



HYGOR RAKOSKI GONÇALVES

ISABELA SILVA TRODORFE

LISIERI DRUMOND DA SILVA MURARO

SABRINA SUEMY KATO TANAKA

STEFHANI DA SILVA ALVES

RASTREAMENTO DE CAUSAS DO ATRASO NA FALA: EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Umuarama, PR

2024

HYGOR RAKOSKI GONÇALVES
ISABELA SILVA TRODORFE
LISIERI DRUMOND DA SILVA MURARO
SABRINA SUEMY KATO TANAKA
STEFHANI DA SILVA ALVES

RASTREAMENTO DE CAUSAS DO ATRASO NA FALA: EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I.

Orientador: Marcelo Flagmir Barcaro
Co-Orientador: Ricardo Marcelo Abrão

Umuarama, PR
2024.

HYGOR RAKOSKI GONÇALVES
ISABELA SILVA TRODORFE
LISIERI DRUMOND DA SILVA MURARO
SABRINA SUEMY KATO TANAKA
STEFHANI DA SILVA ALVES

**RASTREAMENTO DE CAUSAS DO ATRASO NA FALA:
EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I, avaliado pela seguinte banca examinadora:

Dr. Marcelo Flagmir Barcaro (Orientador)

Dr. Ricardo Marcelo Abrão (Co-Orientador)

Dra. Luciana Gonçalves Paiva Barcaro (Banca examinadora)

Dr. Ricardo Marcelo Abrão (Banca examinadora)

Umuarama, PR
2024.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaríamos de expressar nossa profunda gratidão a Deus, cuja orientação e bênçãos foram fundamentais durante todo o processo, sem sua sabedoria e força esta jornada teria sido muito mais desafiadora.

Agradecemos aos nossos pais, cujo apoio é a base fundamental para realização de nossos sonhos. O suporte e o amor incondicional deles, foram o alicerce sobre o qual construímos nossa trajetória acadêmica. Agradecemos profundamente pelo incentivo constante, pela compreensão nos momentos de pressão e pelas palavras de encorajamento que sempre nos motivaram a seguir em frente. O sacrifício e o esforço de vocês para que nós pudéssemos ter acesso a uma educação de qualidade não foram em vão, e este trabalho é um reflexo do apoio e da fé que vocês depositaram em nós.

Nossa gratidão aos nossos orientadores, Dr. Marcelo Flágmir Barcaro e Dr. Ricardo Marcelo Abrão, por terem gentilmente aceitado e incentivado nosso projeto. Agradecemos por toda a orientação, apoio e paciência que generosamente nos ofereceram ao longo da conclusão deste trabalho.

Desejamos expressar, também, nossa gratidão por toda nossa família e amigos, por sempre estarem ao nosso lado.

Encerramos este projeto com gratidão e esperança de que ele possa ser colocado em prática, contribuindo para o melhor desenvolvimento e qualidade de vida das crianças.

"Medicina é uma ciência de incerteza e uma arte de probabilidade." (William Osler)

GONÇALVES, HYGOR RAKOSKI; TRODORFE, ISABELA SILVA; MURARO, LISIERI DRUMOND DA SILVA; TANAKA, SABRINA SUEMY KATO; ALVES, STEFHANI DA SILVA. **RASTREAMENTO DE CAUSAS DO ATRASO NA FALA: EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**. Orientador: Marcelo Flagmir Barcaro. 2024. 25 f. Projeto de Intervenção (Curso de Graduação em Medicina) - Universidade Paranaense, Umuarama, 2024.

Resumo

O projeto de intervenção abordará a questão do atraso na fala em crianças na Atenção Primária à Saúde. O atraso na fala pode ser um indicativo de problemas mais complexos, como transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo o Transtorno do Espectro Autista (TEA), e outros distúrbios de comunicação. A introdução destaca a importância da comunicação para o desenvolvimento infantil, alertando para os riscos de transtornos do neurodesenvolvimento associados a atrasos na fala. Serão identificadas lacunas no diagnóstico precoce e na referência de crianças para serviços especializados. O objetivo geral será criar um mecanismo para que médicos generalistas possam diagnosticar diferencialmente crianças com atraso na fala e encaminhá-las para especialistas ou terapias específicas. A metodologia incluirá a detecção precoce de distúrbios de desenvolvimento, a identificação de transtornos relacionados ao atraso na fala e o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o tema. Serão implementadas ações de triagem linguística e avaliação comportamental das crianças, além da utilização de exames audiológicos e a participação de uma equipe multiprofissional. Espera-se que o projeto contribua para a identificação precoce de problemas de comunicação, possibilitando intervenções eficazes e a promoção do desenvolvimento infantil adequado. Além disso, o rastreamento de causas do atraso na fala permitirá o desenvolvimento de programas preventivos, sensibilizando a sociedade e capacitando pais e educadores a promover um ambiente favorável ao desenvolvimento da linguagem. O impacto esperado inclui melhorias na qualidade de vida das crianças e na eficácia das intervenções terapêuticas, bem como o fortalecimento da atenção primária na detecção e manejo dos atrasos na fala.

Palavras-chaves: Comunicação. Intervenção. Linguagem. Neurodesenvolvimento. Terapia.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Cronograma de atividades previstas para estruturação, planejamento e implementação do projeto	18
--	----

SUMÁRIO

1. Introdução.....	09
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. OBJETIVO GERAL.....	11
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
5. METODOLOGIA.....	16
5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO.....	16
5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	17
5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES.....	17
5.4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	17
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	18
7. CRONOGRAMA.....	18
8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXOS.....	24
ANEXO A	24

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é um meio pelo qual o indivíduo recebe e expressa a linguagem, sendo um elemento essencial para a socialização e integração na comunidade (JOHNSON, C. P.; MYERS, S. M, 2007). O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e multidimensional, do qual a fala e linguagem fazem parte, esse processo deve ser cuidadosamente acompanhado, uma vez que atrasos neste podem ser sinais de risco para transtornos do neurodesenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os distúrbios do desenvolvimento da linguagem, além de gerar dificuldades na comunicação e impactos na vida social da criança, podem evoluir com prejuízo no desempenho acadêmico e ocupacional, sendo reconhecidos como importantes questões de saúde pública (ALEXANDRE *et al.*, 2020).

O distúrbio do desenvolvimento da linguagem é a deficiência de desenvolvimento mais comum na infância, ocorrendo em 5 a 10% das crianças. Atualmente a detecção de desvios no padrão considerado normal nas habilidades de comunicação e linguagem é uma tarefa difícil e desafiadora para os profissionais que trabalham nessa área (CARTER *et al.*, 2022). Os prestadores de cuidados primários relatam que muitos bebês e crianças em idade pré-escolar, cujo desenvolvimento inicial da linguagem expressiva e das habilidades de comunicação não parecem estar evoluindo conforme o esperado, encontram dificuldades em serem referenciados para serviços especializados. A avaliação precoce pode ajudar a identificar corretamente as crianças com atraso na fala e que se beneficiarão de intervenção e/ou avaliação adicional. As histórias de desenvolvimento, psicossociais e familiares são particularmente importantes (SICES; AUGUSTYN, 2023).

Segundo Catrini e Lier-Devitto (2019) falas dispráxicas ou apráxicas, afetam imediatamente a escuta do próprio falante e a do outro. A escuta é atingida pela perturbação da composição fônica e prosódica da fala, que interfere na sua possibilidade de interpretação. Tais alterações não deixam, ainda, de afetar a composição sintático-textual do enunciado. Afinal, mesmo quando é o aspecto sonoro que predominantemente afeta a escuta do terapeuta, este não deve ignorar a relação intrincada entre os níveis ou componentes linguísticos constitutivos de todo e qualquer enunciado. A apraxia é marcada pela presença marcante de um esforço corporal evidente nos tateios motores, nos ensaios articulatórios, na imprecisão e na perseveração de movimentos da fala. Note-se que a descrição do fenômeno

apraxico remete a uma fala que atinge em cheio tanto a escuta quanto o olhar do falante. Podemos dizer que na apraxia não é só o corpo do falante que se impõe, mas também o corpo do outro é capturado. Surpreende que se o corpo do falante sofre, não se constata dificuldades no controle da musculatura envolvida na produção da fala. Desta forma, deve se questionar o que seria responsável pela situação de um sujeito mostrar ter controle sobre a musculatura envolvida na produção da fala e ao falar, perder definitivamente essa possibilidade.

A identificação de fatores de risco como a pobreza, o baixo nível de escolaridade dos pais e/ou a depressão materna pode ser útil para responder às necessidades globais da criança e da família, bem como à necessidade de enriquecimento do ambiente de aprendizagem precoce (CARTER *et al.*, 2022). A triagem linguística é sugerida para crianças em idade pré-escolar no contexto da triagem formal do desenvolvimento e da triagem do autismo, conforme recomendado pela Academia Americana de Pediatria (AAP). No entanto, é importante que na atenção primária, ferramentas de triagem de desenvolvimento precoce que se concentram nas habilidades de comunicação possam ser úteis na identificação precoce do TEA, bem como outras patologias que entram no diagnóstico diferencial. (WEISSMAN, 2022).

2. JUSTIFICATIVA

Os distúrbios da comunicação constituem algumas das doenças infantis mais prevalentes, manifestando-se como atraso ou desenvolvimento atípico envolvendo componentes funcionais da audição, fala e/ou linguagem em níveis variados de gravidade. Com isso, é de suma importância falar sobre atraso na fala, assim, poderá ocorrer uma identificação precoce e uma intervenção adequada. Abordar o atraso na fala é importante para garantir o desenvolvimento global da criança. A linguagem desempenha um papel crucial no desenvolvimento cognitivo, social e emocional, portanto, é essencial fornecer o suporte necessário para que as crianças alcancem todo o seu potencial.

A importância de uma abordagem precoce no atraso de fala em crianças é fundamental para o desenvolvimento global da mesma, tanto em termos de habilidades comunicativas quanto de aspectos sociais e emocionais. Uma intervenção antecipada pode fazer uma diferença significativa na vida da criança, facilitando uma trajetória de desenvolvimento mais próxima do esperado e reduzindo

o impacto de possíveis dificuldades futuras. Em alguns casos, os atrasos podem ser indicativos de problemas mais complexos, como distúrbios do desenvolvimento, deficiências auditivas ou até mesmo transtornos neurológicos. A avaliação de um profissional especializado, pode ajudar a identificar essas condições e estabelecer um plano de intervenção adequado. Isso permite que a criança receba o tratamento necessário e evita que problemas mais graves se desenvolvam sem a devida atenção. A intervenção no atraso de fala não beneficia apenas a criança, mas também sua família e comunidade. Pais e cuidadores são partes essenciais desse processo, e a orientação fornecida por profissionais pode capacitá-los com estratégias para apoiar o desenvolvimento da linguagem em casa.

Um rastreamento eficaz permite a identificação precoce das causas subjacentes do atraso de fala. Isso pode incluir uma variedade de fatores, como dificuldades auditivas, distúrbios neurológicos, problemas emocionais ou mesmo questões ambientais e sociais. Ao identificar a causa específica do atraso, é possível desenvolver um plano de intervenção personalizado que atenda às necessidades únicas da criança. Além disso, ao compreender as causas do atraso de fala, os profissionais podem adaptar suas abordagens terapêuticas de maneira mais eficaz.

Outro benefício significativo do rastreamento das causas é a possibilidade de desenvolver programas de prevenção. Sabendo quais fatores contribuem para o atraso de fala, tanto os pais quanto os educadores podem ser orientados sobre práticas e ambientes que promovam um desenvolvimento saudável da comunicação. Isso inclui desde a criação de um ambiente rico em linguagem até a detecção e correção precoce de problemas que possam surgir. Um rastreamento detalhado também pode auxiliar na pesquisa e no desenvolvimento de novos métodos e ferramentas terapêuticas. Por fim, a realização de um rastreamento das causas de atraso de fala pode contribuir para a sensibilização da sociedade em geral.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Criar um mecanismo a ser implantado na Atenção Básica à Saúde para que o médico generalista possa fazer um diagnóstico diferencial em crianças que apresentem atraso na fala e fazer um direcionamento para especialistas e/ou terapias específicas.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer melhor o profissional alvo (médicos da unidade básica de saúde);
- Detectar precocemente distúrbios de desenvolvimento;
- Identificar transtornos relacionados ao atraso da fala;

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Como uma das principais causas de atraso na fala e na linguagem o autismo que hoje acomete crianças, conforme demonstrado por (JOHNSON; MYERS, 2007) para entendermos o estudo do “transtornos do espectro autista” devemos entender que o que se sabe hoje são estudos são dos últimos 20 anos de especialistas pediátricos, até refletir o espectro mais amplo de características clínicas que agora o definem. O que se conhece de manifestações clínicas foi definido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o estudo somado a prevalência e etiologia da clínica demonstrada e observada por profissionais médicos dos sinais e sintomas observados e relatados por pacientes e acompanhantes, demonstra que recentemente os métodos para identificar o transtorno estão consolidados, prepara um ndo e ajudando o profissional a identificar estes casos, sendo que é definido que quanto mais cedo se diagnostica mais cedo prevenimos, em suma na primeira infância, menor será o atraso do desenvolvimento da fala e melhor o prognóstico.

De acordo com Clara *et al.*, (2021) o transtorno do espectro autista (TEA) é uma síndrome que se caracteriza por distúrbios de interação e comunicação social persistentes, bem como por padrões restritos, repetitivos e estereotipados de interesses ou atividades comportamentais. Os critérios diagnósticos de TEA são: (GIRIANELLI, TOMAZELLI, FERNANDES 2020).

- a) déficits de comunicação e interação social, assim como padrões estereotipados e repetitivos.
- b) CID-11, a ausência do subdomínio “hiper ou hiporreatividade à entrada sensorial ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente”
- c) hiperatividade, dificuldade de prestar e/ou manter atenção, atenção hiperseletiva, baixa tolerância à frustração (SILVA, MULICK, 2009.)

De acordo com Matsukura (1994) o autismo é definido como uma desordem do desenvolvimento, enfatizando sinais de alteração no desenvolvimento da linguagem. Também afirma que a desordem autística já é possível de ser percebida ao redor de 3 meses de idade. Quando isso não ocorre, pode ser um alerta de que

algo diferente pode estar influenciando no desenvolvimento da criança. Atraso no desenvolvimento da fala e não responder quando é chamado são sintomas relacionados não apenas ao transtorno do espectro autista mas também pode estar relacionado a surdez na infância.

Assim, quando alguém chama os pelo nome uma criança com TEA ela pode não responder pela dificuldade em interagir, e se uma criança com surdez não atende pelo nome ela pode não esboçar reação porque realmente não escutou ser chamada.

A neuropediatria e a otorrinolaringologia são especialidades que poderiam fazer parte das consultas de rotina de toda criança, de forma preventiva. Mas é diante de qualquer suspeita de alteração na comunicação que estes médicos especialistas costumam ser consultados. O neuropediatra é consultado para avaliação do desenvolvimento infantil e da maturação do sistema nervoso e o otorrinolaringologista avalia e trata problemas que possam ocorrer no ouvido, nariz, garganta e laringe. Uma equipe multiprofissional incluindo fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional oferecendo suporte no diagnóstico diferencial entre surdez e transtorno do espectro autista é de extrema importância.

Exames audiológicos são essenciais, ainda que a criança tenha passado pela triagem auditiva neonatal, pois alterações auditivas podem surgir com o passar do tempo. Imitanciometria, potencial evocado auditivo de tronco encefálico, audiometria comportamental ou condicionada (conforme a idade e capacidade de compreensão da criança) entre outros, são exames que podem ser solicitados na avaliação. A avaliação comportamental da comunicação e interação da criança é muito importante, com observação de aspectos da interação social, comunicação não-verbal, formas de brincar. Por exemplo: crianças com surdez, em geral, tendem a criar formas não verbais para se comunicar e de fácil entendimento pelos pais.

De acordo com Silva (2009) há necessidade de orientação aos professores, pois é a falta de conhecimento a respeito dos transtornos autísticos que os impede de identificar corretamente as necessidades de seus alunos. Consequentemente, esta falta de formação seja para lidar com o autismo, ou com a surdez, pode ser primordial para o desenvolvimento da criança autista, mesmo com todos os esforços dos profissionais envolvidos.

O diagnóstico diferencial entre TEA ou surdez é essencial para o reconhecimento precoce de acordo com as necessidades da criança, possibilitando

a estimulação com procedimentos e técnicas adequadas e melhor aproveitamento da alta neuroplasticidade da infância.

Outra patologia que cursa com atraso na fala é o mutismo seletivo (MS), situação na qual a criança, geralmente a pedido da escola, apresenta uma recusa em falar em determinados ambientes. Acomete cerca de 1% das crianças sendo sua incidência maior no sexo feminino, com idade de manifestação maior a partir dos três anos de idade, fase do início da vida escolar (LUCAS; COSTA, 2021). O MS pode manifestar-se de diversas formas nas diferentes etapas do desenvolvimento da criança, e normalmente acontece pela entrada da pré-escola quando as crianças demonstram dificuldades em expressar-se verbalmente na presença de pessoas desconhecidas. A ocorrência do MS e da ansiedade no meio familiar sugere uma possível vulnerabilidade genética/familiar (PEIXOTO, CAROLI, MARIAMA, 2017).

Em estudo realizado por Remschmidt *et al.* (2001) em uma amostra de 45 crianças com MS, concluíram que 9% dos pais, 18% das mães e 18% dos irmãos apresentavam histórico de MS e que 51% dos pais e 44% das mães mostraram sinais de extrema resistência. A grande manifestação para o diagnóstico se deve ao fato dos mutistas apresentarem uma complexidade na forma de manifestação comportamental. Rodríguez, Alcázar e Olivares (2007), propuseram uma forma de sistematização na classificação do MS. Para eles, as manifestações podem ser observadas nas seguintes áreas:

- a) motora – as crianças portadoras desse transtorno apresentam isolamento social, gerando evitação social; utilizam modos de comunicação alternativos (gestos, cochichos no ouvido, respostas monossilábicas, movimentos com a cabeça e escritas para fazer pedidos ou emitir respostas); se mostram controladoras e negativistas em ambiente familiar;
- b) psicofisiológicas: apresentam respostas psicofisiológicas relacionadas com respostas de ansiedade diante de estímulos relacionados com a avaliação de exposição, por exemplo: em aulas como as de educação física, dança, música, apresentações teatrais em festas escolares.
- c) cognitiva: neste meio observa-se que as respostas podem acontecer antes e depois das situações temidas e interpretadas como aversivas pelas crianças, geralmente estão relacionadas com pensamentos associados diretamente com as expectativas sobre as consequências de se expor socialmente através da fala, gerando as respostas de fuga ou evitação, que por sua vez reforçam o mutismo.

Pode ser observado nos atendimentos em pacientes com MS, que as duas principais emoções relatadas por eles são: o medo e a vergonha. O medo é uma emoção primária e está relacionado com o desenvolvimento da ansiedade. Trata-se da antecipação de respostas negativas e catastróficas relacionadas com a exposição. A vergonha é uma emoção secundária, denominada autoconsciente evocada pela auto-reflexão e autoavaliação diante de situações vividas socialmente. Isso evidencia os comportamentos de fuga e esquiva ativados em portadores deste transtorno, e a diminuição do senso de auto-eficácia para a realização de muitas atividades observadas nessas crianças (PEIXOTO, CAROLI, MARIAMA, 2017).

Também é uma causa de procura ao atendimento médico, a apraxia da fala, que é determinada como um distúrbio na articulação em que ocorre uma dificuldade em programar de forma voluntária a posição dos músculos dos órgãos envolvidos na fala e a sequência dos movimentos musculares para formar sons e palavras. Mesmo com as capacidades motoras, sensoriais, de compreensão, atenção e coordenação preservadas, problemas na programação dos movimentos persistem. (CATRINI; LIER-DEVITTO, 2019). A prevalência deste transtorno de comunicação é de 1-2 para cada 1000 crianças, sendo mais comum em meninos, porém em meninas as manifestações são mais graves (ALMEIDA-VERDU *et al*; 2015).

A pessoa apráxica demonstra ter clareza em sua mente sobre a palavra que deseja pronunciar, porém falha na programação das posições corretas dos órgãos envolvidos na fala para produzir os sons desejados na ordem e sequência apropriadas para a articulação das palavras. Quatro termos são amplamente utilizados, na literatura, para descrevê-la: apraxia do Discurso refere-se à construção do discurso, prejudicada devido à alteração práxis; apraxia da fala referem-se à forma adquirida em adultos ou crianças; apraxia da fala na Infância são reservadas para crianças consideradas positivas para uma verdadeira apraxia da fala desenvolvimental; e o termo apraxia da fala suspeitada é usado para crianças com erro padrão do discurso e prosódia-voz, bom desempenho em tarefas não-verbais e/ou história do caso são coerentes com apraxia de fala. Devido a essas dificuldades motoras na produção da fala, as crianças com apraxia podem apresentar um atraso no desenvolvimento da linguagem falada (SOUZA; PAYÃO, 2008).

Como vimos, o essencial para o melhor desenvolvimento cognitivo, neurológico, de fala e aprendizagem, é o diagnóstico assertivo e diferencial precoce destas patologias, possibilitando o melhor tratamento gerando aumento exponencial

das capacidades da criança, principalmente em sua idade mais essencial, a primeira infância, a qual os desempenhos e aptidões adquiridos irão acompanhá-la por toda sua vida.

5. METODOLOGIA

Este projeto de intervenção visa a implementação de um questionário para a avaliação, identificação e intervenção relacionados a crianças com atraso de fala com o intuito do correto encaminhamento, tratamento e posterior acompanhamento com médicos e profissionais multidisciplinares. De forma inicial o projeto será desenvolvido na cidade de Umuarama - Paraná, almejando aceitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde do município, e de forma consequente, demonstrado o potencial do questionário, seu baixo custo, sua fácil utilização e implementação, é esperado que venha a ser usual parte da rotina de toda unidade básica da regional de saúde, ousando cobiçar âmbito estadual eventualmente federal.

Perante a propedêutica clínica, foi identificado formas melhores de conduzir os infantes e seus pais/tutores perante anamnese, desta forma, utilizando materiais e estudos prévios, desenvolvemos um questionários visando a identificação destas crianças, assim, os profissionais da Unidade Básica, ao investigar o atraso de fala já terão direcionamento assertivo.

Ao decorrer deste capítulo, será demonstrado o percurso metodológico, os meios utilizados e planos de implementação deste questionário, a princípio no município de Umuarama - Paraná. Será abordado o local de intervenção, sujeitos da intervenção e estratégias e ações.

5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO

Inicialmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Umuarama - PR, pretende-se que se torne rotina durante qualquer consulta de infantes até os 6 anos que apresentem sinais de atraso.

Ademais, visando a extensão da implementação do projeto, visa-se que ao decorrer de seu desenvolvimento, torne-se algo protocolar nos manuais de rotina da Estratégia Saúde da Família.

5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

O público alvo do projeto de intervenção são os profissionais de saúde da atenção primária, as crianças que possuem os transtornos de atraso na fala e seus respectivos familiares ou responsáveis, como também toda a equipe multidisciplinar que acompanha os infantes durante sua fase de desenvolvimento.

5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Os procedimentos ocorrerão através de uma entrevista/questionário que será realizado durante a consulta médica com o responsável pela criança. As informações contidas no questionário consistirão em perguntas objetivas que permitirão ao avaliador identificar a causa do atraso na fala da criança e encaminhá-la ao profissional mais adequado para atender às suas necessidades. Isso pode incluir especialistas médicos e uma equipe multidisciplinar, composta por fonoaudiólogos, psicólogos e equipe pedagógica escolar.

Além do questionário serão feitas reuniões com as ACS e profissionais da saúde para buscar estratégias de abordagem e acolhimento para essas crianças que estão em condições debilitadas.

5.4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Planejamento realizado para definir objetivos e metas:

Os objetivos a serem alcançados incluem identificação e intervenção relacionados a crianças com atraso de fala. As metas a serem alcançadas incluem a identificação dessas crianças com idade entre 1 e 6 anos que serão monitoradas no período de 1 ano.

Desenvolvimento de indicadores:

O método utilizado para a coleta de dados será feito por um questionário com um total de 11 perguntas, que será realizado aos responsáveis, com uma somatória final que indicará a possibilidade de transtornos da fala relacionado ao neurodesenvolvimento.

Interpretação dos resultados:

Analisar os dados coletados durante o questionário e a necessidade de continuação para intervenção. Após a avaliação com os resultados realizar um

relatório indicando os principais resultados do questionário para cada criança. Os resultados serão apresentados aos pais e profissionais da área de saúde. A partir da avaliação iremos desenvolver um planejamento para cada criança monitorando as consultas que estão sendo realizadas e a assiduidade em relação às idas às consultas e participação dos pais levando em consideração o tipo de transtorno que a criança apresentar.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Com as ações citadas, pretendemos capacitar o profissional da saúde a identificar e ajudar as crianças com transtornos de atraso na fala e seus respectivos familiares ou responsáveis, como também os professores e psicopedagogos que acompanham nesta fase escolar possibilitando melhor tratamento e menores impactos, emocional e social, na vida desses indivíduos.

Assim como, orientar os profissionais que estarão à frente da identificação e abordagem dos pacientes e familiares, frente às dificuldades apresentadas.

7. CRONOGRAMA

No ano de 2025 esse projeto poderá ser apresentado à secretaria de saúde e todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária, e ser implementado o mais breve possível, com a intenção de auxiliar a população alvo.

Tabela 1 - Cronograma de atividades previstas para estruturação, planejamento e implementação do projeto.

ETAPA	PERÍODO	RESPONSÁVEL
1. Apresentação do questionário para a Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama.	Janeiro de 2025	Acadêmicos autores do Projeto.
2. Estrutura e discussão de triagem e implementação pela Secretaria Municipal Saúde de Umuarama.	Fevereiro de 2025	Equipe de Acadêmicos, Equipe multiprofissional das unidades básicas e Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama.
3. Orientação junto a Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama para equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde.	Março - Maio de 2025	Equipe de Acadêmicos, Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama e Equipe multiprofissional das unidades.
4. Início da implementação do questionário nas Unidades Básicas de Saúde de Umuarama.	Junho - Agosto de 2025	Equipe multiprofissional das unidades.
5. Análise e feedback junto aos profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Umuarama.	Setembro - Outubro de 2025	Equipe de Acadêmicos e Equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde de Umuarama.

Fonte: Elaboração dos alunos.

8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS

Para realização do projeto é necessário apenas a adesão das unidades de saúde básica, sendo que é um projeto sustentável e de baixo custo, pois é necessário apenas a impressão do questionário com as perguntas que serão feitas.

O custo será apenas da impressão do questionário, que será feito pela Prefeitura de Umuarama e distribuído às Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, D. S. et al. Validação de cartilha sobre marcos do desenvolvimento da linguagem na infância. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP-USP, Departamento de Ciências da Saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil 2020. Acesso em: 7 jul. 2024.

ALMEIDA-VERDU, A. C. M. et al. Apraxia e produção da fala: efeitos do fortalecimento de relações verbais. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 974–983, jul./set. 2015. Acesso em: 8 jul. 2024.

CATRINI, M.; LIER-DE-VITTO, M. F. Apraxia de fala e atraso de linguagem: a complexidade do diagnóstico e tratamento em quadros sintomáticos de crianças. *Codas*, v. 31, n. 5, p. e20180121, 2019. Acesso em: 8 jul. 2024.

CARTER, J. et al. Avaliação e tratamento de distúrbios da fala e da linguagem em crianças 2022. Acesso em: 7 ago. 2024.

CARTER, J. et al. Distúrbios da fala e da linguagem em crianças: Etiologia 2022. Acesso em: 7 ago. 2024.

CLARA, A. et al. Fatores etiológicos e riscos associados ao Transtorno do Espectro Autista: revisão bibliográfica. *Pediatria*, v. 22, n. 1, p. 15-25, 2021. Acesso em: 7 ago. 2024.

GIRIANELLI, V. R.; TOMAZELLI, J.; FERNANDES, C. S. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, 2020. Acesso em: 07 jul. 2024.

JOHNSON, C. P.; MYERS, S. M. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, v. 120, n. 5, p. 1183–1215, nov. 2007. Acesso em: 07 jul. 2024.

LUCAS; A. V. L.; COSTA, N. M. L. Mutismo seletivo: Considerações sobre o transtorno de recusa da fala. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, e27510716316, 2021. Acesso em: 17 ago. 2024.

MATSUKURA, T, S. Aplicabilidade da terapia ocupacional no tratamento do autismo infantil. 1995. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995. Acesso em: 18 ago. 2024.

OLIVEIRA, P. et al. Surdez infantil. **Rev Bras Otorrinolaringol**. V.68, n.3, 417-23, maio/jun. 2002. Acesso em: 07 ago. de 2024.

PEIXOTO; A. C. A.; CAROLI, A. L. G.; MARIAMA, S. R. Mutismo Seletivo: estudo de caso com tratamento interdisciplinar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2017. Acesso em: 17 ago. 2024.

RODRÍGUEZ, J. O., Alcázar, A. I. R. & Olivares, P. J. (2007). Tratamiento psicológico del mutismo selective. Madrid: Pirámide. Acesso em: 17 ago. 2024.

REMSCHMIDT, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B. et al. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v.251, 284–296. Acesso em: 7 de jul. 2024.

SICES, L.; AUGUSTYN, M. Atraso na linguagem expressiva ("fala tardia") em crianças pequenas 2024. Acesso em: 7 ago. 2024.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2009. Acesso em: 15 jul. 2024.

SILVA, M. Complexidade da formação de professores: saberes teóricos e saberes práticos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Acesso em: 15 jul. 2024.

SOUZA, T. N. U.; PAYÃO, L. M. da C. Apraxia da fala adquirida e desenvolvimental: semelhanças e diferenças. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 193-202, abr. 2008. Acesso em: 9 jul. 2024.

WEISSMAN, L. Transtorno do espectro autista em crianças e adolescentes: vigilância e triagem na atenção primária 2022. Acesso em: 7 ago. 2024.

Anexo A



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMUARAMA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



NOME:	D.N.: / /			Idade:
C.N.S.:	CPF:	NOME DO RESPONSÁVEL:		
Endereço:	Bairro:	Telefones: () () ()		

Questionário de Avaliação do Desenvolvimento Infantil: Apraxia da Fala, Mutismo Seletivo e TEA

1. Quais os motivos que trouxeram os responsáveis a procurarem por consulta médica?	
2. A criança é exposta a atividades que estimulam a fala, como leitura de livros e conversas regulares?	(A) Não, ela não recebe muitos estímulos (0) (B) Sim, diariamente ela recebe estímulos para o desenvolvimento da fala (1)
3. Como seu filho(a) se comunica com outras pessoas?	(A) Utiliza palavras e forma frases corretamente. (0 pontos) (B) Usa poucas palavras e não forma frases completas. (1 ponto - Apraxia) (C) Não fala em certos ambientes, mas se comunica normalmente em casa. (2 pontos - Mutismo) (D) Evita interagir verbalmente com outras pessoas, mesmo em situações familiares. (3 pontos - TEA)
4. Seu filho(a) apresenta dificuldades em articular sons e palavras?	(A) Fala claramente e sem dificuldades de articulação. (0 pontos) (B) Tem dificuldades evidentes para produzir sons corretos, apesar de se esforçar. (1 ponto - Apraxia) (C) Não fala em determinados contextos, mas articula bem quando fala. (2 pontos - Mutismo) (D) Tem dificuldade em formar frases e pode repetir palavras sem sentido. (3 pontos - TEA)
5. Como seu filho(a) reage em locais públicos ou com muitas pessoas?	(A) Fica à vontade, interage normalmente. (0 pontos) (B) Prefere se isolar ou não responde quando alguém fala com ele/ela. (3 pontos - TEA) (C) Fica em silêncio, mas aparenta desconforto ou ansiedade. (2 pontos - Mutismo) (D) Se sente sobrecarregado(a), com agitação ou irritabilidade. (3 pontos - TEA)
6. Seu filho(a) responde quando é chamado pelo nome?	(A) Sempre responde quando chamado. (0 pontos) (B) Responde apenas às vezes, principalmente quando se repete várias vezes. (1 ponto - Apraxia) (C) Responde apenas em casa ou com pessoas muito familiares. (2 pontos - Mutismo) (D) Não responde, mesmo após várias tentativas. (3 pontos - TEA)
7. Como é a interação do seu filho(a) com outras crianças?	(A) Brinca e interage normalmente com outras crianças. (0 pontos) (B) Prefere brincar sozinho(a) e evita contato direto com outras crianças. (3 pontos - TEA) (C) Não se aproxima das crianças e se mantém em silêncio. (2 pontos - Mutismo) (D) Pode interagir, mas frequentemente parece não compreender as regras sociais. (3 pontos - TEA)
8. Seu filho(a) consegue manter o foco em atividades ou brincadeiras?	(A) Sim, consegue se concentrar por longos períodos. (0 pontos) (B) Tem dificuldade em se concentrar por muito tempo, fica distraído facilmente. (1 ponto - Apraxia) (C) Fica em silêncio ou parece ausente, sem se envolver ativamente. (2 pontos - Mutismo) (D) Fica hiper focado em alguns brinquedos ou atividades, mas ignora outras. (3 pontos - TEA)
9. Quando começou a balbuciar ou emitir sons?	(A) Dentro do período esperado (6-9 meses). (0 pontos) (B) Iniciou mais tarde, mas começou a tentar emitir sons. (1 ponto - Apraxia) (C) Não balbuciou na idade esperada, mas fala em casa. (2 pontos - Mutismo) (D) Não emitiu sons até uma idade mais avançada e ainda apresenta dificuldades. (3 pontos - TEA)
10. Como é o comportamento do seu filho(a) em situações sociais novas?	(A) Se adapta facilmente e se comunica com outras pessoas. (0 pontos) (B) Prefere observar sem interagir e tem dificuldade em falar. (1 ponto - Apraxia) (C) Fica em silêncio, mesmo quando outras crianças interagem com ele/ela. (2 pontos - Mutismo) (D) Pode se sentir sobrecarregado(a), com ansiedade ou irritabilidade. (3 pontos - TEA)
11. Seu filho(a) demonstra interesse por atividades que envolvem comunicação, como ler histórias ou cantar?	(A) Sim, gosta de participar dessas atividades. (0 pontos) (B) Tenta participar, mas apresenta dificuldades em vocalizar ou cantar. (1 ponto - Apraxia) (C) Não participa dessas atividades em ambientes públicos, mas faz em casa. (2 pontos - Mutismo) (D) Prefere atividades repetitivas e não interage durante as histórias. (3 pontos - TEA)

Este questionário ajuda a identificar um possível padrão entre Apraxia da Fala, Mutismo Seletivo e TEA, fornecendo uma análise inicial que pode ser complementada por uma avaliação profissional.

Aqui está uma escala que abrange critérios para cada transtorno:

Tipo de transtorno	Encaminhamento	Pontuação total
Desenvolvimento esperado para a idade	Não há necessidade de encaminhamento para serviços especializados	(0 - 5)
Apraxia da fala	Encaminhamento para a equipe de fonoaudiologia	(6 - 10)
Mutismo seletivo	Encaminhamento para a equipe de psicologia e fonoaudiologia	(11 - 20)
TEA	Encaminhamento ao neuropediatra ou psiquiatra infantil	(21 - 30)

Resultados da somatória de questões para encaminhamento multiprofissional:

(0 - 5) Desenvolvimento esperado para a idade, (6 - 10) Apraxia da fala, (11 - 20) Mutismo seletivo e (21 - 30) TEA.

Fonte: Autoria dos Acadêmicos.