportamento, como também propiciar o surgimento de comportamentos socialmente inadequados, principalmente, nos casos em que as crianças possuam alguma deficiência ou transtorno simultâneos, a exemplo da Deficiência Auditiva (DA) e do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento relacionado a prejuízos significativos e déficits persistentes na interação e comunicação social (World Health Organization [WHO], 2018), sendo suas principais características: dificuldades/deficiências nas interações sociais, contato visual pobre, baixa reciprocidade emocional, ausência ou déficit no desenvolvimento de linguagem, presença de padrões comportamentais estereotipados e de interesses restritos. O TEA é uma condição crônica que costuma ter manifestações amplamente variáveis, havendo diversificação do nível de gravidade de acordo com a independência do indivíduo: nível 1 (exige apoio), nível 2 (exige apoio substancial) e nível 3 (exige apoio muito substancial) (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Já a Deficiência Auditiva (DA) é definida como a perda total ou parcial da audição, que pode ser congênita ou adquirida, dos tipos neurosensorial, condutiva ou mista e de grau moderada, severa ou profunda (Pena et al., 2015). A DA costuma estar relacionada a déficits no desenvolvimento da linguagem, na interação social, nas conquistas acadêmicas e no ajuste socioemocional (Bolsoni-Silva & Rodrigues, 2012). Para crianças que possuem DA severa ou profunda, pode ser recomendado o Implante Coclear (IC), um dispositivo eletrônico implantado cirurgicamente capaz de proporcionar uma sensação de som, possibilitando o desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva (Zaidman-Zait & Curle, 2018).

Tanto o TEA quanto a DA são condições que influenciam amplamente no desenvolvimento da linguagem e da comunicação, nas interações sociais e na aprendizagem de comportamentos sociais, principalmente quando ocorrem de forma simultânea (Mathew et al., 2021). Diferentes estudos encontraram maior incidência de perda auditiva em pessoas com TEA do que na população em geral, sendo uma das condições mais frequentemente associadas ao TEA (Mancini et al., 2021; Tavares et al., 2021).

De acordo com Mancini et al. (2021), a ocorrência de TEA e DA de forma simultânea representa um grande desafio para a equipe de saúde. Na realização deste diagnóstico duplo, torna-se difícil determinar se os atrasos no

desenvolvimento da fala e da linguagem e na área social devem-se à DA ou se são indicativos de um transtorno do neurodesenvolvimento concomitante (Mancini et al., 2021). Dessa forma, na ocorrência simultânea dessas condições, o diagnóstico de uma pode levar a um atraso no diagnóstico da outra (Jenks et al., 2022; Mathew et al., 2021), demonstrando risco acumulado podendo impactar ainda mais as interações sociais gerais e familiares.

O atraso no diagnóstico do TEA implica no adiamento da reabilitação necessária, podendo limitar os benefícios obtidos, entretanto, quando ambas as condições são diagnosticadas prematuramente, há melhores prognósticos (Mancini et al., 2021). Estudos recentes têm sugerido que as crianças com TEA e DA também podem se beneficiar do IC, mesmo com a ocorrência de resultados variáveis (Jenks et al., 2022; Mancini et al., 2021; Mathew et al., 2021; Sharma et al., 2020).

Um estudo observacional desenvolvido por Mancini et al. (2021) teve como objetivo avaliar um grupo de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) usuárias de Implante Coclear (IC) a fim de descrever as características clínicas dessas crianças e de avaliar o ajuste e a adaptação das mesmas ao IC. Os resultados dessa investigação apontaram para a existência de correlação inversa entre Categorias de Percepção Auditiva e Categorias de Linguagem com os domínios A e B do DSM-V para TEA. Dessa forma, os achados do estudo indicaram

que os benefícios obtidos pelas crianças com o uso do IC, bem como os procedimentos de adaptação são influenciados pela gravidade dos sintomas do TEA. Ademais, os autores mencionaram que os resultados obtidos com o uso do IC pelas crianças com TEA e DA são extremamente variáveis, de modo que a maioria das crianças com TEA apresenta algum benefício com o uso do IC. Mesmo que essas crianças não venham a desenvolver fluência na comunicação e linguagem oral, podem conseguir reconhecer sons ambientais e produzir vocalizações.

Uma investigação realizada por Jenks et al. (2022) teve por objetivo revisar os resultados do IC em crianças diagnosticadas com TEA através da revisão retrospectiva de casos e de pesquisa com os pais das crianças implantadas. Os resultados da investigação demonstraram que das 22 crianças que usavam o IC consistentemente, 45% desenvolveu linguagem oral em conjunto aberto, sendo que 31% das crianças utilizavam apenas linguagem oral e 14% linguagem oral acompanhada de sinais. Dessa forma, o uso do IC possibilitou melhora das habilidades auditivas, da linguagem e do engajamento social em crianças com DA e TEA simultâneos.

Uma revisão sistemática realizada por Tavares et al. (2021) objetivou identificar evidências na literatura de que o IC poderia trazer benefícios para indivíduos com TEA e DA simultâneos. Após os critérios de seleção, sete estudos foram selecionados, os quais, somados, descreviam 35 indivíduos que

apresentavam TEA e DA sem outras deficiências associadas e que receberam o IC. Desses, 6 (17%) não estabeleceram nenhuma forma de comunicação (havendo melhoria na interação com os familiares); seis (17%) não desenvolveram comunicação oral, mas usavam comunicação em linguagem de sinais avançada ou comunicação alternativa; nove (26%) demonstraram reconhecimento de comandos verbais simples e falaram frases simples; e 14 (40%) desenvolveram linguagem e comunicação oral fluentes. Os resultados sugeriram que o IC favoreceu a linguagem expressiva e receptiva de pessoas com TEA grave e/ou com perda auditiva profunda, mesmo que não desenvolveram a linguagem na mesma proporção que indivíduos que usam IC sem TEA, havendo recomendação para IC em pacientes com TEA que apresentam perda auditiva severa e/ou profunda associada.

Dentro da mesma temática, uma revisão sistemática desenvolvida por Mathew et al. (2021) buscou determinar os resultados após a realização da cirurgia de IC em crianças com DA e TEA comórbidos. Conforme os dados obtidos de 159 crianças, pôde-se perceber que em 78% dos casos houve melhora na percepção da fala, em 63% houve melhora na expressão da fala, que 74% das crianças com TEA e IC se comunicavam de forma não verbal e que apenas 10% utilizavam a comunicação oral como forma principal de comunicação. A realização do estudo permitiu concluir que os resultados do IC em crianças com TEA é extremamente variável e significativamente

mais pobre do que em crianças com deficiência auditiva que não possuem TEA. Além disso, os autores mencionaram que a maioria dos pais das crianças com TEA e implantadas veem benefícios e apoiam o uso do IC.

Além dos desafios para a equipe de saúde, as necessidades de uma criança com TEA e DA simultâneos demanda uma reorganização do funcionamento familiar (Lima et al., 2023). Considerando seu papel primordial no processo de reabilitação, é imprescindível que os profissionais da saúde envolvam a família nas intervenções realizadas, fazendo com que esta se torne o principal agente propiciador de benefícios para o desenvolvimento infantil (Santos et al., 2017).

No escopo da Análise do Comportamento, os comportamentos são entendidos em função da interação do indivíduo com o ambiente (Skinner, 1974/1976), o que possibilita analisar funcionalmente, através da identificação das variáveis das quais o comportamento é função, considerando variáveis antecedentes (ambiente), resposta (comportamento relatado ou observado) e consequentes (eventos que ocorrem após as respostas), as interações entre cuidador e criança.

Muitos comportamentos de um indivíduo seriam selecionados e mantidos por meio das relações familiares (Santos et al., 2017). Assim, o contexto familiar pode promover o desenvolvimento de comportamentos sociais culturalmente

valorizados, capazes de aumentar a probabilidade de resultados favoráveis ao indivíduo, o que caracteriza, conforme Del Prette e Del Prette (2017), as Habilidades Sociais (HS), que podem ser funcionalmente equivalentes a problemas de comportamento (Goldiamond, 1974/2002). As habilidades sociais podem ser ensinadas por modelo, para comportamento inicial que, ao serem emitidas pela criança, poderão ser estimuladas via reforço diferencial nas interações sociais com elogio após emissão, com instrução como estímulo antecedente. A criança com DA e TEA tem maior dificuldade em linguagem e, assim, com o IC podem ter maior acesso a esses estímulos verbais dispostos pela família, favorecendo a promoção desse repertório. As práticas educativas e habilidades sociais educativas apresentam componentes verbais e, quando tais interações são deficitárias, podem prejudicar ainda mais o desenvolvimento dessas crianças.

As HS podem ser entendidas como uma qualificação de repertórios comportamentais operantes (comportamentos modificados por suas consequências), uma vez que configuram respostas “consequenciadas” por uma comunidade verbal (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010), neste caso, a família. Logo, a presença de HS na infância pode favorecer a promoção do desenvolvimento, sendo preditivas de melhor aceitação pelos pares, de melhora na saúde mental, podendo prevenir o surgimento de problemas de comportamento, os quais podem ser classificados em

internalizantes (isolamento, depressão, ansiedade e queixas somáticas) e externalizantes (impulsividade, agressividade, agitação, características desafiadoras e antissociais) (Bolsoni-Silva & Rodrigues, 2012).

O ambiente familiar é, portanto, primordial para a aquisição das HS na infância, pois é onde o indivíduo aprende a se comportar socialmente tendo em vista os limites estabelecidos pelos cuidadores e as consequências apresentadas aos comportamentos da criança (Del Prette & Del Prette, 2017). As Habilidades Sociais Educativas (HSE) são comportamentos sociais emitidos a fim de promover a aprendizagem e o desenvolvimento do outro indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2010), sendo que a aprendizagem de comportamentos sociais pelas crianças é grandemente influenciada pelas práticas parentais, uma vez que os cuidadores atuam como modelo para os comportamentos infantis (Santana & Gomes, 2021).

As práticas parentais podem ser positivas ou negativas. De acordo com Del Prette e Del Prette (2017), as práticas parentais positivas envolvem comportamentos de expressão de sentimentos, comunicação, de incentivo à autonomia, reciprocidade, empatia e à transmissão de normas de convivência, entre outros. Práticas positivas têm sido identificadas como fatores protetivos para o surgimento de problemas de comportamento infantil (Ribas & Abramides, 2022), enquanto que crianças submetidas a contextos de

negligência com pais não habilitados socialmente são mais predispostas a desenvolverem problemas de comportamento (Agostini & Freitas, 2022).

Considerando as dificuldades encontradas por crianças com TEA e DA simultâneos para o desenvolvimento de linguagem e comunicação, para o estabelecimento e manutenção de interações sociais, assim como a maior incidência de problemas de comportamento (Dammeyer et al., 2019), é fundamental que estas tenham o apoio de cuidadores socialmente habilitados que possibilitem a aprendizagem de comportamentos que venham a trazer benefícios tanto para os processos de reabilitação como para os relacionamentos dessas crianças em diferentes áreas de suas vidas.

Diferentes estudos têm abordado a temática das HS em crianças que possuem TEA (Santos et al., 2017; Okajima et al., 2021; Ong et al., 2021; Serrão, 2021), outros têm investigado a presença e o treinamento das HS diante da DA (Bolsoni-Silva et al., 2010; Bolsoni-Silva & Rodrigues, 2012; Ribas & Abramides, 2022), enquanto que outras pesquisas debruçam-se sobre os resultados obtidos com a cirurgia de IC em indivíduos com TEA (Robinson & Boyd, 2013; Zaidman-Zait & Curle, 2018; Mancini et al., 2021; Mathew et al., 2021; Tavares et al., 2021; Jenks et al., 2022), envolvendo também as perspectivas e os comportamentos dos cuidadores dessas crianças. Tais estudos ressaltam a escassez de

literatura a respeito dos temas em relação: DA, TEA, IC e HS. Logo, nota-se carência de investigações que abordem a temática das habilidades sociais com crianças que possuam ambas as condições em comorbidade e que sejam usuárias de IC, assim como de estudos que abordem as HSE com tal público, demonstrando a existência de uma lacuna na literatura.

À vista disso, este artigo objetiva apresentar o recorte de uma pesquisa na qual buscou-se descrever as HSE dos cuidadores de crianças com o duplo diagnóstico de TEA e DA e usuárias de IC, assim como descrever as habilidades sociais e os problemas de comportamento apresentados por essas crianças. Dessa forma, pretende-se auxiliar no preenchimento de tal lacuna, tendo em vista as necessidades de orientação demandadas pelos profissionais da saúde e pelas famílias de crianças com condições tão singulares como a simultaneidade de TEA e DA usuárias IC.

Método

A presente investigação foi submetida ao CEP da instituição onde foi realizada, a seção de implante coclear de um hospital de uma universidade pública do interior paulista, obtendo-se anuência para sua realização sob o parecer nº65032822.5.0000.5441.

Participantes

Os critérios de inclusão para selecionar os cuidadores como participantes consistiram em suas respectivas crianças possuírem de 4 anos a 11 anos e 11 meses (tendo sido

realizado tal recorte de idade com base na faixa etária correspondente àquela que melhor se adaptava à faixa etária de avaliação dos instrumentos empregados: SDQ e SRS-2), terem diagnóstico de Deficiência Auditiva (DA), serem usuárias de Implante Coclear (IC) e, simultaneamente, possuírem diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), independente do nível de suporte apresentado. Ademais, tais crianças necessitavam estar em acompanhamento na seção de implante coclear do hospital no qual

foi desenvolvida a pesquisa. Não foram aceitos como participantes cuidadores principais de crianças que, para além da DA e do TEA, possuísem outras deficiências concomitantes.

A Tabela 1 a seguir retrata os oito cuidadores que aceitaram participar da pesquisa, bem como apresenta os dados das crianças sobre as quais as cuidadoras participantes relataram nas respostas aos instrumentos aplicados.

Tabela 1

Dados das cuidadoras participantes da pesquisa e de suas respectivas crianças

Participantes (n = 8)	Sexo	Idade	Vínculo	Escolaridade	Profissão	Renda	Nº de filhos	Estado civil
P1	F	32	Mãe	ESC ^a	Pedagoga (desempregada)	Até 1 salário mínimo	1	Separada
P2	F	35	Mãe	ESC	Pedagoga (desempregada)	6 salários mínimos	3	Casada
P3	F	64	Avó	ESC	Psicóloga (aposentada)	Acima de 6 salários mínimos	-	Casada
P4	F	34	Mãe	ESC	Bióloga (empregada)	Acima de 6 salários mínimos	2	Casada
P5	F	38	Mãe	ESC	Contadora (desempregada)	Até 2 salários mínimos	1	Casada
P6	F	37	Mãe	ESC	Pedagoga (desempregada)	5 salários mínimos	1	Casada
P7	F	42	Mãe	ESC	Pedagoga (empregada)	4 salários mínimo	1	Casada
P8	F	37	Mãe	EMTC ^a	Do lar	Até 1 salário mínimo	1	Casada

Crianças (n = 8)	Sexo	Idade	Idade de Diagnóstico do TEA (anos)	Grau do TEA	Idade de Diagnóstico da DA (anos)	Tempo de uso do IC (anos)	IC Bilateral	Oralização
C1	M	9	4	Nível 3	2	7	Não	Não
C2	M	9	5	Nível 1	1	8	Sim	Sim
C3	F	8	4	Nível 1	2	6	Sim	Não
C4	M	9	4	Nível 1	2	7	Não	Não

Continua. Tabela 1.

C5	M	4	3	Nível 2	2	2	Não	Não
C6	M	8	4	Nível 1	1	7	Não	Sim
C7	M	6	2	Nível 1	2	3	Sim	Sim
C8	M	8	6	Nível 1	3	5	Sim	Não (apenas palavras isoladas)
Dados médios	7.6	–	4.0	1.8	5.6	–	–	–

Nota. ^aESC: Ensino Superior Completo; EMTCC: Ensino Médio Técnico Completo.

Conforme exposto na Tabela 1, participaram desta pesquisa 8 cuidadoras de crianças (de 4 anos a 11 anos e 11 meses) com Deficiência Auditiva (DA) usuárias de Implante Coclear (IC) que possuíam diagnóstico simultâneo de Transtorno do Espectro Autista (TEA), as quais são nomeadas de P1 a P8. Todas as participantes, com exceção de P3, eram as mães das crianças com o duplo diagnóstico de TEA e DA. Exceto por P8, todas possuíam nível superior completo; a idade média das participantes foi de 39,8 anos; a renda apresentada pelas participantes variou entre 1 e acima de 6 salários mínimos; seis das oito participantes possuíam apenas um filho, com exceção de P1, que possuía três filhos e P4, que possuía dois filhos – tal pergunta não foi realizada para a participante P3 por se tratar da avó da criança (a qual era filha única). Todas as participantes, exceto P2, que estava divorciada, estavam casadas à época da coleta de dados.

Ainda detendo-se sobre a Tabela 1, as crianças, caracterizadas de C1 a C8, à época da coleta de dados, possuíam a idade média de 7,6 anos, sendo que todas elas, exceto por C3, eram do sexo masculino. A média de idade de

diagnóstico do TEA foi de 4 anos, enquanto que a média de idade para o diagnóstico de DA foi de 1,8 anos, sendo que as crianças faziam uso do implante coclear há cerca de 5,6 anos, em média. Seis das oito crianças possuíam diagnóstico de TEA Nível 1 – Leve (C2, C3, C4, C6, C7 e C8), uma possuía diagnóstico de TEA Nível 2 – Moderado (C5) e uma, diagnóstico de TEA Nível 3 – Severo (C1). Quatro das oito crianças faziam uso do implante coclear bilateral (C2, C3, C7 e C8). No que se refere à comunicação oral, apenas C2, C6 e C7 se comunicavam de forma oral, C8 pronunciava palavras isoladas, no entanto, não pronunciava frases, e as demais crianças não eram oralizadas.

Materiais

Foram aplicados, de forma remota e síncrona, os instrumentos: Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais - RE-HSE-P (Bolsoni-Silva et al., 2014), para investigação das habilidades sociais educativas parentais; Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire) - SDQ, para investigar problemas de comportamento, emoções e relações interpessoais das crianças

(Goodman, 1997); e Escala de Responsividade Social - SRS-2, a fim de mensurar sintomas associados ao TEA (Constantino & Gruber, 2012).

O Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais - RE-HSE-P (Bolsoni-Silva et al., 2016) consiste em um roteiro de entrevista estruturada que investiga as habilidades sociais educativas parentais, a frequência de ocorrência destas e as variáveis antecedentes e consequentes, configurado em escalas tipo *likert* com três alternativas: nunca ou quase nunca (0), algumas vezes (1), frequentemente (2). O RE-HSE-P também apresenta perguntas abertas que abordam 13 habilidades sociais educativas parentais (HSE-P), práticas educativas negativas, problemas de comportamento e habilidades sociais infantis. Os resultados são classificados em: clínico (C), não clínico (NC) e limítrofe (L). O instrumento apresentou consistência interna satisfatória (alfa de 0,846), sendo efetivo em discriminar diferenças entre nível clínico e não-clínico.

O Questionário de Capacidades e Dificuldades - SDQ (Goodman, 1997) é um questionário breve de uso livre que tem por fim avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes de 4 a 16 anos, sendo utilizado para investigação de problemas de comportamento, questões emocionais e comportamentos sociais. É composto por 25 itens divididos em cinco subescalas: problemas no comportamento pró-social; hiperatividade; problemas emocionais; problemas de conduta; e problemas de relacionamento. As respostas

aos itens de cada subescala variam entre “Falso”, “Mais ou menos verdadeiro” e “Verdadeiro”. A soma de cada subescala e a soma total (pontuação máxima de 40 pontos) permite a classificação da criança em três categorias: desenvolvimento normal (DN), desenvolvimento limítrofe (DL) ou desenvolvimento anormal (DA). Na subescala comportamento pró-social, quanto maior a pontuação, menor é a quantidade de queixas, enquanto que nas demais subescalas, quanto maior a pontuação, maior o número de queixas. Neste estudo foi utilizada a versão do instrumento para pais. Dados de estudos de validade e fidedignidade indicaram que o SDQ apresenta propriedades psicométricas adequadas para a população brasileira (alfa de 0,79). O SDQ também permite calcular o suplemento de impacto, indicando o quanto as dificuldades possuídas pela criança impactam nas diferentes áreas da vida. A pontuação do suplemento de impacto também é categorizada em Normal, Limítrofe e Anormal.

A Escala de Responsividade Social - SRS-2 (Constantino & Gruber, 2012), destina-se a mensurar os sintomas associados ao TEA, bem como a classificá-los em níveis leves, moderados ou severos. O instrumento possui quatro formulários para avaliar o comportamento de crianças, adolescentes e adultos a partir de 2 anos e meio de idade, sendo que, para esta investigação, optou-se por utilizar a versão de Heterorrelato Escolar, para idades de 4 a 18 anos. A escala possui 65 itens, podendo resultar em uma pontuação

que varia de 0 a 195, de modo que pontuações mais altas indicam maiores dificuldades sociais e emocionais. A avaliação da escala se faz de forma global e específica, sendo que além de apresentar um escore T geral, o instrumento também apresenta escores T (média = 50, DP = 10, escores mais elevados indicam maior dificuldade) para 5 subescalas e para uma escala abreviada de comunicação social e interação. A SRS-2 é normatizada até >5 DPs acima da média da população geral, de modo que escores T de 76 ou mais são considerados graves, escores T de 66 a 75 são interpretados como indicadores de déficits moderados no comportamento social recíproco clinicamente significativos e escores T de 60 a 65 indicam deficiências leves. A SRS-2 demonstrou consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach de 0,952), ponto de corte de 41%, sensibilidade de 96,8%, especificidade de 100% e valor preditivo negativo de 99,9% para a identificação de TEA.

Procedimento de coleta de dados

Por meio da consulta aos prontuários dos pacientes atendidos na seção de implante coclear do hospital, foram separados aqueles das crianças de 4 anos a 11 anos e 11 meses que contivessem informações sobre diagnóstico de TEA confirmado, atendendo-se aos critérios para inclusão na pesquisa. Dessa forma, os dados para contato (telefone e e-mail) dos respectivos responsáveis pelas crianças foram recolhidos a partir da consulta aos prontuários e ao sistema eletrônico de

gestão dos pacientes do qual o hospital se utilizava. Os cuidadores das crianças foram contactados inicialmente por e-mail e telefone, tendo sido explicados aos mesmos os objetivos da pesquisa, convidando-os a participar. Àqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi enviado, via e-mail, um formulário eletrônico referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi devidamente preenchido pelos participantes.

A coleta de dados ocorreu em uma única sessão com duração aproximada de 1 hora e 15 minutos, de forma remota, através da plataforma *Google Meet* ou por ligação telefônica, respeitando-se a predileção da participante. Mediante a anuência das participantes, era realizada a gravação das chamadas no momento da aplicação do RE-HSE-P. Após ser estabelecido o *rapport*, era retomada a explicação sobre os objetivos da pesquisa e sobre os instrumentos que seriam aplicados, seguindo-se a realização das entrevistas.

Primariamente, era aplicada a SRS-2, sendo que a pesquisadora explicava às participantes a forma como as afirmativas contidas no instrumento deveriam ser respondidas, lia as afirmativas para as participantes e perguntava, entre as opções disponíveis para resposta, que variavam de 1 a 4 (sendo 1, “Não”; 2, “Algumas vezes”; 3, “Muitas vezes”; e 4, “Quase sempre”) qual mais se adequava aos comportamentos comumente emitidos pela criança. Após a

finalização da SRS-2, era realizada a aplicação do SDQ, sendo que a aplicação ocorreu da mesma forma como a do SRS-2. Por fim, era iniciada a gravação da chamada quando da aplicação do RE-HSEP-P (uma vez que a gravação em áudio é sugerida para adequada avaliação das respostas ao instrumento). Encerrada a aplicação dos instrumentos, a pesquisadora perguntava qual era a idade da criança quando ela foi diagnosticada com TEA, qual a idade que ela tinha quando do diagnóstico da DA, há quanto tempo fazia uso do IC e se fazia uso do IC unilateral ou bilateral, e, por fim, perguntava à participante qual o nível de TEA apresentado pela criança de acordo com o diagnóstico clínico. Após tais perguntas, agradecia-se a participação da cuidadora e a entrevista era finalizada.

Resultados

Tabela 2

Comparação Entre o Nível do TEA Apresentado Por Cada Criança de Acordo com o Diagnóstico Clínico e o Nível de TEA Relacionado ao Escore T da SRS-2

Crianças	Valor do Escore T	Nível do TEA na SRS-2	Nível do TEA no Diagnóstico
C1	68	NM	NS
C2	66	NM	NL
C3	66	NM	NL
C4	59	DLN	NL
C5	58	DLN	NM
C6	58	DLN	NL
C7	68	NM	NL
C8	57	DLN	NL

Nota. DLN = Dentro dos Limites Normais, NL = Nível Leve, NM = Nível Moderado, NS = Nível Severo.

Os resultados são apresentados conforme a ordem de aplicação dos instrumentos no momento da coleta de dados.

O primeiro instrumento aplicado foi a SRS-2 (Constantino & Gruber, 2012), na qual escores T de 76 ou mais são considerados graves, escores T de 66 a 75 são interpretados como indicadores de déficits moderados no comportamento social recíproco clinicamente significativos, escores T de 60 a 65 indicam deficiências leves e escores iguais ou abaixo de 59 são interpretados como dentro dos limites normais. A Tabela 2 apresenta os Escores T obtidos por cada criança, além de uma comparação diagnóstica do nível de TEA de acordo com o diagnóstico clínico e conforme os resultados do Escore T da SRS-2, segundo as respostas de suas respectivas cuidadoras.

Com base nos dados apresentados pela Tabela 2, quatro das oito crianças apresentaram escores T correspondentes ao Nível moderado do TEA (C1, C2, C3 e C7), enquanto que outras quatro crianças obtiveram valores de escore T que correspondem aos limites normais do esperado para o comportamento social recíproco e para as interações sociais. Nenhuma criança obteve escore T compatível com o Nível leve ou com o Nível severo de TEA.

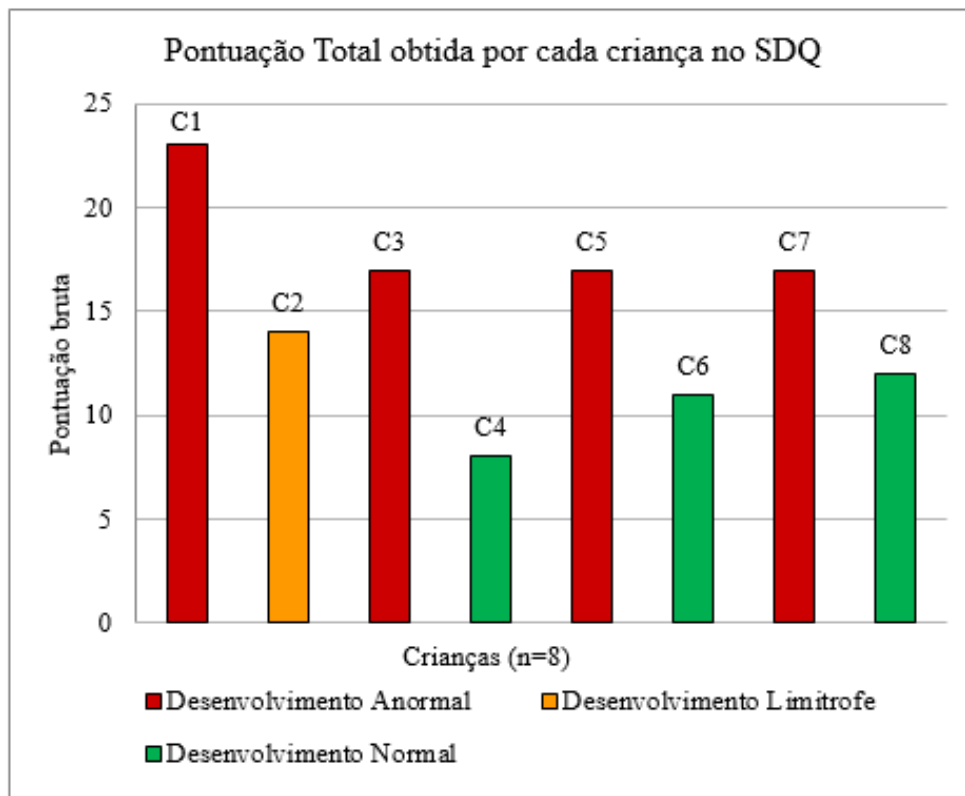
Ainda com base na Tabela 2, pode-se perceber que as crianças C2, C3 e C7 apresentaram níveis de TEA mais graves na aplicação da SRS-2, sendo que, de acordo com os diagnósticos clínicos informados pelas cuidadoras, C2, C3 e C7 possuem TEA nível leve (Nível 1) e obtiveram resultados compatíveis com o nível moderado (Nível 2) na aplicação do instrumento. Já as crianças C1, C4, C5, C6 e C8 apresentaram, de acordo com os resultados da SRS-2, níveis de TEA mais brandos do que aqueles contidos em seus laudos diagnósticos.

Figura 1

Pontuação total das dificuldades e classificação clínica dos resultados obtidos por cada criança no SDQ segundo as respostas de sua respectiva cuidadora

C1, conforme relato de sua cuidadora, possui TEA nível moderado (Nível 2) e obteve um resultado na SRS-2 correspondente ao nível leve (Nível 1). Ademais, as crianças C4, C6 e C8 (que, de acordo com os diagnósticos informados pelas famílias, possuem TEA nível leve), e a criança C5 (que, conforme diagnóstico informado, possui TEA nível moderado), apresentaram escores T não-clínicos, ou seja, fora do espectro do autismo.

O segundo instrumento empregado na entrevista foi o SDQ (Goodman, 1997), sendo que seus resultados são apresentados em termos das cinco subescalas que compõem o instrumento e em relação ao suplemento de impacto, o qual avalia o quanto as dificuldades possuídas por cada criança impactam nas diferentes áreas da vida. A Tabela 3 apresenta a classificação clínica do desenvolvimento de cada criança nas cinco subescalas que compõem o SDQ e também a classificação obtida na avaliação do suplemento de impacto.



De acordo com os dados apresentados na Figura 1, nota-se que as crianças C1, C3, C5 e C7 apresentaram pontuações totais de 23, 17, 17 e 17, respectivamente. Tais pontuações remetem à presença de dificuldades grandemente significativas para estas crianças em diferentes ambientes e interações sociais, correspondendo à classificação de Desenvolvimento Anormal no SDQ. Já as crianças C4, C6 e C8 apresentaram pontuações totais de 8, 11 e 12, respectivamente, o que reflete a classificação de Desenvolvimento Normal para o SDQ. Destaca-se que apenas a criança C2 obteve 14 pontos, correspondendo ao Desenvolvimento Limitrofe quando considerada a pontuação total do SDQ.

O último instrumento aplicado foi o RE-HSE-P (Bolsoni-Silva et al., 2016). São

apresentados os dados referentes aos comportamentos considerados na análise do RE-HSE-P emitidos pelas cuidadoras e pelas crianças em relação às práticas positivas e às práticas negativas conforme os dados das Frequência Mencionada (ocorrências dos comportamentos) e Frequência Comportamental (variabilidade comportamental). A Tabela 4 exibe os comportamentos considerados nas práticas positivas (Habilidades Sociais Educativas Parentais, Habilidades Sociais Infantis, Variáveis de Contexto) e o Total Positivo para cada uma das díades cuidadora-criança, assim como a classificação clínica de tais categorias e do Total Positivo.

Tabela 4

Classificação Clínica das Práticas Positivas para Cada Díade Cuidadora-Criança Conforme as Frequências Mencionada (Ocorrências) e Comportamental (Variabilidade)

Frequência Mencionada (Ocorrências)								
Díades / Comptos.	HSE-P	CC	HS	CC	CONT	CC	TP	CC
P1-C1	10	C	6	C	0	C	16	C
P2-C2	7	C	12	L	1	C	20	C
P3-C3	10	C	8	C	0	C	18	C
P4-C4	10	C	8	C	0	C	18	C
P5-C5	11	C	8	C	1	C	20	C
P6-C6	8	C	7	C	0	C	15	C
P7-C7	8	C	7	C	0	C	15	C
P8-C8	8	C	6	C	0	C	14	C
Frequência Comportamental (Variabilidade)								
Díades / Comptos.	HSE-P	CC	HS	CC	CONT	CC	TP	CC
P1-C1	8	L	12	NC	17	NC	39	NC
P2-C2	11	L	19	NC	23	NC	58	NC
P3-C3	8	L	20	NC	16	NC	46	NC
P4-C4	15	NC	21	NC	25	NC	64	NC
P5-C5	12	NC	14	NC	25	NC	53	NC
P6-C6	12	NC	9	NC	18	NC	43	NC
P7-C7	10	NC	14	NC	15	NC	43	NC
P8-C8	9	C	13	NC	13	NC	39	NC

Nota. Comptos. = Comportamentos, HSE-P = Habilidades Sociais Educativas Parentais, HS = Habilidades Sociais Infantis, CONT = Variáveis de Contexto, TP = Total Positivo, CC = Classificação Clínica, C = Clínico, NC = Não Clínico, L = Limítrofe.

De acordo com o exposto na Tabela 4, para a Frequência Mencionada (ocorrências), é possível notar que: todas as díades apresentaram classificação clínica para as HSE-P; todas as díades, com exceção de P2-C2 que obtiveram classificação Limítrofe, também apresentaram classificação Clínica para as HS; todos os participantes apresentaram classificação Clínica para as CONT; e que todas as díades também tiveram o Total Positivo categorizado como Clínico. Tais resultados

demonstram que, de modo geral, tanto as cuidadoras quanto as crianças emitem comportamentos socialmente habilidosos com frequência significativamente baixa e que os contextos nos quais tais comportamentos ocorrem também são bastante limitados.

Considerando-se os dados da Frequência Comportamental (variabilidade): para as HSE-P, as díades P4-C4, P5-C5, P6-C6 e P7-C7 obtiveram classificação Não Clínica, indicando a presença de variabilidade; as

díades P1-C1, P2-C2 e P3-C3 apresentaram classificação Limítrofe e apenas a dupla P8-C8 obteve classificação Clínica, evidenciando menor diversidade comportamental; todas as díades apresentaram classificação Não Clínica para as HS, para as CONT e também para o Total Positivo, indicando que há variabilidade comportamental quando da emissão dos

comportamentos que envolvem HS e CONT, tal qual para as práticas positivas.

A Tabela 5 apresenta os comportamentos que integram as práticas negativas (Práticas Parentais Negativas e Problemas de Comportamento Infantis) e o Total Negativo para cada uma das díades cuidadora-criança, assim como a classificação clínica de tais categorias e do Total Negativo.

Tabela 5

Classificação Clínica das Práticas Negativas para Cada Díade Cuidadora-Criança Conforme as Frequências Mencionada (Ocorrências) e Comportamental (Variabilidade)

Frequência Mencionada (Ocorrências)						
Díades / Comptos.	PRNEG	CC	PROBL	CC	TN	CC
P1-C1	2	NC	2	NC	4	NC
P2-C2	4	NC	0	NC	4	NC
P3-C3	4	NC	0	NC	4	NC
P4-C4	2	NC	0	NC	2	NC
P5-C5	7	NC	0	NC	7	NC
P6-C6	2	NC	0	NC	2	NC
P7-C7	4	NC	0	NC	4	NC
P8-C8	3	NC	0	NC	3	NC
Frequência Comportamental (Variabilidade)						
Díades / Comptos.	PRNEG	CC	PROBL	CC	TN	CC
P1-C1	10	C	6	NC	19	C
P2-C2	8	C	3	NC	14	C
P3-C3	3	NC	2	NC	8	NC
P4-C4	7	C	9	C	20	C
P5-C5	10	C	17	C	30	C
P6-C6	11	C	8	L	21	C
P7-C7	4	NC	10	C	18	C
P8-C8	3	NC	6	NC	12	NC

Nota. Comptos. = Comportamentos, PRNEG = Práticas Parentais Negativas, PROBL = Problemas de Comportamento Infantis, TN = Total Negativo, CC = Classificação Clínica, C = Clínico, NC = Não Clínico, L = Limítrofe.

Conforme as informações contidas na Tabela 5, para a Frequência Mencionada (ocorrências), observa-se que: todas as díades apresentaram classificação Não Clínica para as PRNEG; todas as díades apresentaram classificação Não Clínica para os PROBL; e, por fim, todos os participantes também apresentaram classificação Não Clínica para o Total Negativo. Tais dados sugerem que as cuidadoras e as crianças emitem práticas parentais negativas e problemas de comportamento, respectivamente, em frequência bastante baixa.

Ainda sobre a Tabela 5, considerando-se os dados da Frequência Comportamental (variabilidade): para as PRNEG, as díades P1-C1, P2-C2, P4-C4, P5-C5 e P6-C6 apresentaram classificação Clínica, indicando a presença de variabilidade comportamental quando da emissão destes comportamentos (ainda que ocorram com baixa frequência), já as díades P3-C3, P7-C7 e P8-C8 apresentaram classificação Não Clínica, apontando para baixa variabilidade comportamental destas práticas. Para os PROBL, as díades P1-C1, P2-C2, P3-C3 e P8-C8 obtiveram classificação Não-Clínica, indicando baixa variabilidade comportamental; a díade P6-C6 apresentou classificação Limítrofe, apontando para a presença de certa diversidade quando da emissão de tais comportamentos; e as díades P4-C4, P5-C5 e P7-C7 apresentaram classificação Clínica, indicando presença de variabilidade. Em relação ao Total Negativo, todas as díades obtiveram classificação Clínica, com exceção

de P3-C3 e P8-C8 que obtiveram classificação Não Clínica. Na generalidade, os resultados denotam a presença de variabilidade comportamental para as práticas negativas das díades cuidadora-criança.

Discussão

A discussão também é apresentada consoante aos resultados obtidos com a aplicação de cada instrumento, buscando-se realizar uma análise qualitativa de cada um, bem como das relações que podem ser estabelecidas entre eles.

Conforme os resultados obtidos com a aplicação da SRS-2, apresentados na Tabela 2, nota-se diferenças nos níveis de TEA quando comparados os diagnósticos clínicos com aqueles apontados pelo Escore T da SRS-2, levantando-se a possibilidade de a SRS-2 não ser um instrumento adequado para o rastreio de características típicas do TEA em indivíduos que também possuam DA. Como já mencionado, há grandes dificuldades de diagnóstico quando o TEA e a DA ocorrem simultaneamente, de modo que o diagnóstico de uma condição pode levar a um atraso no diagnóstico da outra (Jenks et al., 2022; Mancini et al., 2021; Mathew et al., 2021), havendo sobreposição de sintomas comuns a ambas as condições (APA, 2014; WHO, 2018).

Ademais, alguns itens da SRS-2 (2, 10, 13, 15, 19, 28, 31, 35, 42, 47, 51, 52, 53 e 62) contêm afirmações que podem ser concernentes a ambas as condições, algo que pode levar à confusão no momento de o cuidador responder ao instrumento. Como

exemplo, pode-se citar o item 15: “É capaz de entender o tom de voz e as expressões faciais das outras pessoas”. Apesar de o IC possibilitar diferentes benefícios para as crianças que possuem TEA e DA associadas (Zaidman-Zait & Curle, 2018), a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral pode ser uma meta difícil de ser alcançada (Sharma et al., 2020; Mathew et al., 2021), de forma que, das oito crianças sobre as quais as cuidadoras relataram na pesquisa, apenas três (C2, C6 e C7) se utilizavam da linguagem oral como principal forma de comunicação e uma criança (C8) falava palavras isoladas. Tais aspectos indicam que a SRS-2 não está adequadamente adaptada para a população surda e com TEA, podendo favorecer diagnósticos imprecisos.

Vale ressaltar que as diferenças diagnósticas, quando apontados níveis mais graves de TEA nos resultados da SRS-2 (Crianças C2, C3 e C7), corroboram com o argumento sobre a dificuldade em realizar diagnóstico clínico do TEA quando em simultâneo com a DA (Jenks et al., 2022; Mathew et al., 2021; Tavares et al., 2021). Já nos casos em que os resultados obtidos com a SRS-2 apontaram níveis mais leves de TEA em comparação aos diagnósticos do prontuário (crianças C1, C4, C5, C6 e C8), pode-se hipotetizar que tais diferenças estariam relacionadas ao impacto da reabilitação e da estimulação específica e adequada na redução dos déficits em interações sociais captados pela SRS-2. As crianças receberam os diagnósticos de TEA anos antes do momento

em que a escala foi aplicada, de forma que a maioria delas vinha realizando tratamentos de reabilitação ao longo dos anos. Tal hipótese indica que o tratamento interdisciplinar em casos de TEA e DA concomitantes possibilita o desenvolvimento de potencialidades, a superação de déficits e o aumento do repertório comportamental em se tratando de interações sociais (Ribas & Abramides, 2022).

Em relação aos dados do SDQ, apresentados na Tabela 3, nota-se certa variabilidade nos resultados obtidos pelas crianças, indicando que, conforme a literatura, os benefícios, em termos de desenvolvimento da comunicação e nas interações e comportamentos sociais, são variáveis (Sharma et al., 2020; Tavares et al., 2021).

Ao serem comparados os dados apresentados na Figura 1 com aqueles da Tabela 2, pode-se colacionar os níveis de dificuldade apontados pelo SDQ em relação aos diagnósticos clínicos das crianças, assim como em relação aos resultados apontados pelo Escore T da SRS-2. A criança C1 apresenta Nível Severo de TEA em seu diagnóstico do prontuário, Nível Moderado conforme a SRS-2 e desenvolvimento anormal de acordo com os resultados do SDQ, de forma que os resultados se aproximam mais entre si; C2 apresenta Nível Leve de TEA em seu diagnóstico do prontuário, Nível Moderado na SRS-2 e Nível Limítrofe conforme o SDQ; C3 possui Nível Leve de TEA em seu diagnóstico do prontuário, Nível Moderado na SRS-2 e Nível Limítrofe de acordo com o SDQ; C4 apresenta Nível Leve de TEA em

seu diagnóstico do prontuário, resultados dentro dos limites normais na SRS-2 e desenvolvimento normal para o SDQ; C5 possui Nível Moderado de TEA em seu diagnóstico do prontuário, resultados dentro dos limites normais na SRS-2 e desenvolvimento anormal de acordo com o SDQ; C6 apresenta Nível Leve de TEA em seu diagnóstico do prontuário, resultados dentro dos limites normais conforme a SRS-2 e desenvolvimento normal de acordo com os resultados do SDQ; C7 apresenta Nível Leve de TEA em seu diagnóstico do prontuário, Nível Moderado conforme a SRS-2 e desenvolvimento anormal segundo os resultados do SDQ; Por fim, C8 possui Nível Leve de TEA em seu diagnóstico do prontuário, resultados dentro dos limites normais na SRS-2 e desenvolvimento normal para o SDQ.

De modo geral, constata-se certa divergência nos resultados apontados pelos instrumentos, principalmente em relação à C5 e C7. As discrepâncias obtidas com a aplicação da SRS-2 e do SDQ quando em comparação com o diagnóstico clínico de cada criança aponta para a necessidade de ser realizada uma avaliação multidisciplinar que envolva também a observação e o aspecto clínico quando da identificação de características associadas ao TEA, pois se apoiar no uso isolado de algum instrumento pode conduzir a resultados incompletos ou a diagnósticos errôneos.

Em relação ao Suplemento de Impacto do SDQ, os resultados indicados também se

conformam àquilo que a literatura tem apontado em relação às crianças que possuem TEA e DA associados, uma vez que essas crianças costumam apresentar dificuldades no desenvolvimento e aquisição da linguagem, dificuldades de relacionamento e comunicação com pares e familiares, dificuldades cognitivas e comportamentais, déficit de habilidades sociais e presença de problemas de comportamento (Bolsoni-Silva & Rodrigues, 2012; Dammeyer et al., 2019; Mancini et al., 2021; Tavares et al., 2021), afetando grandemente a qualidade de vida dessas crianças e de suas famílias (Lima et al., 2023). Tais aspectos explicariam a ausência de resultados compatíveis com “Desenvolvimento Normal” no que se refere à análise do suplemento de impacto do SDQ.

Considerando que, na perspectiva analítico-comportamental, os comportamentos são entendidos em função da interação do indivíduo com o ambiente (Skinner, 1974/1976) e que as consequências providas pelas cuidadoras aos comportamentos das crianças no contexto familiar seriam responsáveis por selecionar e manter comportamentos no repertório infantil, pode-se analisar funcionalmente – em termos de variáveis antecedentes (ambiente), resposta (comportamento relatado ou observado) e consequentes (eventos que ocorrem após as respostas) – as interações entre cuidadoras e crianças a partir dos resultados obtidos com a aplicação do RE-HSE-P.

Tendo por base as informações contidas nas Tabelas 4 e 5, nota-se que, por via de regra, as díades cuidadora-criança emitem práticas negativas e problemas de comportamento em baixa frequência, porém, as práticas positivas e os comportamentos de habilidades sociais também são emitidos com baixa frequência, ou seja, tanto as práticas positivas como os comportamentos de habilidades sociais apresentam números de ocorrências muito baixos. Há certa variabilidade para as HSE-P, HS e para as CONT; do mesmo modo, também há variabilidade comportamental no que se refere às PRNEG e aos PROBL, no entanto, as cuidadoras apresentam maior variabilidade de práticas parentais negativas do que as crianças apresentam variabilidade de problemas de comportamento. A variabilidade se refere à diversidade de maneiras com que uma resposta pode ocorrer, de forma que diferentes contextos e histórias de reforçamento e punição levam à constituição de diferentes repertórios comportamentais, o que viabiliza analisar as interações entre as díades cuidadora-criança. No entanto, parece consistente afirmar que há influência mútua entre os comportamentos de mães/cuidadoras e de crianças, identificando déficits e excessos comportamentais tanto nas participantes como nas crianças.

Conforme o exposto, pode-se caracterizar os contextos familiares aos quais essas crianças estão expostas enquanto contextos de negligência, com reduzida

interação social e com cuidadores inabilidosos socialmente, o que estaria relacionado, por sua vez, aos déficits de habilidades sociais também apresentados pelas crianças, posto que as relações familiares deficitárias constituem-se enquanto modelos, seja para os comportamentos socialmente inabilidosos seja para os problemas de comportamento infantis (Santana & Gomes, 2021), agravando os déficits nas interações sociais que já são característicos das próprias condições do TEA e da DA.

Analisando-se as respostas das cuidadoras ao RE-HSE-P em relação às práticas positivas consideradas pelo instrumento, todas relataram as práticas “Comunicando-se” e “Expressão de Sentimentos e Enfrentamento” como aquelas de maior ocorrência. No entanto, estas ainda eram emitidas em baixa frequência, denotando déficits de habilidades sociais. Os dados referentes às HSE-P vão ao encontro do afirmado por Bolsoni-Silva e Rodrigues (2012), uma vez que se nota a pouca expressão de comportamentos de comunicação e de expressão de sentimentos pelas cuidadoras, impactando negativamente no repertório de habilidades sociais infantis.

No que tange aos comportamentos infantis considerados no RE-HSE-P, de maneira geral, houve maior presença de “Disponibilidade Social e Cooperação” nos repertórios comportamentais infantis, podendo indicar que as cuidadoras estabelecem limites de forma hábil, assim como que as crianças obedecem aos pedidos e

ordens das cuidadoras, concordando com os dados encontrados no estudo de Bolsoni-Silva e Rodrigues (2012). A menor ocorrência, para a maioria das crianças, dos comportamentos de “Expressão de Sentimentos e Enfrentamento” pode estar relacionada a pequena ocorrência dos comportamentos de expressão de sentimentos nos repertórios das cuidadoras, tendo em vista que os comportamentos sociais podem ser considerados repertórios comportamentais operantes (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010), as cuidadoras serviram de modelo comportamental para as crianças, de forma que estas viriam a replicar comportamentos ou características emitidas pelas cuidadoras (Santana & Gomes, 2021), neste caso, as cuidadoras se apresentam enquanto modelos empobrecidos no que se refere às habilidades de expressão de sentimentos positivos, sinalizando a necessidade de emitirem com maior frequência tais comportamentos, reforçando mais frequentemente os comportamentos habilidosos emitidos pelas crianças (Santos et al., 2017).

De todo modo, destaca-se que as crianças possuem reservas no que se refere a habilidades sociais, uma vez que obtiveram, em sua maioria, resultados não-clínicos seja nos achados relativos à Escala de Comportamento Pró-Social do SDQ como nas habilidades sociais infantis avaliadas pelo RE-HSE-P. Entretanto, se com esses comportamentos positivos as crianças não obtiverem consequências reforçadoras,

tenderão a recorrer a comportamentos-problema, o que parece ter respaldo com os dados que atestam que as participantes apresentam déficits de HSE e excessos de uso de práticas negativas.

Em relação às Práticas Parentais Negativas, aquelas caracterizadas como “Não Habilidoso Ativo” foram as que figuram com maior ocorrência nos relatos de todas as cuidadoras, sendo que apenas P4 mencionou a ocorrência de práticas negativas categorizadas como “Não Habilidoso Passivo”. Tais dados sugerem que as PRNEG se apresentavam com baixa frequência, porém com significativa variabilidade nos repertórios das cuidadoras, o que, aliado aos dados de baixa ocorrência também de práticas positivas reitera o contexto de negligência (Santana & Gomes, 2021).

Ademais, tais dados conformam-se aos de Bolsoni-Silva e Rodrigues (2012) em pesquisa com mães de crianças com deficiência auditiva, os quais apontavam que as mães do grupo com DA utilizavam-se de poucas práticas negativas, porém, também emitiam práticas parentais positivas em baixa frequência. A presença de comportamentos não habilidosos ativos possibilitam às cuidadoras alcançarem seus objetivos rapidamente, contudo, produzem consequências prejudiciais para as crianças, atuando como modelos de comportamentos agressivos (Goldiamond, 1974/2002), favorecendo o surgimento de problemas de comportamento infantis (Agostini & Freitas, 2022).

No que se refere aos PROBL considerados pelo RE-HSE-P, na maioria dos casos, houve maior presença de problemas de comportamento Externalizantes em comparação aos problemas de comportamento Internalizantes (Del Prette & Del Prette, 2017), o que pode estar relacionado ao fato de as crianças possuírem a linguagem oral pouco desenvolvida, implicando em maiores déficits na expressão de sentimentos e solicitações. Tal possibilidade aponta para a relevância dos programas de reabilitação e de treinamento de habilidades sociais para as crianças, ao estimular o desenvolvimento de habilidades de comunicação e interação social (Agostini & Freitas, 2022).

Do mesmo modo, a menor menção a ocorrências de problemas de comportamento Internalizantes pode estar associada à compreensão de tais comportamentos (isolamento, ansiedade, retraimento, entre outros), por parte das cuidadoras, enquanto características próprias dos quadros de TEA e DA possuídos pelas crianças, e não enquanto problemas de comportamento infantis, sinalizando para a necessidade de mais programas de treinamento de habilidades sociais para os cuidadores e da adequada conscientização e divulgação de informações sobre os quadros de TEA e DA para os familiares (Okajima et al., 2021), de forma que seja possibilitado maior conhecimento sobre ambas as condições e sobre como estimular o desenvolvimento dessas crianças.

Conclusão

A ocorrência de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Deficiência Auditiva (DA) simultâneos apresenta-se enquanto um grande desafio para a pessoa acometida pela dupla condição, para seus familiares e para a equipe de saúde. Desde o processo diagnóstico até as escolhas audiológicas, as decisões sobre os tratamentos e processos de reabilitação demandam um sólido arcabouço de conhecimentos dos profissionais da saúde, além de intenso envolvimento das famílias. O TEA está relacionado a significativos prejuízos em certos aspectos da comunicação e interação social, assim como para desenvolver, manter e compreender as relações, implicando em déficits que são agravados quando da ocorrência concomitante da DA. Logo, a família apresenta papel fundamental, uma vez que a estimulação adequada através de interações socialmente habilidosas possibilita o desenvolvimento de recursos por parte da criança, sendo possível minimizar prejuízos nas interações sociais, diminuir a ocorrência de problemas de comportamento e promover a aquisição de habilidades sociais que favoreçam seu desenvolvimento e aprendizagem.

De modo geral, conclui-se que tanto as cuidadoras quanto as crianças apresentaram déficits em habilidades sociais, de maneira que as díades cuidadora-criança demonstraram emitir práticas negativas e problemas de comportamento em frequência reduzida, porém, as práticas positivas também eram emitidas em baixa frequência, caracterizando

contextos de negligência, com reduzida comunicação e interação social. Destaca-se que, apesar dos déficits na habilidade de conversar por parte das cuidadoras, as crianças apresentaram problemas de comportamento em baixa frequência, além de terem apresentado repertórios de habilidades sociais mais variados. Tais resultados podem se relacionar aos programas de reabilitação, os quais podem ser promotores do desenvolvimento de habilidades sociais.

Ademais, salientam-se os benefícios que a realização do IC gera para a criança e suas famílias, pois, mesmo com a ocorrência de resultados grandemente variáveis entre as crianças desta investigação, a utilização do IC, ao possibilitar maior envolvimento entre cuidador e criança e o acesso mais facilitado às interações com os profissionais da saúde e com pares, também pode contribuir para o aprimoramento do repertório de habilidades sociais infantis. No entanto, considerando-se os déficits apresentados, nota-se a necessidade premente do desenvolvimento e concretização de programas de treinamento de Habilidades Sociais Educativas Parentais (HSE-P) voltados para os familiares de crianças que possuam o duplo diagnóstico de TEA e DA, posto que os comportamentos sociais emitidos pelas cuidadoras demonstraram influenciar os comportamentos sociais das crianças, e contextos nos quais os familiares venham a se envolver mais nos processos de interação social com as crianças, munidos de ferramentas adequadas para tal, seriam

promotores de maior aprendizagem por parte destas.

Como limitações, menciona-se o restrito número de participantes, o que inviabilizou uma análise estatística, assim como o emprego de instrumentos, tal como a SRS-2, não adequadamente validada para a utilização com a população infantil com diagnóstico duplo de TEA e DA. Sugere-se que pesquisas futuras busquem investigar as habilidades sociais infantis e educativas parentais com um número maior de participantes e que sejam empregados (ou desenvolvidos) outros instrumentos que possibilitem a investigação dos sinais de TEA e de habilidades sociais com o público que possua as condições de TEA e DA simultaneamente. Por fim, acredita-se que o presente estudo contribuiu com significativas informações tanto para o planejamento de programas de treinamento de habilidades sociais direcionados às crianças e a seus familiares, assim como destacando aspectos que merecem maior atenção quando da realização dos diagnósticos das condições de TEA e DA.

Referências

- Agostini, J. M. G, & Freitas, L. C. (2022). Habilidades sociais educativas de pais de crianças com autismo: revisão de literatura. *Psicol. Esc. Educ.*, 26, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392022234495>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. Artmed.

- Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista*, 16(2), 330-350. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v16n2/v16n2a07.pdf>
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). *Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais - Manual Técnico - RE-HSE-P*. Cetepp/Hogrefe.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Rodrigues, O. M. P. R. (2012). Families of children with hearing loss and parental educational practices. In S. Naz (Ed.), *Hearing Loss* (pp. 95-116). IntechOpen.
- Constantino, J., & Gruber, C. (2012). *Social Responsiveness Scale*. (2nd ed.). Western Psychological Services.
- Dammeyer, J., Hansen, A. T., Crowe, K., & Marschark, M. (2019). Childhood hearing loss: Impact on parents and family life, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 120, 140-145. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.02.027>
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidades históricas e atualidades. *Revista perspectivas*, 1(2), 104-117. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482010000200004&lng=pt&tlng=pt
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Competência social e habilidades sociais: manual teórico-prático*. Vozes.
- Goldiamond, I. (2002/1974). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. *Behavior and Social Issues*, 11, 108-197. https://atamember.com/wp-content/uploads/2021/10/Goldiamond_1974_2002-Toward-a-Constructional-Approach-to-social.pdf
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Jenks, C. M., Hoff, S. R., Haney, J., Tournis, E., Thomas, D., & Young, N. M. (2022). Cochlear implantation can improve auditory skills, language and social engagement of children with autism spectrum disorder. *Otol Neurotol.*, 43(3), 313-319. <https://doi.org/10.1097/MAO.00000000000003463>
- Lima, D. C. S., Evangelista, R. A. N., Brito, T. N., Silva, J., Feliciano, D. A., Silva, H. G., Silva, E. C. G., Bomtempo, P. W. B., Morais, J. A. de, Pereira, E. M., Faria, T. S., & Silva, J. K. P. A importância do diagnóstico precoce para a eficácia no tratamento do Transtorno do Espectro Autista. (2023). In M. F. S. Praxedes (Org.), *A enfermagem e o bem-estar humano, teoria e prática 2* (pp. 1-14). Atena. <https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319091>
- Mathew, R., Bryan, J., Chaudhry, D., Chaudhry, A., Kuhn, I., Tysome, J., Donnelly, N., Axon, P., & Bance, M. (2022). Cochlear implantation in children with Autism Spectrum Disorder: A systematic review and pooled analysis. *Otol Neurotol.*, 43(1), 1-13. <https://doi.org/10.1097/MAO.00000000000003353>
- Okajima, J., Kato, N.; Nakamura, M., Otani, R., Yamamoto, J., & Sakuta, R. (2021). A pilot study of combining social skills training and parenting training for children with autism spectrum disorders and their parents in Japan. *Brain Dev.*, 3(8), 815-825. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2021.04.007>

- Pena, L. M., Lemos, S. M. A., & Alves, C. R. L. (2015). Auditory and language skills of children using hearing AIDS. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(2), 148-157. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.05.034>
- Santana, J. A., & Gomes, U. S. (2021). Habilidades sociais educativas de pais no ensino de habilidades sociais dos filhos: Análise bibliométrica. *Psicologia em Ênfase*, 2(2), 92-107. <https://ojs.unialfa.com.br/index.php/psicologiaemenfase/article/view/134>
- Santos, L. S. dos, Dias, C. M. L., & Novo, B. N. (2017). O uso do treinamento parental como técnica interventiva em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na cidade de Teresina, estado do Piauí, Brasil. *Revista Científica Semana Acadêmica*, 1(110). <https://semanaacademica.org.br/artigo/o-uso-do-treinamento-parental-como-tecnica-interventiva-em-criancas-com-transtorno-do>
- Sharma, S. D., Cushing, S. L., Papsin, B. C., & Gordon, K. A. (2020). Hearing and speech benefits of cochlear implantation in children: A review of the literature, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 133, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.109984>
- Skinner, B. F. (1976). *About behaviorism*. Vintage Books. (Obra original publicada em 1974)
- Tavares, F. da S., Azevedo, Y. J., Fernandes, L. M. M., Takeuti, A., Pereira, L. V. Ledesma, A. L. L., & Bahmad JR., F. (2021). Cochlear implant in patients with autistic spectrum disorder – a systematic review. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 87(5), 601-619. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.11.020>
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems*. (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Zaidman-Zait, A., & Curle, D. (2018). Complexity: An interpretative phenomenological analysis of the experiences of mothers of deaf children with cochlear implants and autism. *Journal of Health Psychology*, 23(9), 1173-1184. <https://doi.org/10.1177/1359105316646171>

Histórico do Artigo

Recebido: 15/02/2024

1ª Decisão: 17/01/2025

Aprovação: 28/01/2025

Como citar este documento:

APA

Contarin, L. S., Bolsoni-Silva, A. T., Miodori, O. Y., (2025). Crianças autistas usuárias de implante coclear: práticas educativas e comportamentos infantis. *Espectro - Revista Brasileira de Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo*, 4(1), 1-24.

ABNT

CONTARIN, Lara Sorita., BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini., YAMADA, Midori Otake. Crianças autistas usuárias de implante coclear: práticas educativas e comportamentos infantis. **Espectro - Revista Brasileira de Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo**, v.4, n.1, p. 1-24, jan.2025.