



Transtorno do Espectro do Autismo: Considerações sobre o diagnóstico

Kátia Maria de Moura Evêncio¹; Helena Cristina Soares Menezes²; George Pimentel Fernandes³

Resumo: O presente artigo, de natureza bibliográfica, é parte de pesquisa de mestrado sobre práticas pedagógicas para inclusão de alunos com autismo. O objetivo do artigo é investigar as teorias explicativas deste transtorno e conhecer instrumentos de avaliação diagnóstica para o TEA. Este estudo nos permitiu saber que o diagnóstico é clínico e multidisciplinar. Os instrumentos de avaliação validados no Brasil são aplicados de acordo com o que o profissional visa investigar e estão submetidos à condição de desenvolvimento, como se é pessoa verbal ou não, faixa etária, e de acordo com as habilidades constatadas. Para o processo de inclusão escolar, é necessário fazer avaliação psicodiagnóstica para saber o nível cognitivo e a partir desse resultado embasar o planejamento de atividades pedagógicas compatíveis com o aluno. O estudo ainda apontou para necessidade de desenvolver ou validar instrumentos de avaliação diagnóstica para meninas, uma vez que as diferenças entre os sexos podem comprometer a eficiência diagnóstica.

Palavras-Chave: Autismo. Transtorno. Avaliação psicodiagnóstica.

Autism Spectrum Disorder: Diagnostic Considerations

Abstract: This article, of bibliographical nature, is part of a master's research on pedagogical practices for inclusion of students with autism. The aim of this paper is to investigate the explanatory theories of this disorder and to know diagnostic assessment tools for ASD. This study allowed us to know that the diagnosis is clinical and multidisciplinary. The assessment instruments validated in Brazil are applied according to what the professional aims to investigate and are subject to the developmental condition, such as whether or not they are verbal, age group, and according to the skills found. For the process of school inclusion, it is necessary to make psychodiagnostic assessment to know the cognitive level and from this result base the planning of pedagogical activities compatible with the student. The study also pointed to the need to develop or validate diagnostic assessment tools for girls, as gender differences may compromise diagnostic efficiency.

Keywords: Autism. Disorder. Psychodiagnostic assessment.

Introdução

A história do autismo nos leva a compreender que o termo, desde meados do século XX, foi atribuído a diagnósticos de esquizofrenia adulta, devido principalmente a necessidade de solidão, de rotina e a falta de interesse nas pessoas. No entanto, a partir das investigações do Dr. Kanner num grupo composto por oito meninos e três meninas, cada qual com suas

¹ Mestre em Educação. Professora da Universidade Estadual do Piauí / professorakatiamoura@gmail.com

² Mestre em Educação. Professora da Universidade Estadual do Piauí / helenacristinam@yahoo.com.br

³ Doutor em Educação. Professor da Universidade Regional do Cariri / pimentelcrato@gmail.com

peculiaridades, o autismo começou a ser atribuído em caso específico de comprometimento do desenvolvimento cognitivo e social, desta forma, alterando a compreensão que se tinha.

Reconhecido o conjunto de comprometimentos desde a infância, o termo utilizado para diagnóstico passou a ser Autismo Infantil. No entanto, há um ponto controverso presente na história do autismo que, conforme Donvan & Zucker (2017), anterior as afirmações de Kanner, Bleuler em 1910, já havia descrito comportamentos autísticos para descrever sintomas como “pensamento desordenado e outras rupturas com a realidade”, “tendência a se desconectar da interação com o meio ambiente e a se relacionar exclusivamente com uma realidade anterior”. Ratificando esse ponto controverso, De Paula *et.al* (2017, p. 08) afirma que,

Apesar de os primeiros relatos clínicos terem sido descritos por Leo Kanner em meados de 1940, a categoria autismo infantil foi introduzida nos manuais diagnósticos pela primeira vez na 3ª edição do Manual de Diagnóstico dos transtornos mentais: DSM-III.

Assim, com vistas a entender qual origem desse transtorno, uma sequência de investigações têm início. Os termos e definições são dependentes dos novos conhecimentos confirmados acerca da sintomatologia do transtorno. Neste sentido, Rodrigues; Spencer (2015) destacam que, em 1950, com mais 38 casos autísticos, Leo Kanner publica o “Tratado de Psiquiatria Infantil” denominando o transtorno de “Autismo Infantil Precoce”, caracterizado por sérias dificuldades de contato, interações e fixação ou por pessoas ou objetos. No decorrer deste estudo será apresentado novos termos e entendimentos a partir da atualização das classificações.

Histórico das Teorias Explicativas do Autismo

Investigar a evolução histórica do autismo nos posiciona diante das explicações do que causa o transtorno. Nesse contexto, a seguir serão apresentadas algumas teorias explicativas para a causa do autismo.

A Primeira Teoria: Mãe Geladeira

Esta teoria explicativa tem registro inicial no final da década de 1940 numa publicação da Revista Times, no artigo *Crianças Congeladas*, sendo impulsionada com um caso da família Tepper. Em Nova York em 1966 quando Steven, aos dois anos de idade recebeu o diagnóstico de autismo, o médico e assistente social interrogam a mãe em busca do que poderia ter causado o transtorno. Foram feitas perguntas como: “quando o viu pela primeira vez, a senhora sentiu uma espécie de afeto por ele?”⁴.

A causa seria uma negligência materna, mais especificamente, a falta de afeto materno⁵. A justificativa teria base no caso Tepper, já que Rita, mãe do Steven, se frustrou no nascimento do filho ao receber o bebê “com icterícia, magrelo, cumprido e com cabelos espetados semelhantes a um pinto”. A mãe, ao ser interrogada pelo médico e pela assistente social sua lembrança retoma ao momento do nascimento e o sentimento que teve em relação a aparência do filho. Ali nascia não somente o filho, mas também uma culpada.

De acordo com esta teoria, a própria mãe era levada a enxergar-se como culpada durante a anamnese. O sentimento de culpa ainda foi intensificado tanto com o “veredito da Psiquiatria ao atestar que a causa do autismo eram mães que não amavam verdadeiramente seus filhos”⁶, como também diante da fragilidade do sentimento do pai, que obriga a mãe a enfrentar a nova realidade e o diagnóstico muitas vezes sozinha por muito tempo, conforme afirmam Donvan; Zucker (2017). A esse respeito, na atualidade vê-se maior envolvimento tanto da mãe quanto do pai em busca de qualidade de vida para o filho com autismo.

A certeza era tamanha que a criança apenas poderia receber o tratamento, que consistia em medidas assistencialistas, se a mãe concordasse em submeter-se também, apropriando-se da responsabilidade e conseqüente possibilidade de cura do autismo infantil⁷. O tratamento com a mãe consistia em reuniões individuais e em grupo. Conforme expressam Donvar & Zucker (2017), nas reuniões em grupo as mães relatavam experiências traumáticas da gestação e nascimento do filho. Tais relatos reforçavam a hipótese para a culpabilidade materna.

Portanto, essa teoria entendeu que o autismo teria causa de cunho materno afetivo, sendo veredito que as crianças com autismo foram vítimas de mães que não demonstraram

⁴ Donvan; Zucker, 2017 p.89

⁵ Op. Cit. p. 85

⁶ Op. Cit. p.86

⁷ Op. Cit. p.91

amor pelo filho, logo o distanciamento amoroso causou trauma fazendo com que houvesse a falta de interesse por relações interpessoais e na comunicação. Nos casos mais graves o trauma interferiria diretamente no desenvolvimento cognitivo.

É relevante mencionar que a culpabilidade materna atingiu os dois extremos. Ora a mãe era culpada devido a falta de amor e afeto, ora foi sentenciada pelo “exagero” nos cuidados, a superproteção ao filho impedindo-o que desenvolvesse autonomia, conseqüentemente, comprometesse a capacidade de explorar e descobrir o mundo ao seu redor. No entanto, o comportamento superprotetor poderia ser resultante da constatação da necessidade de desenvolver ações visando facilitar ou atender anseios do filho.

Fica evidente que essa teoria surgiu num período que os conhecimentos sobre autismo eram insuficientes. Apesar de Kanner vinte anos antes desse ocorrido ter proporcionado novos rumos investigativos, era tão carente que nem mesmo o nome ao transtorno havia sido definido e mesmo assim as hipóteses etiológicas já eram propagadas atribuindo culpas e culpados.

A referida teoria explicativa *Mães Geladeiras* predominou até por volta da década de 1970, porém, apesar desta teoria ter sido absolutamente refutada, ainda é utilizada sendo possível perceber nas abordagens psicanalíticas. No entanto, não podemos confundir com as investigações da conduta gestacional num enfoque biológico que investiga a influência do ambiente (seja útero ou externo).

Teoria Genética

Nesse processo investigativo da causa do autismo, diversas teorias surgem ora como possibilidade de organizar as informações, ora como estratégia de aprofundar e/ou almejar confirmar estudos. Nesse leque, a teoria genética é a teoria que, apesar de ainda não ter conseguido desvendar tal mistério, é a mais robusta cientificamente. A esse respeito, Lacerda (2017), apresenta metanálises de fatores associados, todavia, insuficientes para determinar as causas do TEA e enfatiza a causa genética sem descartar a influência do meio.

Em entrevistas às mídias nacional e no I Congresso Internacional de Autismo que aconteceu em Teresina (PI) em Abril de 2018, a professora Patrícia Beltão, neurocientista e coordenadora de estudos investigativos no laboratório da Universidade de São Paulo (USP) que tem como foco a modulação de doenças do sistema do sistema nervoso, como Transtorno

do Espectro do Autismo, informou⁸ que a “*explicação genética está prestes a desvendar o autismo. Quem tem autismo, tem alterações na região cortical do cérebro: responsável pela fala e pela sociabilidade. É a camada mais externa cerebral responsável pelo pensamento e planejamento*”. Tal ‘descoberta’ comprova características do referido transtorno a partir da comprovação que existem alterações nas funções cerebrais.

Para saber o processo dessas alterações, a neurocientista realizou experimentos que visaram relacionar o papel e a comunicação dos astrócitos aos neurônios. Os experimentos foram desenvolvidos a partir dos seguintes testes:

- Os astrócitos de indivíduos com TEA foram colocados nos neurônios atípicos. *Resultado:* foi constatado permanência do estado do neurônio – simples, poucas ramificações. Tamanho menos que os neurônios controles.
- Neurônio controle (normal; indivíduo neurotípico) em astrócitos de indivíduos com autismo. *Resultado:* estado piorado do neurônio. Perda de ramificações.
- Astrócitos controle em neurônios de indivíduos com autismo. *Resultado:* neurônios recuperados, aumento de tamanho e de ramificações.

Com este resultado, entende-se que os astrócitos tem significativo papel dentro do espectro, podendo reabilitar neurônios atípicos. A investigação ainda constatou a relação causal entre neuroinflamação e o transtorno ao observar a presença IL-6 (interleucina, produzida pelo sistema auto-imune que comunica o que deve ser feito para manutenção do equilíbrio e saúde do organismo) muito inflamada nos astrócitos, mas que ao ser bloqueada houve recuperação morfológica e funcional dos neurônios.

A cientista relata que mais de 700 genes já foram identificados e acredita que em poucos anos as pesquisas continuem a evoluir descobrindo mais genes até que conquistem o conhecimento etiológico do autismo. No entanto, não há descarte da possibilidade de como o meio ambiente é fator interveniente na genética. Por isso, as investigações genéticas assumem caminhos diversificados seja na possibilidade da hereditariedade, X-frágil ou inato.

O que podemos averiguar quanto aos avanços e possibilidades cognoscíveis é o aprofundamento da compreensão das manifestações e sintomatologia do espectro, levando ao enquadramento clínico, viabilizando o tratamento desses sujeitos e objetivando as demandas sociais, médicas e pedagógicas. Com base em Brunoni (2015) os fatores genéticos são múltiplos e portanto, com diversos genes envolvidos e com a presença do fator ambiental

⁸Entrevista disponibilizada através do Canal da USP. In.. BRAGA, B. Patrícia. Neurônio afetado por autismo muda conforme ambiente cerebral. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=u9HWgGW4opQ>. Acesso em Abril, 2018. Cf. <http://revistapesquisa.fapesp.br/2018/01/16/mais-uma-possivel-caoa-do-autismo/>.

como infecções ou outros comprometimentos cerebrais no período perinatal. O referido autor (2015. p. 62) destaca que através da identificação dos fatores genéticos haverá melhora,

Aos pacientes e familiares a lidar com esta condição clínica, que pode ter intensa repercussão na saúde, na aprendizagem e no relacionamento social, evitando sofrimento desnecessário e contribuindo para melhor qualidade de vida.

Diante do exposto, verificamos que, por um lado as pesquisas tenham avançado e apresentadas as possibilidades da gênese do autismo, descobertas de outras síndromes e transtornos, a causa do autismo ainda não foi definida. Por outro lado, as pesquisas tem proporcionado avanços acerca da compreensão conceitual do espectro sendo possível o diagnóstico precoce e alternativas de controle dos comportamentos. A exemplo, citaremos os avanços conceituais a partir da evolução do DSM-IV para o atual DSM-5 e como estes critérios estão em sintonia com o CID – 10 e CID-11.

Transtorno do Espectro do Autismo: classificações e critérios diagnósticos

Há dificuldades de conceituar o autismo, pois este transtorno assume características peculiares entre as pessoas que o tem. Outro fator que corrobora para esta dificuldade são as diferenças apresentadas pela área médica, especificamente da psiquiatria internacional. É o caso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, proposto pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) que exerce influência em outros Tratados.

Sobre as classificações, no Brasil temos o CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - que respalda a classificação e critérios diagnósticos visando padronizar as informações em nosso país, atualmente na décima edição (CID-10), que seguiu os critérios do DSM-IV e portanto, classifica o autismo como Transtorno Global do Desenvolvimento. Conforme Whitman (2015) o DSM-IV⁹ classifica o transtorno do autismo como “subcategoria de uma classe ampla dos Transtorno Invasivos do Desenvolvimento, caracterizado por prejuízos nas habilidades de interação social e de comunicação além de apresentar comportamentos estereotipados”.

A ampla categoria citada refere-se as classificações presentes no CID 10, compreendendo desde a classificação F 84. – Transtornos Globais do Desenvolvimento; F84.0 – Autismo Infantil; F84.1 – Autismo atípico; F84.5- Síndrome de Asperger; F84.8 – Outros

⁹ Não está mais em vigor, mas é notório como o CID 10, em vigor até 2022, seguiu critérios de sua classificação

transtornos do desenvolvimento; até a classificação F84.9 – Transtornos não especificados do desenvolvimento.

As classificações podem ser Síndrômicas e não-síndrômicas correspondem, respectivamente, às pessoas com alterações em determinado gene, portanto com mesmas características correspondentes a igual síndrome (de Rett, X-Frágil, de Asperger), enquanto as não-síndrômicas corresponde ao grupo de pessoas que não tem genética estabelecida, apesar de sofrerem alterações e por isso, categorizadas como Autismo clássico ou infantil, conforme o CID 10.

Assim, com base em Whitman (2015), podemos constatar que há consonância entre CID e DSM e que esta sintonia conceitua tipos de autismo relacionados ao Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) ou aos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, caracterizado por prejuízos nas habilidades de interação social e de comunicação além de apresentar comportamentos estereotipados.

No entanto, em 2013 a nova edição DSM – V, traz alterações que perpassam a nomenclatura. Esta nova edição denominou o autismo de Transtorno do Espectro do Autismo. A esse respeito, Teixeira et. al (2017, p. 29) esclarece que o

DSM-5 (American Psychiatry Association, 2014) descreve os sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA) como representado por um *continuum* único de prejuízos, com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritos e repetitivos.

A classificação deixou de ser conforme os diferentes tipos de autismo, passando a ser classificado pela de necessidade de apoio¹⁰ apresentado sendo:

- Pouca ajuda: Nível 1 ou leve;
- Ajuda substancial: Nível 2 ou moderado;
- Ajuda muito substancial ou total: Nível 3 ou severo.

Assim, compreendemos que o fator predominante para classificar uma pessoa com autismo em determinado nível refere-se ao grau de comprometimento causado acarretando em pouco ou total nível de dependência de outras pessoas e profissionais. Quanto mais necessária intervenção, mais grave é o nível.

Ao relacionar essa condição ao conceito da Zona de Desenvolvimento Proximal (Z.D.P) de Vigostski, podemos ilustrar da seguinte maneira:

¹⁰ Segue explicação dos níveis de gravidade na seção sobre Diagnóstico do autismo

Figura 1: Zona de Desenvolvimento Proximal



Fonte: MOURA EVÊNCIO, 2019.

O termo espectro é referente ao conjunto de sintomas que podem ter manifestações marcadamente diferentes nas pessoas com este transtorno. Conforme esclarece Jorge; Santos (2013, p. 87),

O termo autismo tem sido utilizado, atualmente, para designar um conjunto variado de manifestações distribuídas num espectro que lhe dá muito mais um caráter de difusor de possibilidades clínicas do que um agregador de características claramente estabelecidas. Nesse caso, diz-se que o sujeito tem o espectro.

Outra alteração ainda faz referência diagnóstica conceitual: com base no CID 10 e DSM-IV, os sintomas sustentados num tripé de prejuízos (fala, comunicação e comportamentos estereotipados e/ou repetitivos), atualmente, com a influência do DSM-V e previsão do CID 11 sustenta-se numa díade: prejuízos na comunicação social e interesses restritos. O termo síndrome é empregado por representar conjunto de características ou sintomas manifestos em diferentes níveis e espectro por referenciar presença de características e/ou comportamentos.

Então, com base nas classificações presentes no CID 10 e DSM - V acerca do autismo e conforme Teixeira (2017), pode-se compreender que Transtorno do Espectro do Autismo é “uma síndrome caracterizada por alterações marcantes no desenvolvimento da linguagem e da interação social”. Brunoni (2011) chama o transtorno de síndrome neurocomportamental, enquanto Beltrão classifica como síndrome do neurodesenvolvimento, uma vez que, sujeitos podem manifestar características do espectro, sem ter o autismo.

A reformulação do DSM exigiu que a OMS também atualizasse o CID, pois as alterações feitas não ficam restritas à nomenclatura, mas diz respeito às compreensões conceituais e diagnósticas dos transtornos. Dessa forma, o CID-11 tem previsão de vigor até 2022 trazendo atualização ao autismo, intitulado Distúrbios do Desenvolvimento Neurológico que embora esteja em consonância com DSM-V, não classificou o autismo conforme os

níveis de severidade, mas a partir da presença de prejuízos no desenvolvimento intelectual e na linguagem funcional.

É importante atentarmos para as modificações em torno das classificações e critérios diagnósticos do TEA porque esses conhecimentos direcionarão a maneira como iremos comunicar, acolher e buscar identificar o perfil de alunos que tenham esse transtorno. Padronizar esse entendimento é premissa para iniciar o conhecimento de especificidades que cada pessoa com autismo irá apresentar.

Como Identificar o Espectro do Autismo?

Investigar o transtorno do espectro do autismo é imergir num universo controverso, complexo e por isso, desafiador principalmente por seu caráter indefinido. Não diferente, os aspectos diagnósticos configuram fase crucial para o sujeito, pois de acordo com Seize e Borsa (2017) quando feito em idade precoce permite intervenção efetiva que possibilitará melhores condições de vida e de desenvolvimento, conseqüentemente, favorecendo os aspectos de inclusão social e escolar.

No cenário que envolve o processo diagnóstico de autismo exposto por Seize; Borsa (2017), Whitman (2015), Goergen (2013), Brito; Misquiatti (2013); Assumpção Jr.; Kuczynski (2011); identificamos que o ideal seria o diagnóstico precoce que corresponde até dois anos e meio de idade, pois o diagnóstico leva a intervenção efetiva. Em contrapartida, identificamos ainda que fatores como a variabilidade nos padrões de desenvolvimento, poucas disparidades entre crianças neurotípicas e as com atrasos não severos, a conduta de negação das famílias dificultam o início do processo diagnóstico.

Diante desses fatores Assumpção Jr. (2013, p.12) explica procedimentos do processo diagnóstico que “para ser realizado necessita, portanto de confiabilidade, dependente da acurácia ou precisão do instrumento a ser utilizado para sua realização; validade, refletindo o quanto esse instrumento mede o conceito que pretende medir e não mede o que não pretende”.

Dessa forma, a Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (2014) elucida que o “diagnóstico é clínico e feito a partir de entrevistas com pais e/ou cuidadores” e conta com “instrumentos padronizados capazes de identificar casos suspeitos” que irão demandar avaliação e posterior definição do resultado. Na mesma linha, Marques; Bosa (2015) esclarecem que o processo de triagem diagnóstica segue

protocolo de avaliação na saúde pública com instrumentos construídos e validados no Brasil. Então, de acordo com Hort; Santiago (2012. p.25),

Devido à complexidade do transtorno e à variabilidade de graus dos sintomas é muito delicado realizar o diagnóstico e, por isso, deve ser realizado por um médico especializado em desenvolvimento infantil, que leve em consideração a história do desenvolvimento neurológico, cognitivo, da linguagem e a história da sociabilização do indivíduo, assim como, a história do contexto familiar e social.

Com base em Assumpção Jr.; Kuczynski (2011), Brito; Misquiatti (2013), Thompson (2014) e Fonseca (2015) os sintomas de prejuízos envolvem os sintomas alvos a serem observados e monitorados desde os primeiros meses de vida, conforme categorizados na tabela na página seguinte.

É importante esclarecer que ao falar de um conjunto de sintomas que envolvem comunicação, interação e padrões restritos do comportamento deve-se observar características que envolvam cada uma dessas. Uma vez que não necessariamente haverão os três conjuntos com prejuízos acentuados e persistentes. A tabela a seguir traz algumas características desses sintomas.

Tabela 1: Alguns Sintomas e Prejuízos do TEA¹¹

Na comunicação	Padrões restritos, repetitivos e estereotipados	Interação Social
Falha ou ausência total do balbúcio e, posteriormente, da linguagem falada, falha acentuada na comunicação alternativa;	Interesse restrito, anormal de intensidade ou foco;	Prejuízo acentuado em comportamentos não-verbais: contato visual direto, expressão facial, postura corporal e gestos de interação social;
Presença da fala acompanhada por prejuízos na capacidade de iniciar ou manter conversa;	Adesão rígida e inflexível a rotina;	Falta de reciprocidade social ou emocional;
Uso estereotipada da linguagem;	Rituais específicos e não funcionais.	Falta de interesse em desenvolver relacionamentos interpessoais com seus pares;
Ecolalia imediata ou tardia; peculiaridades com som e/ou entonação da voz;	Hiper ou hiporresponsividade a estímulos sensoriais;	Falha ou ausência de compartilhamento da atenção entre objetos e pessoas;
Falta de jogos ou brincadeiras espontâneas de imitação ou faz-de-conta;	Hábito a cheirar ou lambe objetos;	Dificuldade em estar ou permanecer em convívio social devido comprometimento motor fazendo parecer desajustada;
Dificuldade em interpretar metáforas, sentido figurado	Sensibilidade exagerada a estímulos sonoros seguido de reação proporcional;	Uso inadequado de brinquedos;
	Seletividade alimentar;	Tendência ao isolamento.

Fonte: adaptada por MOURA EVÊNCIO, 2018.

¹¹ Cada coluna corresponde aos prejuízos e sintomas do TEA. Não tem correspondência ou relação entre as colunas. Base CID 10.

Já na Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA (2014) constatamos a ênfase no indicadores comportamentais atípicos, às estereotípias, movimentos repetitivos e interesses restritos orientando avaliação quando detectada prejuízos relacionados as capacidades motora, emocional, sensorial, rigidez da rotina e da fala.

A partir da síntese da sintomatologia descrita acima e corroborando com Assumpção Jr.; Kuczynski (2011) e Klin (2006) pessoas são diagnosticadas com o espectro do autismo se nos três critérios diagnósticos forem identificadas total de seis itens de forma persistente e qualitativa. Assim, entendemos que uma pessoa poderá apresentar sintomas leves quanto menos prejuízos ela for afetada; Moderado quando menos prejuízos forem identificados, porém, em gravidade que requeira intervenção substancial; E nível mais grave ou severo quando os prejuízos citados forem presentes e com significativo comportamento expressivo, como expressa o DSM-V (APA, 2014) citado por Hort; Santiago (2011).

Do Processo Diagnóstico: Revisando Instrumentos de Triagem Diagnósticas

Aprendemos que os sintomas podem ser manifestos desde os primeiros meses de vida e que poderão ser agravados pela ausência de estimulação adequada, por isso, o rastreio e diagnóstico precoce são determinantes para a qualidade de vida e do desenvolvimento, portanto, maiores serão as possibilidades para a inclusão escolar bem sucedida destas crianças (ARAÚJO, 2011; ROGERS; DAWNSON, 2014).

Dessa forma, pais ou profissionais que atuam com público infantil ou com a formação desses profissionais é importante o conhecimento dos sintomas precoces e instrumentos validados para o rastreio diagnóstico, uma vez que, de acordo com Klin (2006) não raro a família apenas se dá conta da condição do filho quando em idade escolar.

Segundo Araújo (2011) há registro que em 1969 Wing já investigava indicadores do autismo com objetivo de distinguir autismo de condições de desenvolvimento em atraso, destacando como risco para autismo as condutas não usuais relacionadas à interesses e às manifestações de humor, relações sociais e contato visual anormais, ausência de sorriso e de gestos funcionais como apontar. Além de tais indicadores, as observações através dos vídeos caseiros materializaram-se como instrumentos importantes para a investigação de casos de risco para o autismo.

De acordo com Araújo (2011, p.178) ao citar os estudos realizados por Billstedt e Gillberg (2005) sobre instrumentos de medidas de desenvolvimento e desempenho escolar, feita com 120 participantes diagnosticados com autismo nas décadas de 1960 a 1980 e acompanhados por 13 a 22 anos apontou que,

Apenas 4% tinham condições de independência. Mostraram problemas maiores na adolescência, com deterioração posterior (...). Foram resultados assustadores. Foram pessoas diagnosticadas tardiamente, o que pode ter diminuído muito as chances para uma evolução melhor. Ficou patente a necessidade da detecção precoce e, nos anos posteriores, passou-se a discutir critérios para tal detecção.

Contrária à literatura que atesta importância do diagnóstico precoce e o aumento de conhecimento científico em torno do TEA, afirmam Seize; Borsa (2017) que até o ano de 2015 “Foram encontrados 11 instrumentos em 34 artigos analisados, sendo que apenas um instrumento foi traduzido para o português, o que indica uma escassez desses instrumentos no Brasil”. Essa condição afeta diretamente na qualidade de vida da pessoa com autismo e, conseqüentemente, dos seus familiares. O diagnóstico precoce precede a intervenção precoce necessária num período de plasticidade cerebral. Isso significa que além de prevenir danos secundários provenientes do transtorno, ainda otimiza as aprendizagens e habilidades funcionais da criança.

Nesse contexto, destacaremos alguns instrumentos que são utilizados numa investigação diagnóstica, no entanto, devemos enfatizar que estes são aplicados conforme faixa etária, interpretados dentro de um contexto e, principalmente, não devem ser utilizados isoladamente para indicar um caso de risco. Outro ponto a destacarmos é que sempre serão relacionados com informações coletadas através de observações sistemáticas (SAULNIER; QUIRMBACH; KLIN, 2011).

São importantes instrumentos para os métodos de observação o BRIAAC¹², a CARS¹³ e o CHAT. Há também os instrumentos semiestruturados e interativos de avaliação, ADOS¹⁴, ADI-R¹⁵, o M-CHAT¹⁶.

Sobre a aplicação dos instrumentos Saulnier *et.al* (2011) esclarece que há maneiras específicas de se coletarem informações da sintomatologia do TEA, começando por uma entrevista do clínico aos pais e/ou cuidadores. Essa entrevista deve ser guiada por um

¹² Behavior Observation Scale for Autism; Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children;

¹³ Childhood Autism Scale

¹⁴ Autism Diagnostic Observation

¹⁵ Autism Diagnostic Interview-Revised

¹⁶ Checklist for Autism in Toddlers

instrumento (conforme citado anteriormente) fundamentado nos critérios diagnósticos do DSM. Veremos agora o que são esses instrumentos com base Saulnier et.al (2011) e Whitman (2015):

CARS é uma escala de Avaliação do Autismo na Infância aplicada em duas etapas. A primeira deriva da observação direta com finalidade de prevenir resultados falso positivo ou falso negativo, uma vez que comportamentos críticos podem não ter sido interpretados corretamente pelos pais ou cuidadores. A segunda etapa consta de entrevista com pais, investigando comportamentos manifestos em diferentes situações. Após a investigação, os resultados devem compor outras escalas e a confirmação ou não do diagnóstico deve ser feito por um clínico.

ADI-R apontado pelos autores supracitados como o instrumental mais estruturado e compreensivo para a coleta de informações diagnósticas dos relatos com pais. Composto por questões que investigam sintomas comuns ao TEA, é capaz de estabelecer condições autísticas ou não autísticas. Todavia, sua utilização em crianças de pouca idade ou com atrasos cognitivos pode ficar com seu resultado comprometido. A segunda fase consta de sessão de interação e jogos que se opõem à estruturação da entrevista,

Visa observar e entender a variabilidade de manifestações de um indivíduo mediante diferentes situações, ambientes e pessoas é fundamental não apenas no processo diagnóstico, mas também para identificar as forças e vulnerabilidades desse indivíduo, de modo a se determinarem as estratégias adequadas de intervenção. [...] Portanto, é importante assegurar que parte da investigação diagnóstica inclua situações sem qualquer demanda ou expectativa, e a observação de como o indivíduo tenta estruturar seu próprio tempo e espaço na ausência de suportes". (SAULNIER et.al 2011. p.168).

Essa distinção entre método estruturado associado a outro não estruturado precisa ser aplicado de acordo com os sintomas comuns do espectro associado ao objetivo da avaliação. Há sintomas que ficam mais evidentes quando em ambientes estruturados, mas há também sintomas como os relacionados aos déficits sociais e interesses restritos que são mais observáveis quanto maior a falta de estrutura do ambiente a submeter o caso investigado.

ADOS é um instrumento padronizado também utilizado no ambiente clínico e por profissional apto, consta de quatro módulos a serem desenvolvidos com base na faixa etária da pessoa e no nível da linguagem. Consiste em provas facilitadoras de comportamentos espontâneos. Utilizado em rastreio com crianças, parte da introdução de atividades ou brinquedos para despertar interesse e posterior retirada. A retirada do objeto induz a comunicação que pode ser verbal ou não.

Aplicado a público com mais idade ou adultos, as provas consistem em entrevistas com base social e emocional. Quanto ao resultado, de acordo com Saulnier *et. al.* (2011) “oferece diagnósticos diferenciais entre autismo, condições do espectro do autismo mais amplo (excluindo, porém a síndrome de Asperger), e condições não autistas”. Devendo ter associação com outros aspectos da avaliação clínica. Não é efetivo antes de 18 meses de idade.

Esses instrumentos tem em comum a falta de efetividade nas triagens precoces, a necessidade de interpretar os dados dentro de um contexto avaliativo e aplicar conforme o nível de desenvolvimento do sujeito. Além disso, deve ser relacionado aos dados dos relatos dos pais ou cuidadores. Apesar de serem instrumentos diagnósticos eles por si só não devem ser utilizados para emitir o parecer positivo para TEA. Por outro lado, Araújo (2011. p. 185) defende que,

As escalas têm importância para o estabelecimento de um perfil que possa refletir as áreas de dificuldade e as áreas de competência, uma vez que se sabe que o TEA não afeta todas as áreas, é global, o que determina um perfil variável de indivíduo para indivíduo.

Há ainda um instrumento que pode ser utilizado tanto por um clínico, como deve ser requerido por familiares e até mesmo professores que atendem crianças de até três ou quatro anos de idade: M-CHAT.

M-CHAT - *Modified Checklist for Autism in Toddlers* - (Lista Modificada de Verificação de Autismo em Crianças Pequenas é uma escala de rastreio diagnóstico que permite identificar sinais de alerta para o TEA.

Silva e Mulick (2009) esclarecem que nos EUA os médicos pediatras e outros profissionais da saúde aderiram a este instrumento avaliativo durante os exames de rotina nos consultórios visando identificar precocemente os sinais de risco do TEA. Enfatizam ainda que “tem sido o instrumento mais comumente utilizado em crianças a partir dos 18 meses de idade”.

O M-CHAT¹⁷ é composto por vinte e três itens com base em evidências diagnósticas do TEA, sendo que dezessete desses itens não são específicos do transtorno, mas mantêm relação com o autismo e o restante dos itens são pontuais da sintomatologia do transtorno: 2, 7, 9, 13, 14 e 15. Os itens são enunciados objetivos acerca do desenvolvimento da criança e

¹⁷A escala M-CHAT está disponível nos apêndices desta pesquisa.

que devem ser respondidos com SIM ou NÃO. Após aplicado e respondido, segue a interpretação das respostas.

Se houver pelo menos duas respostas NÃO nos itens específicos e NÃO nos itens globais há sinal de risco. Ou seja, quanto mais resposta NÃO aumenta o risco para TEA. Por isso, deve haver o encaminhamento desta criança à equipe multidisciplinar que irá sair da triagem ou avaliação para os procedimentos diagnósticos. A esse respeito, o médico neuropediatra Doutor Italo Machado Martins¹⁸, esclareceu para esta pesquisa que,

O (M-CHAT) é um questionário de triagem/risco referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças (em torno de 16 aos 30 meses). Pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina e escola, como por profissionais especializados em casos de suspeita. Resultados superiores a 3 (falha em 3 itens no total) ou em 2 dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15), após confirmação, justificam uma avaliação neuropsiquiátrica.

O médico também ressaltou a importância do VB-MAPP - Avaliação de Marcadores do Comportamento Verbal e Programa de Nivelamento. Nos explicou que *“trata-se de um protocolo desenvolvido para avaliar habilidades ou comportamentos no seguimento e ao diagnóstico, e graduar em objetivos alcançados até 4 anos de desenvolvimento”*.

Enfatizou que, a aplicação dos instrumentos exige treinamento profissional e deve ser feito em ambiente clínico, *“existem instrumentos adequados à faixa etária e as condições como verbal e não – verbal Se mal aplicados ou mal interpretados, o parecer diagnóstico fica comprometido”* salvo a exceção como M-CHAT, que pode ser aplicado por familiares e professores e mesmo assim, o parecer diagnóstico cabe somente ao médico.

Dessa forma, são instrumentos de rastreio: M-CHAT e CARS. São instrumentos específicos diagnósticos: ADOS e ADI-R. O VB-MAPP é instrumento de avaliação comportamental que pode ser utilizado no psicodiagnóstico visando identificar habilidades presentes e ausentes para realizar a intervenção.

Psicodiagnóstico: Dos Dados ao Processo de Inclusão

Identificar os sinais do TEA levando ao processo diagnóstico é tão importante quanto identificar e compreender os prejuízos cognitivos através da avaliação neuropsicológica, que visa traçar o perfil cognitivo e comportamental do TEA. Isso porque, de acordo com Teixeira

¹⁸ Médico entrevistado para esta pesquisa. Identificação no CRM – PI 4945 RQE 2946.

et.al (2017. p. 29) “Muitas vezes, a identificação do perfil cognitivo auxilia no estabelecimento de diagnóstico diferencial com outros transtornos” além “da identificação de comorbidades” que agravam os prejuízos do quadro clínico autístico.

Além disso, Teixeira *et.al* (2017. p. 29) afirmam que a avaliação neuropsicológica ao conhecer as necessidades, fragilidades e habilidades do funcionamento cognitivo “é de extrema valia para orientar procedimentos de intervenção em diferentes contextos” desde o planejamento do professor aos planos terapêuticos de profissionais clínicos que atendam o público com TEA, favorecendo a diminuição dos comportamentos não adaptativos que dificultam a inclusão social dessas pessoas.

Bandeira e Silva (2017) esclarecem que o psicodiagnóstico tem função de avaliar casos suspeitos de TEA, bem como, avaliar competências, déficits marcantes e nível de comprometimento do funcionamento da criança. Esse processo consiste em anamnese visando conhecer o paciente e a história de vida e, posteriormente, reunir dados, lançar hipóteses e formular um plano específico de avaliação.

O psicodiagnóstico se faz importante, pois identificando vulnerabilidades e capacidades informam família e escola das condições cognitivas da pessoa com TEA. Dessa forma, poderá embasar a partir de quais competências o professor irá desenvolver seu plano de ensino para estimular desenvolvimento de novas competências. Assim, delinea-se uma importante dimensão acerca da educação inclusiva de alunos com autismo.

Referências

ASSUMPÇÃO JR.; KUCZYNSKI, José Salomão. **Diagnóstico Diferencial psiquiátrico no Autismo Infantil**. In: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves. *Transtorno Do Espectro Do Autismo*: São Paulo: Memnon, 2011. Cap. 04. p.43 -54.

BRAGA, Patrícia Beltrão. Neurocientista (Instituto de Ciências Biomédicas – USP). Entrevista disponibilizada através do Canal da USP. In.. BRAGA, B. Patrícia. **Autismo: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fokyS8KVC6c>>. Acesso em Abri, 2018.

BRUNONI, Décio. **Genética e os Transtornos do Espectro do Autismo**. In: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves. *Transtorno Do Espectro Do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011. Cap. 05. p.55 - 64.

FONSECA, Vítor da. **Cognição, Neuropsicologia e Aprendizagem: abordagem neuropsicopedagógica**. 7ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

GOERGEN, M. Sônia. **Sobre o diagnóstico em transtorno do espectro do autismo (TEA):** considerações introdutórias à temática. In: SCHIMIDT, Carlo. (org). **Autismo, Educação e Transdisciplinaridade**. Campinas, SP: Papirus, 2013. cap. 2. p. 29 a 42.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2006, vol.28, suppl.1, pp.s3-s11. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>.

KOLBERG, Kathlenn J. **Teorias Sobre o Autismo**. In: WHITMAN, Tomas L. O Desenvolvimento do Autismo: Social, Cognitivo, Linguístico, Sensorio-motor e Perspectivas Biológicas. São Paulo: MBooks, 2015. Cap. 03. p. 103 – 140.

ROSENBERG, Raymond. **História do autismo no mundo**. In: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves. **Transtorno Do Espectro Do Autismo** São Paulo: Memnon, 2011. Cap. 01. p.19 -26.

ARAÚJO, Ceres Alves de. **Psicologia e os Transtornos do Espectro do Autismo**. In.: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves. **Transtorno Do Espectro Do Autismo**. São Paulo: Memnon, 2011. Cap. 12. p.173 -201.

ASSUMPCÃO Jr. Francisco B.; KUCZYNSKI, Evelyn. **Diagnóstico Diferencial no Autismo Infantil**. In: SCHWARTZMAN, José Salomão. São Paulo: Memnon, 2011. Cap. 04 p. 43 a 54.

BRUNONI, Décio. **Genética e os Transtornos do Espectro do Autismo**. In.:SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves. **Transtorno Do Espectro Do Autismo**. São Paulo: Memnon, 2011. Cap. 05. p.55 - 64.

HORT, Ana Paula Fisher; SANTIAGO, Juliane ALVES. **Transtornos Globais do Desenvolvimento**. Indaial: Uniasselvi, 2012.

JORGE, Lília Maíse de; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos. **Avaliação Cognitiva de Indivíduos com Transtornos do Espectro do Autismo**. In: BRITO, Maria Cláudia;

MISQUIATTI, Andréa Regina Nunes. **Transtornos do Espectro do Autismo e Fonoaudiologia: atualização profissional em saúde e educação**. 1ª ed. – Curitiba, PR: CRV, 2013 cap. 07. p. 85-98.

PAULA, Cristiane S. de; et. al. **Conceito do Transtorno do Espectro Autista: definição e epidemiologia**. In: BOSA, Cleonice Alves; TEIXEIRA, Maria Cristina T.V. **Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica**. 2ª ed. – São Paulo: Hogrefe, 2017. cap. 01. p. 07 – 28.

ROGERS, S. J.; DAWSON, G. Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização. DOI: 10.1590/0104-4060.44618. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 59, p. 293-297, jan./mar. 2016.

SAULNIER, Celine; QUIRMBACH, Linda; KLIN, Ami. **Avaliação Clínica de Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo**. In.: SCHWARTZMAN, José Salomão.

ARAÚJO, Ceres Alves. Transtorno Do Espectro Do Autismo. In: São Paulo: Memnon, 2011. Cap. 11. p.159 -172.

SAULNIER, Celine; QUIRMBACH, Linda; KLIN, Ami. **Avaliação Clínica de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo.** In.: SCHWARTZMAN, José Salomão. ARAÚJO, Ceres Alves. Transtorno do Espectro do Autismo. São Paulo: Memnon, 2011. Cap. 11. p.159 a 172.

SEIZE, Mariana de Miranda; BORSA, Juliane Callegaro. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 161-176, jan./abr. 2017. (Versão on-line) ISSN 2175- 3563.

SEIZE, Mariana de Miranda; Borsa, Juliane Callegaro. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 161-176, jan./abr. 2017.

SILVA, Micheline; MULICK, James A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2009, vol.29, n.1, pp.116-131. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000100010>.

TEIXEIRA, Gustavo. **Manual do Autismo: guia dos pais para o tratamento completo.** 3ª ed. – Rio de Janeiro: BestSeller, 2017.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

EVÊNCIO, Kátia Maria de Moura; MENEZES, Helena Cristina Soares; FERNANDES, George Pimentel. Transtorno do Espectro do Autismo: Considerações sobre o diagnóstico. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Outubro/2019, vol.13, n.47, p. 234-251. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 20/08/2019;

Aceito: 29/08/2019.