

AUTISMO E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: REVISÃO DE LITERATURA

Carolina Pinho Kinippeberg, Fernanda Santos Garcia, Letícia Vier Machado

Universidade Estácio de Sá

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo apresentar as formas pelas quais o autismo vem sendo abordado no campo da avaliação psicológica. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica e posterior análise de materiais de cunho conceitual. Os dezenove artigos e teses selecionados compreendem o período de 1999 a 2018 e foram retirados das bases de dados *Scielo*, *Google Acadêmico* e *PsycInfo*, priorizando estudos descritivos sobre autismo, bem como aqueles que tratavam dos testes existentes na temática do construto. A análise aponta para as contribuições que a avaliação psicológica pode trazer a respeito do autismo, do diagnóstico ao tratamento. Em relação aos instrumentos destinados a esse construto, conclui-se que são predominantemente internacionais, e que é urgente a necessidade de abordar o autismo na avaliação psicológica, tendo em vista que o assunto ainda tem produção teórica e prática apropriada, escassa.

Palavras-chave: Transtornos do Desenvolvimento. Autismo. Avaliação Psicológica. Instrumentos de Avaliação Psicológica.

Introdução

A avaliação psicológica é uma busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico de um indivíduo, objetivando orientar ações e decisões futuras (Primi, 2010). Esse processo avaliativo conta com diversos métodos e técnicas, tais como entrevistas, observações e testes. Estes, por sua vez, ganham destaque na avaliação psicológica por possuírem natureza quantitativa e possibilitarem a operacionalização de teorias e técnicas psicológicas, integrando teoria e prática (Cunha, 2002; Pasquali, 2009). Nesse sentido, faz-se necessário buscar entender quais os aspectos relevantes à testagem de determinado construto, a fim de poder discernir a eficácia da avaliação psicológica destinada a esse. Em outras palavras, é necessário compreender os traços possíveis de serem avaliados por meio dos testes.

A questão da testagem dentro da avaliação psicológica é relevante, pois, não raro, os testes tornam-se protagonistas do processo. Nessa perspectiva, para que um construto possa ser medido, uma vez que é definido como um conceito não observável de maneira direta, há a necessidade de descrevê-lo de forma clara e dividi-lo em comportamentos específicos (traços latentes) que são capazes de mensuração, sendo, todo esse processo pautado em teorias científicas (Primi, 2010). Tendo considerado esses aspectos, o objetivo deste artigo é abordar o autismo como construto no campo da avaliação psicológica, conhecendo seus traços latentes, a fim de apresentar as formas pelas quais o respectivo construto vem sendo abordado na avaliação psicológica.

Metodologia

A pesquisa em questão é de natureza exploratória, ao passo que, tem como objetivo alcançar um maior esclarecimento sobre os diversos aspectos que cercam a avaliação psicológica do construto do autismo. De acordo com Gil (2002, p. 27), a pesquisa exploratória tem como objetivo “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Além disso, possui delineamento bibliográfico, já que explora leituras e análise de fontes secundárias (livros, artigos e documentos), buscando não a repetição dos escritos já existentes no tema, mas sim, a articulação desses conhecimentos, tendo em vista a conclusão de aspectos ainda não destacados sobre o assunto (Marconi & Lakatos, 2003; Gil, 2002).

O método de pesquisa utilizado foi o qualitativo, uma vez que neste, se considera a relação ativa entre a realidade e o objeto da pesquisa, ou seja, o foco está no subjetivo do objeto em análise. Ademais, o procedimento adotado foi a leitura, fichamento e articulação dos textos selecionados (Silvia & Menezes, 2005). Para tanto, fora realizada uma revisão sistemática da literatura, a saber, uma busca exploratória com processos bem definidos a serem seguidos, com vistas a identificação, avaliação e síntese de aspectos relevantes na temática (Galvão & Pereira, 2014). Já em relação a amostra de textos utilizada na presente pesquisa, essas correspondem ao período de 1999 a 2018. Para isso, foram utilizadas as bases de dados *Scielo*, *Google Acadêmico* e *PsycInfo*, entendidas como boa fonte de pesquisa, já que possuem relação com revistas conceituadas, além da grande quantidade de material disponível gratuitamente.

A composição da amostra foi realizada de modo a priorizar os estudos descritivos sobre o Transtorno do Espectro Autista¹, bem como, aqueles que tratavam dos testes existentes na temática do construto, utilizando, para isso, os descritores “avaliação psicológica”, “autismo” e “construto”. Já como critério excludente, optou-se pela não utilização de materiais que não estivessem na língua portuguesa, assim como os que se referissem a estudos de caso.

Para a análise, os artigos encontrados foram distribuídos por conteúdo. Iniciaremos contextualizando o autismo como construto, ao passo que, a narrativa da história do autismo e suas descrições ao longo do tempo são essenciais para a compreensão dos temas subsequentes. Em seguida, reunimos os materiais que forneciam informações acerca do diagnóstico do TEA, afim de tornar claro os principais sintomas, comorbidades, entre outras particularidades do diagnóstico.

No tópico que se segue tratamos das teorias que buscam explicar o autismo. A decisão de apresentá-las diz respeito a importante contribuição de cada uma para o desenvolvimento dos estudos sobre o TEA. Por fim, abordamos os instrumentos existentes para a avaliação psicológica do autismo, dando destaque para o M-CHAT, já que é o único instrumento de rastreamento aprovado para livre uso no Brasil e, o PROTEA-R, por ser um instrumento pensado exclusivamente para as demandas da avaliação de indivíduos autistas no contexto nacional.

Autismo como construto

Para a construção desse tópico foram usados nove materiais, sendo eles: o *“Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”* de autoria da *American Psychiatric Association*; *“Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática”* de Seize, M. & Borsa, J.; *“Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo”* de Costa, D; *“Psicologia: a inclusão de criança com espectro autista: a percepção do professor”* de Cunha, I., Martim, R. & Zino, N.; *“Questionário para Rastreamento de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista (QR-TEA): construção e evidências de validade de conteúdo”* de Seize, M.; *“Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”* do Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; *“Instrumentos de*

¹ Dada a difusão do discurso biomédico sobre o autismo, grande parte das publicações em artigos nomeiam-no Transtorno do Espectro Autista, conforme a proposição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 2013.

avaliação de autistas: revisão de literatura” de Jorge, L; “*Avaliação de Linguagem e de Teoria da Mente nos Transtornos do Espectro do Autismo com a aplicação do teste Strange Stories traduzido e adaptado para a língua portuguesa*” de Velloso, R; “*Autismo: o processo do significado como conceito central*” de Pereira, E.

O termo autismo foi relatado pela primeira vez na literatura psiquiátrica, em 1911, pelo médico suíço Eugene Bleuler, para descrever a tendência patológica do comportamento de isolamento como sintoma dos quadros de esquizofrenia (Jorge, 2003). Em 1943, Leo Kanner, um psiquiatra infantil, formula a primeira definição formal para o autismo, classificando-o como *Distúrbio Autístico do Contato Afetivo*, dando enfoque nos déficits da interação social e da qualidade da comunicação — que continuam sendo critérios diagnósticos do autismo (Seize, 2017; Pereira, 2000).

Já em 1944, Hans Asperger, um pediatra austríaco, descreveu o quadro de Psicopatia Autística. Apesar de seus estudos não terem sido muito divulgados na época pela questão do idioma, alguns aspectos apontados pelo médico são importantes na descrição do autismo, os quais: “compulsividade e obsessão de pensamentos e ações (...) e limitação das relações sociais, que comprometem sua personalidade” (Jorge, 2003), além de “pobreza de contato de olho, grande resistência a mudanças e falhas nas habilidades motoras” (Velloso, 2011).

O autismo foi considerado uma característica do quadro de esquizofrenia durante muito tempo, situação essa, errônea, uma vez que “enquanto na esquizofrenia existe uma tendência ao isolamento por um retraimento nos relacionamentos, na síndrome descrita por Kanner, observa-se uma incapacidade de desenvolver relacionamentos” (Brasil, 2014, p. 12). Todavia, como categoria diagnóstica, o autismo passa a integrar os manuais diagnósticos como entidade distinta da esquizofrenia apenas na década de 1980, na terceira versão do manual (Seize, 2017). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª. Edição,

(DSM 5) (American Psychiatric Association, 2014 p. 31), o autismo integra a sessão dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, que são assim classificados por terem começo no início da vida e por trazerem danos no funcionamento pessoal, social, acadêmico e profissional. Tendo isso em vista, o autismo é uma condição de “prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social” do sujeito, que adota “padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades”. (APA, 2014, p. 53)

Atualmente, o autismo em suas diversas apresentações clínicas, é inscrito no discurso psiquiátrico na sigla TEA – Transtorno do Espectro Autista. A inclusão do termo “espectro” é

atribuída à Lorna Wing e Judith Gould, na década de 1980. De acordo com as autoras, adicionar esse termo assegura que as manifestações do transtorno variam muito em função de grau, nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo, sendo, portanto, heterogêneo na composição de seus sintomas e nas apresentações clínicas constituintes. (Costa, 2014).

Por fim, foi Wing a primeira psiquiatra a descrever os três principais sintomas do TEA (tríade sintomática). Neste quadro, manifestariam-se como sinais primordiais “prejuízos severos na interação social, dificuldades severas nas comunicações tanto verbais como não verbais, e ausência de atividades imaginativas, substituídas por comportamentos repetitivos e estereotipados” (Wing e Gould, 1979, citado por Velloso, 2011). Segundo Jorge (2003, p. 21), essa tríade é utilizada até os dias atuais como norteadora dos diagnósticos do TEA.

Diagnóstico

Nesse tópico, reunimos as informações em sete textos, a dizer: “*Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas*” de autoria de Mulick, J. & Silva, M.; “*Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro*” de Primi, R.; “*Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática*” de Seize, M. & Borsa, J.; “*Questionário para Rastreamento de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista (QR-TEA): construção e evidências de validade de conteúdo*” de Seize, M.; “*Psicodiagnóstico e Transtorno do Espectro Autista*” de Bosa, C. & Zanon, R; “*Instrumentos de avaliação de autistas: revisão de literatura*” de Jorge, L; “*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*” de autoria da *American Psychiatric Association*.

No campo da avaliação psicológica, o uso de instrumentos de avaliação auxilia no processo diagnóstico (Seize, 2017; Primi, 2010). Para isso, é necessário que se conheçam os traços latentes que serão mensurados no processo de testagem. São considerados como traços latentes para o construto em questão, déficits de habilidades sociais, déficits de habilidades comunicativas (verbais e não-verbais) e presença de comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados – a tríade proposta por Wing e Gould (Jorge, 2003). Há destaque nos déficits sociais, que se configuram como marca central do TEA, uma vez que costumam ser os primeiros e mais perceptíveis sintomas (Silva & Mulick, 2009).

Além disso, para que seja diagnosticado como um Transtorno do Espectro Autista, é necessário que haja nos comportamentos, um déficit em relação ao esperado para a faixa etária na qual o sujeito se encontra. Se houver comprometimentos na interação social, na linguagem para fins de comunicação social, nas brincadeiras ou jogos simbólicos e imaginários até os 3 meses de idade e outros transtornos desenvolvimentais tiverem sido descartados, então, é possível o diagnóstico do autismo (Silva & Mulick, 2009).

Em relação às comorbidades associadas ao quadro clínico, a mais comumente presente é a deficiência intelectual, identificada em diferentes níveis de severidade em aproximadamente 60 a 75% das crianças com autismo. É, exatamente por essa relação recorrente entre autismo e deficiência intelectual que, muitas vezes, são empregados testes de inteligência para confirmarem a suspeita do quadro (Seize & Borsa, 2017; Silva & Mulick, 2009). Em conformidade com o DSM 5, “cerca de 70% das pessoas com transtorno do espectro autista podem ter um transtorno mental comórbido, e 40% podem ter dois ou mais transtornos mentais comórbidos” (APA, 2014, p. 58).

De acordo com Silva e Mulick (2009), são três as áreas de comorbidades para o autismo: (a) problemas comportamentais; (b) questões sensoriais; (c) questões orgânicas e neurológicas.

No que se refere aos aspectos comportamentais, é destacável a presença de hiperatividade, transtornos de humor, quadros de ansiedade, dificuldade de prestar e/ou manter atenção, atenção hiperselativa – focada em apenas um estímulo – e impulsividade, que pode resultar em comportamentos agressivos. Quanto ao campo sensorial, observa-se hiper ou hipossensibilidade a estímulos sonoros, visuais, táteis, olfativos e gustativos. Enfim, em relação às questões orgânicas e neurológicas, problemas gastrointestinais e auditivos são frequentemente observados, assim como problemas severos de alimentação, de sono e transtornos convulsivos ou epilepsia.

O enfoque nos comportamentos sociais do sujeito como forma de identificação do TEA ocorre porque, segundo a teoria desenvolvimentista, em torno dos 18 aos 24 meses do desenvolvimento típico, há a emergência de uma habilidade que marca o modo de ser do bebê: a atenção compartilhada. Essa habilidade se dá pelo comportamento da criança em executar gestos, expressões faciais e posturas corporais que indicam ao adulto seus interesses. Porém, o que se nota nesse período é que o bebê não mais se comporta dessa maneira pela objetivação de algum item em resposta, mas pelo prazer da interação social. A ausência deste comportamento é destacável na identificação do transtorno, tendendo a ser um dos primeiros

sinais de alerta, juntamente com o atraso do início da fala pela criança em relação ao esperado no desenvolvimento típico. Esses indicadores justificam o uso de testes de atenção para compor a bateria de instrumentos diagnósticos do autismo (Bosa & Zanon, 2016).

Teorias

Para abordar as teorias envolvidas no estudo do construto autismo, selecionamos e utilizamos oito materiais, sendo eles: “*Os Enfoques Cognitivista e Desenvolvimentista no Autismo: Uma Análise Preliminar*” de Lampreia, C.; “*Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas*” de autoria de Mulick, J. & Silva, M.; “*Questionário para Rastreamento de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista (QR-TEA): construção e evidências de validade de conteúdo*” de Seize, M.; “*Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*” do Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; “*Autismo: breve revisão de diferentes abordagens*” de Bosa, C. & Callias, M; “*A Conexão Afetiva Nas Intervenções Desenvolvimentistas Para Crianças Autistas*”, de FioreCorreia, O. & Lampreia, C.; “*Teoria da Mente: diferentes abordagens*”, de Jou, G & Sperb, T.; “*Autismo infantil*”, dos autores Junior, F. & Pimentel, A.

São diversas as teorias que podem embasar o construto em questão. De acordo com Seize (2017, p.18), dentro das abordagens “pode-se destacar a cognitivista, a biológica, os diferentes postulados da psicanálise e a desenvolvimentista”. Cada uma dessas teorias visa o TEA de uma perspectiva distinta e adota um elemento central para compreender e, conseqüentemente, descrever o autismo.

Na teorização sobre o autismo, a teoria cognitivista e a desenvolvimentista se contrastam desde a descrição de Kanner em 1943, isto é, tratam dos mesmos princípios – os prejuízos da linguagem e sociabilidade –, mas possuem visões diferentes acerca do sujeito, ao passo que, a teoria cognitivista considera as perturbações nas aquisições da linguagem o fator primário do transtorno e a teoria desenvolvimentista embasa seus preceitos no social/afetivo, que, conseqüentemente, produz um déficit linguístico (Fiore-Correia & Lampreia, 2012; Júnior & Pimentel, 2000). Por outro lado, ambas concordam que, na base do autismo, encontra-se um prejuízo biológico responsável pelos sinais do TEA (Lampreia, 2004).

O enfoque cognitivista, por considerar a linguagem como primordial, adota uma visão objetivista/racionalista de sujeito (Lampreia, 2004). Nessa perspectiva, o indivíduo é considerado um ser natural dotado de certas capacidades psicológicas inatas. Dessa maneira,

os déficits cognitivos e comunicativos seriam os responsáveis pelas dificuldades sociais, já que o sujeito não possui, por alguma razão, os instrumentos normalmente disponíveis para a compreensão, interpretação e resposta à comunicação com seus pares (Jou & Sperb, 1999). Logo, para a teoria cognitivista, o problema simbólico — déficit na compreensão da linguagem em geral — seria anterior ao problema social — o isolamento. Assim, “o déficit cognitivo seria uma parte essencial do autismo e as anormalidades da linguagem, uma parte essencial desse déficit cognitivo” (Rutter, 1976, citado por Lampreia, 2004, p. 114).

Conforme afirmam Shah e Wing (1986) e Wing (1988), citados por Lampreia (2004, p. 113): “o problema mais geral na comunicação não seria uma ausência dos mecanismos físicos de gesto, expressão facial e fala, mas uma falha no uso correto em situações sociais ou como ajuda para a comunicação efetiva”. O déficit social, seria então, referente às habilidades cognitivas de percepção de pessoas e de interação social recíproca, já que não há um prejuízo total na comunicação, mas sim, uma falha no nível de espontaneidade e da reciprocidade (Cairns, 1986, citado por Lampreia, 2004). Isso significa que a criança pode interagir e gesticular, mas se tratando do significado dessa comunicação, não é algo efetivo.

Após destacados os aspectos gerais da teoria cognitivista, é importante abordar a pluralidade de concepções existentes em seu cerne. Iniciando pela Teoria da Mente, pode-se descrever essa, sucintamente, “como uma capacidade desenvolvida na infância que permite reconhecer, em si, crenças e desejos, bem como atribuir tais estados mentais às ações de outras pessoas, com a finalidade de prever e explicar um comportamento” (Jorge, 2003, p. 30). Sua importância refere-se ao fato de a interação humana depender dessa capacidade de compreensão (Jou & Sperb, 1999).

A Teoria da Coerência Central surge no contexto de falhas apontadas em relação à Teoria da Mente. Segundo a abordagem da Coerência Central, tanto as capacidades quanto os déficits relacionados ao autismo, partiriam de um único nível cognitivo, que alterado, causaria um desequilíbrio na integração da informação. Sendo assim, a coerência central, entendida como a combinação de diversas informações no intuito de se alcançar uma compreensão mais elevada (total), é inibida no autismo (Jorge, 2003).

Já aqueles que seguem o enfoque desenvolvimentista, afirmam que os problemas cognitivos e linguísticos podem derivar do dano afetivo, isso porque a teoria desenvolvimentista adota uma visão construtivista/pragmática de sujeito (Lampreia, 2004). Em outras palavras, consideram que dada uma base inata, é no contexto das interações sociais que são construídas as capacidades especificamente humanas. Ou seja, o TEA se refere ao

“resultado de um desvio do desenvolvimento, que seria causado por distúrbios de origem biológica e que, em interação com o ambiente, impactariam a afetividade e a capacidade de relacionamento social” (Seize, 2017, p. 20).

Além disso, segundo os desenvolvimentistas, um déficit na percepção e na motivação do indivíduo com TEA impediria a passagem para a segunda fase do relacionamento intersubjetivo, que se configura como o período onde o sujeito começaria a ser sensível à relação de uma pessoa com um objeto, passando a entender o que o outro sente. É esse novo movimento de compreensão que torna possível o desenvolvimento da capacidade de simbolização — capacidade de usar representações mentais. Assim, as faltas de responsividade emocional e de engajamento intersubjetivo na criança autista são responsáveis pelo prejuízo no desenvolvimento acima descrito. Isso se dá porque a ausência dessas características resulta no empobrecimento da vida imaginativa (simbólica), assim como tornam o empreendimento da linguagem sem sentido para a criança (Lampreia, 2004).

Ademais, devido a um baixo limiar de sensibilidade para estímulos novos e estímulos imprevisíveis, as pessoas se tornam superestimulantes e aversivas para os bebês autistas. Em consequência, o infante responde aos adultos com evitação. Isso afetará as vinculações iniciais, a expressão das emoções e a coordenação interpessoal do afeto (Lampreia, 2004).

Outro enfoque teórico de destaque dentro do construto do autismo é o psicanalítico. Diferentemente das outras teorias que se preocupam com questões etiológicas (causas das doenças), a psicanálise se atém na descrição do funcionamento mental, dos estados afetivos e do modo como os sujeitos autistas se relacionam com as pessoas (Maratos, 1996, citado por Bosa & Callias, 2000).

Bosa & Callias (2000) em sua revisão de literatura sobre as teorias existentes para embasar o construto do autismo, delineiam que, para Melanie Klein, o autismo poderia ser explicado em termos de inibição desenvolvimental. Segundo Klein, a angústia refletida nos comportamentos de evitação, repetição e agressividade, decorriam do intenso conflito entre pulsão de vida e de morte. Supunha, tal como Kanner (1943, citado por Bosa & Callias, 2000), que tal inibição seria de origem constitucional. Em outras palavras, referente aos períodos iniciais da vida da criança, em que as figuras parentais delineiam a sua constituição como ser vivente e civilizado. Esse conflito inicial, em combinação com as defesas primitivas e excessivas do ego, resultaria no quadro autista. Seria, portanto, o bloqueio da relação com a realidade e do desenvolvimento da fantasia, que culminaria em um déficit na capacidade de simbolizar, característica essa, central na síndrome.

Já Mahler (1968, citado por Bosa & Callias, 2000), supunha o autismo como uma regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não-diferenciação perceptiva com a mãe. Assim, dificuldades em integrar sensações vindas do mundo externo e interno se manifestam. Em contraste, Francis Tustin (1981, citado por Bosa & Callias, 2000) reconhecia uma fase autista normal no desenvolvimento infantil, sendo a diferença entre esta e o autismo patológico, uma questão de grau. Para ela, o autismo seria uma reação traumática à experiência de separação materna, que envolveria o predomínio de sensações desorganizadas, levando a um colapso depressivo.

Em resumo, é consensual na teoria psicanalítica, a insuficiência da criança autista quanto à diferenciação de estímulos vindos de dentro ou de fora do corpo e a incapacidade para construir representações emocionais (simbólicas). Devido a esses déficits, todo estímulo (social e não-social) seria experienciado como sendo fragmentado, impedindo a possibilidade de formação de uma experiência contínua (Bosa & Callias, 2000).

Finalmente, no que tange a abordagem biológica do autismo, podemos afirmar que um grande esforço tem sido direcionado para a exploração de anomalias genéticas ou para a exposição à eventos ambientais específicos no início da vida como possivelmente relacionados à emergência de tal transtorno. Porém, até o presente momento, não foi possível determinar qualquer aspecto biológico, ambiental, ou interacional (biológico x ambiental), que contribua de forma decisiva para a manifestação desse transtorno (Silva & Mulick, 2009).

Estudos (Trevarthen et al., 1998, citado por Jorge, 2003; Brunoni, 1992, citado por Jorge, 2003; Gadia e Tuchman, 2003, citado por Jorge, 2003) de neuroimagens e de autópsias, por exemplo, apontam uma variedade de características cerebrais em indivíduos com autismo, como tamanhos anormais das amígdalas, hipocampo e corpo caloso, maturação atrasada do córtex frontal, desenvolvimento atrofiado dos neurônios do sistema límbico e padrões variados de baixa atividade em regiões cerebrais diversas, como o córtex frontal, que poderiam apontar para possíveis causas para a ocorrência do autismo. Mas, apesar dessas evidências, ainda não há provas concretas quanto a(s) causa(s) biológica(s) do TEA (Silva & Mulick, 2009).

Instrumentos de Avaliação Psicológica

Foram utilizados cinco textos para a análise do tópico referente aos instrumentos de avaliação psicológica do TEA: “*Questionário para Rastreamento de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista (QR-TEA): construção e evidências de validade de conteúdo*”

de Seize, M.; “*Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*” do Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; “*Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança – Protea-R*” de Backes, B., Bosa, C. & Zanon, R.; capítulo 24 de “*Psicodiagnóstico*” de autoria de Hutz, C., Bandeira, D., Trentini, C., Krug, J;

“*Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática*” de Seize, M. & Borsa, J.

Os instrumentos de rastreamento são utilizados para identificar os sinais de risco de autismo, mas não tratam de maneira específica do diagnóstico. Isso acontece porque tais instrumentos possuem alta taxa de sensibilidade, o que significa a possibilidade de produzir altas taxas de falsos-positivos (diagnósticos de autismo em quadros não-clínicos) (Seize, 2017; Hutz et al., 2016).

Esses instrumentos podem ser classificados por nível. Os de nível 1, são aqueles cuja finalidade é identificar as crianças com sinais de risco do autismo na população não-clínica, ou seja, aquelas crianças que ainda não apresentam algum quadro de problemas de desenvolvimento. Utilizam-se de questionários, por esse formato ser o mais acessível e compreensível à população geral, já que, nesses testes, são os pais ou cuidadores os respondentes. Em conclusão, entre os instrumentos de nível 1, alguns possibilitam o rastreamento de uma infinidade de transtornos do desenvolvimento, enquanto outros avaliam especificamente o autismo. Já os instrumentos de nível 2, são aplicados para identificar crianças com sinais de risco do autismo em população clínica. Em sua maioria, configuram-se em formato de escalas e observação, uma vez que são predominantemente respondidos por profissionais e especialistas do tema (Seize & Borsa, 2017).

Dentre os 34 artigos analisados por Mariana Seize e Juliane Borsa (2017), foram encontrados 11 instrumentos, sendo, apenas um destes, traduzido ao português. Em um balanço geral realizado pelas autoras, dos 11 instrumentos identificados para rastreamento de crianças com até 36 meses, cinco são destinados à população clínica (ADEC, BISCUIT-I, POEMS, RITA-T, STAT) e seis para não-clínica (CHAT, CHAT-23, ESAT, FYI, M-CHAT, *Toddler Autism Questionnaire*).

Os instrumentos identificados como rastreadores do TEA (de nível 1 ou 2), de acordo com Seize e Borsa (2017), são os seguintes:

1. ADEC, em formato interativo aplicado por psicólogos treinados, tendo como população alvo crianças de 12 a 36 meses, realizado em população clínica;
2. BISCUIT-I, teste de nível 2, construído como escala, aplicado por profissionais da área da saúde em infantes de um ano;
3. CHAT, instrumento de nível 1, em formato de questionário, respondido pelos pais ou cuidadores, com atividade de observação complementar realizada por profissionais da saúde, designado para crianças com 18 meses;
4. CHAT-23, em forma de questionário. É respondido por pais ou responsáveis e objetiva o rastreamento de crianças entre 18 e 24 meses em população não-clínica;
5. ESAT, em formato de questionário, respondido por pais ou responsáveis. É aplicado para avaliação de crianças entre quatorze e quinze meses de idade em população não-clínica;
6. FYI, instrumento de nível 1, preenchido por pais ou cuidadores, avalia crianças de doze meses;
7. M-CHAT, questionário de nível 1, para crianças entre 16 e 30 meses, respondido por pais ou responsáveis;
 - 7.1. M-CHAT+FUI, teste de nível 1, em formato de questionário, para crianças de 16 a 30 meses, possuindo como respondente os pais ou cuidadores;
 - 7.2. M-CHAT/R-F, em formato de questionário, preenchido por pais ou responsáveis e aplicado para crianças de 16 a 30 meses, em população não-clínica;
8. POEMS, instrumento de nível 2 em formato de observação, possuindo como respondente os pais ou responsáveis. É utilizado para avaliação de crianças entre 1 e 24 meses de idade;
9. RITA-T, em formato interativo. É aplicado por profissionais da saúde em crianças de 18 a 36 meses, em população clínica;
10. STAT, construído em forma interativa. É aplicado por profissionais com experiência no construto, em infantes de 24 a 36 meses, em população clínica;
11. *Toddler Autism Questionnaire*, instrumento de nível 1, respondido por pais ou cuidadores e designado a crianças com 18 a 26 meses.

Dentre os instrumentos apresentados, será dado enfoque em dois: ao M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), ao passo que é o único instrumento de rastreamento/triagem de indicadores dos TEA adaptado e validado para uso livre no Brasil (Brasil, 2014) e ao PROTEA-R, por ser considerado, em nossa análise, um instrumento completo e de boa adequação para a população brasileira. (Bosa, Zanon & Backes, 2016)

O M-CHAT foi aprovado como instrumento de rastreamento/triagem de indicadores dos TEA pelo Ministério da Saúde ao publicar as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), em 2014. Para a formulação dessas diretrizes, um grupo de pesquisadores e especialistas de diversas áreas da saúde e assistência se uniram com o intuito de, por meio desse, possibilitar orientações relativas ao cuidado à saúde, habilitação e reabilitação dos sujeitos com TEA – tanto para equipe do SUS, quanto para a família –, na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Brasil, 2014, p. 6).

O M-CHAT se apresenta em formato de questionário, que é respondido pelos cuidadores e pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde. Contém 23 itens que avaliam comportamentos das seguintes áreas: engajamento social, contato visual, imitação, atenção compartilhada e gestos de busca de assistência, brincadeira repetitiva e brincadeira simbólica (Brasil, 2014). Porém, como afirmam Losapio e Pondé (2008) e Castro-Souza (2011), os adaptadores do teste para o Brasil, citado em Seize e Borsa (2017), o instrumento ainda necessita de uma adaptação mais completa, assim como de mais estudos estatísticos para ser considerado um instrumento válido e confiável para uso livre no Brasil.

Outro instrumento de destaque é o PROTEA-R. Bosa, Zanon e Backes (2016), ao observarem a urgência por instrumentos que, além de identificar e fornecer subsídios para o tratamento de TEA, tenham sido construídos com base na realidade brasileira e sejam de baixo custo, desenvolveram o PROTEA-R. Destinado a crianças de 18 a 48 meses com suspeita de TEA, especialmente àquelas que ainda não desenvolveram a linguagem oral, é um instrumento aplicado em contexto lúdico, composto por entrevista com os cuidadores, protocolo de observação do comportamento, manual de definição operacional dos comportamentos, manual de conduta do avaliador e diretrizes.

A entrevista com os cuidadores, além de conter as questões habituais sobre a história de desenvolvimento da criança, dados familiares, sociodemográficos e estressores, deve englobar também, questões associadas aos sinais precoces do TEA, como: preocupações sobre o comportamento atual da criança; quando surgiram esses comportamentos e quais áreas do desenvolvimento normal eles afetam; a qualidade do desenvolvimento da comunicação e interação social; a ocorrência de comportamentos repetitivos e estereotipados; hiper ou hipossensibilidade sensorial e qualidade da brincadeira. Também é importante investigar o sono, a alimentação, comportamentos hiperativos, agressivos ou sexuais, assim como medos intensos. Finalmente, informações sobre avaliações, consultas médicas, exames e intervenções terapêuticas já realizadas ou em andamento também devem ser relatadas (Seize, 2017).

O PROTEA-R é um instrumento composto por 17 itens, distribuídos em três áreas, as quais: comunicação e interação social; qualidade da brincadeira; movimentos repetitivos e estereotipados. Esse instrumento avalia a qualidade e a frequência de comportamentos característicos do TEA. Por fim, é importante ressaltar que essa avaliação contempla três sessões de observação, com 45 minutos de duração cada, e envolve dois contextos de observação: um de brincadeira livre e outro de semiestruturada (Seize, 2017).

Considerações finais

O construto do autismo deve ser entendido por meio dos padrões comportamentais atípicos, podendo ser resumidos pela tríade sintomática proposta por Wing e Gould: prejuízos nas interações sociais, nas comunicações verbais e não verbais e ausência de atividades imaginativas. Suas dimensões podem ser avaliadas por meio de testagens que se refiram direta ou indiretamente ao construto, ou seja, valendo-se de testes exclusivos para rastreamento do autismo ou de traços latentes, como testes de inteligência e atenção compartilhada.

Ainda que a testagem não seja o único procedimento empreendido num processo de avaliação psicológica, é essencial para a efetivação de um diagnóstico diferencial. Neste sentido, conhecer os instrumentos é de extrema necessidade, bem como de pensar em instrumentos cada vez mais congruentes ao cenário nacional, uma vez que a maioria deles é apenas adaptado ao Brasil.

Por fim, faz-se necessário delinear que a produção de conteúdo no tema, principalmente na língua portuguesa, ainda é escassa. Assim, observa-se um grande número de materiais que se referem à uma mesma perspectiva teórica e instrumental. Foi observado que a teoria que mais aparece enquanto referência ao autismo, é a teoria cognitivista, não sendo, portanto, difícil encontrar materiais relativos a ela. Por conseguinte, teorias como a biologicista e psicanalítica exigem uma busca mais apurada e com modificações das palavras-chave outrora definidas.

Quanto aos instrumentos, observou-se uma predominância do M-Chat sobre os demais.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5ª ed.) Artmed.
- Backes, B., Bosa, C. A., & Zanon, R. B. (2016). Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança – Protea-R. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, 18(1), p. 194-205.
- Bosa, C. A., & Zanon, R. B. (2016). Psicodiagnóstico e Transtorno do Espectro Autista. In:

- Hutz et al. (Orgs.). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed. p. 553-578.
- Bosa, C.A., & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 13(1).
- Bosa, C. A., & Marques, D. F. (2015). Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade de Critério. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Porto Alegre, 31(1), p. 43-51.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Costa, D. C. F. (2014). *Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo*. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.
- Cunha, J. A. et al. (2002) *Psicodiagnóstico V*. 5 ed. rev. e ampliada. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, I. A. M., Martim, R. C. O., & Zino, N. M. A (2015). *Psicologia: a inclusão de crianças com espectro autista: a percepção do professor*. Lins, São Paulo: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO.
- Fiore-Correia, O. & Lampreia, C. (2012). A Conexão Afetiva nas Intervenções Desenvolvimentistas para Crianças Autistas. *Psicologia: ciência e profissão*. 32(4), p. 926-941.
- Gonçalves, E. P. (2000). Autismo: O processo do significado como conceito central. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, 2 (2), p. 35-44.
- Jou, G. I. & Sperb, T. M. (1999). Teoria da Mente: diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 12 (2). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Brasil.
- Junior, A. F. B. & Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo infantil. *Rev Bras Psiquiatr*, 22. p. 37-39.
- Hutz, C. S.; Bandeira, D. R.; Trentini, C. M.; Krug, J. S. (Orgs.) (2016). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.
- Jorge, L. M. (2003). *Instrumentos de Avaliação de Autistas: Revisão de Literatura*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Lampreia, C. (2004). Os Enfoques Cognitivista e Desenvolvimentista no Autismo: Uma Análise Preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Rio de Janeiro, 17(1), p.111-120.
- Mulick, J. A.; Silva, M. (2009) Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, 29 (1), p. 116-131.

- Pasquali, L. (2008). Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 43. p. 992-999
- Pereira, G. E. (2000). Autismo: O processo do significado como conceito central. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), p. 35-44.
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 26, n. especial, p. 37-50. Disponível em:<<http://www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/477/81>>.
- Seize, M. M., & Borsa, J. C. (2017). Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. *Psico-USF*, Itatiba, 22(1), p. 161-176.
- Seize, M. M. (2017). *Questionário para Rastreamento de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista (QR-TEA): construção e evidências de validade de conteúdo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil
- Velloso, R. L. (2011). *Avaliação de linguagem e de teoria da mente nos transtornos do espectro autista com a aplicação do teste Strange Stories traduzido e adaptado para a língua portuguesa*. Tese (Doutorado em distúrbios do desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. Brasil.