CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA

GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANGÉLICA SILVA MOREIRA

ISABELA LUIZA PIO DE MORAIS

MARIANA RIBEIRO DE OLIVEIRA

TRÍCIA NAMIAS LEÃO DE SALES

INSTRUMENTOS DE RASTREIO PARA AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Projeto apresentado como requisito básico para a apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador(a): Michele Mileib de Vasconcelos

Divinópolis – MG

2023

Instrumentos de Rastreio para Avaliação do Transtorno do Espectro Autista: uma Revisão Bibliográfica

Angélica Silva Moreira
Isabela Luiza Pio de Morais
Mariana Ribeiro de Oliveira
Michele Mileib Vasconcelos
Trícia Namias Leão de Sales

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que acarreta dificuldades na interação e/ou comunicação social do indivíduo. Seus sintomas são permanentes, porém, estudos demonstram que um diagnóstico precoce está associado a um melhor desenvolvimento nas áreas afetadas pelo autismo. Assim, identificar sinais de alerta do autismo, considerando o desenvolvimento típico de crianças, torna-se um aliado importante para o diagnóstico precoce. Os instrumentos de rastreio são ferramentas fundamentais na identificação desses sinais. Este artigo tem como objetivo compreender tais instrumentos e seu papel no processo de avaliação psicológica para o diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa, revelando a importância crucial desses instrumentos no diagnóstico, com destaque para o M-CHAT, amplamente utilizado no Brasil, de fácil acesso aos profissionais da Psicologia e favorecido pelo SATEPSI.

Palavras-chave: TEA; sinais de alerta; avaliação psicológica; instrumentos de rastreio; diagnóstico TEA; desenvolvimento infantil

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros sintomas do Transtorno do Espectro Autista manifestam-se nos primeiros anos de vida do indivíduo e são conhecidos por serem permanentes. No entanto, estudos apontam que a intervenção precoce pode suavizar os sintomas, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao sujeito. Segundo Marco et. al. (2021), a infância representa o momento de maior plasticidade neural, a qual diminui sua intensidade à medida que ocorre o crescimento ou envelhecimento. Nesse sentido, o comportamento da criança pode ser mais facilmente modificado mediante a exposição a estímulos ambientais específicos.

A escolha deste tema decorre do crescente número de diagnósticos de TEA na atualidade, e da importância da preparação do psicólogo para realizar avaliações de rastreio diante de suspeitas de autismo. A pergunta norteadora desta pesquisa foi: 'Como a utilização dos instrumentos de rastreio pode contribuir no processo de avaliação psicológica para auxiliar no diagnóstico de TEA?' Isso se deve à necessidade de intervenção precoce, otimizando a possibilidade de uma resposta positiva no tratamento de crianças autistas.

Dessa forma, acreditamos que esta pesquisa possibilitará uma melhor compreensão sobre as ferramentas de rastreio disponíveis no Brasil por meio de revisão bibliográfica. Essas ferramentas poderão auxiliar os psicólogos que, diante de suspeitas de diagnóstico de TEA, utilizam esses instrumentos para formular uma hipótese diagnóstica. Tais ferramentas são essenciais na avaliação psicológica, permitindo avaliar, juntamente com os resultados apresentados, os recursos psicológicos individuais, familiares e sociais que podem ser trabalhados para orientar e encaminhar as crianças para o tratamento adequado.

2 OBJETIVO GERAL

Compreender os processos de avaliação para diagnóstico precoce do Transtorno de Espectro Autista.

2.1 Objetivos Específicos

- Demonstrar a evolução histórica do diagnóstico TEA infantil.
- Estudar o Transtorno do Espectro Autista (TEA), segundo critérios de diagnóstico e intervenção a partir do DSM-V e CID-11.
- Caracterizar os marcos do desenvolvimento infantil típico e os sinais de alerta sobre os sintomas específicos do TEA.
- Citar algumas das ferramentas de avaliação mais referenciadas e utilizadas no Brasil para auxílio no diagnóstico precoce.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

Segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 158), a pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema.

Portanto, para o desenvolvimento deste trabalho, foi utilizada a pesquisa bibliográfica narrativa, realizando-se uma busca de dados científicos no ambiente virtual por meio de palavras e frases-chave, tais como: histórico e diagnóstico do TEA; instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil; instrumentos de avaliação para diagnóstico do TEA; critérios diagnósticos do autismo; como é feito o diagnóstico do TEA; intervenção precoce no TEA; transtorno do espectro autista; tratamento precoce do autismo. Encontraram-se artigos, monografias, dissertações e teses de pós-graduação e mestrado em plataformas como a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Periódicos Capes e Google Acadêmico.

Descartaram-se conteúdos que não estavam em concordância com a proposta de pesquisa, incluindo estudos e escritos sobre a temática inicial que destacavam a utilização, por psicólogos, do método ABA para diagnóstico e tratamento na rede pública de saúde.

4 A HISTÓRIA E CONCEITUAÇÃO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A história do autismo é repleta de diversas controvérsias e mudanças ao longo dos anos, até os dias atuais, onde não temos total entendimento da abrangência do espectro. O autismo foi "descoberto" dentro da psiquiatria, quando médicos e estudiosos tratavam o transtorno como uma questão atrelada à demência e esquizofrenia infantil. O termo autismo foi usado pela primeira vez em 1911, por um médico chamado Eugene Bleuler. Ele utilizou esse termo para denominar crianças que haviam perdido o "contato com a realidade" e tinham problemas de comunicação e socialização.

A primeira conceituação do autismo na época foi feita por Leo Kanner, chamado de "pai do autismo", um dos primeiros a notar diferenças nos sintomas autísticos. Ele observou, em um estudo com 11 crianças de até um ano de idade, tendências a retraimento social e complicações nos comportamentos sociais, que eram distintos de tudo que se conhecia até então. A então nomenclatura da época foi alterada para "autismo infantil precoce", e pouco depois para "Distúrbio Autístico do Contato Afetivo" (KANNER, 1943).

Além do comportamento social, ele observou diversas formas específicas de comportamento verbal e não-verbal, como por exemplo: comportamentos repetitivos,

alta valorização de objetos, dificuldades de generalizar conceitos, ou seja, usando-os de modo literal, e impossibilidade de relacionar com o contexto, repetindo frases que designassem um desejo, etc. (KANNER, 1943). Após essa mudança, vários outros psiquiatras e médicos começaram a notar os mesmos sintomas, e mais casos surgiram.

Algum tempo depois, após Kanner, Hans Asperger fez um estudo em crianças que demonstraram problemas sociais, como a baixa ou nenhuma capacidade de identificar emoções e entender comportamentos alheios, e problemas de linguagem, principalmente a não verbal. Diferente de Kanner, as crianças estudadas por Asperger tinham capacidades cognitivas normais e, através da aprendizagem, conseguiam aprender e dominar de maneira significativa algum conteúdo, desde que aquilo chamasse a sua atenção, e daí surgiu a Síndrome de Asperger.

A primeira mudança no conceito de autismo, que o diferenciou da psicopatia e esquizofrenia, veio do psiquiatra (RITVO, 1976), que considerou o autismo um transtorno do desenvolvimento e não uma doença mental, fazendo uma associação com o comprometimento cognitivo. Atualmente, com a mudança na nomenclatura e a junção de diversas síndromes e transtornos, o Transtorno do Espectro Autista surge, e com ele um aumento significativo no número de casos diagnosticados. A seguir, veremos as descrições dos critérios diagnósticos atuais para embasamento mais sólido.

5 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-V E CID-11: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais) surgiu em 1844, sendo elaborado pela APA (American Psychiatric Association), uma associação americana de psiquiatria. Seu surgimento foi decorrente da Segunda Guerra Mundial e, ao longo dos anos, alcançou a sua 5ª edição na versão atualizada de 2013.

Atualmente, o DSM-V (2014) define o TEA como distúrbios do neurodesenvolvimento caracterizados por deficiente interação e comunicação social, padrões estereotipados e repetitivos de comportamento. Os níveis variam, podendo ser leves, moderados ou graves em termos do suporte necessário.

No DSM-V, o transtorno do espectro autista pertence ao grupo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento. Suas principais características, em uma visão dimensional, se manifestam cedo no desenvolvimento da criança, apresentando déficits no desenvolvimento e causando prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico e profissional. A ideia do grupo é reunir condições que, ao longo do tempo, pareciam desconexas, mas encontraram relação em um fundamento de desenvolvimento associado a um fundamento neurológico, tendo condições eminentemente neurológicas.

Muitos critérios diagnósticos deixaram de existir, integrando o transtorno autista, o transtorno de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento ao transtorno do espectro autista. Os sintomas desses transtornos representam um continuum único de prejuízos, variando de leve a grave nos domínios de comunicação social e comportamentos restritivos e repetitivos, em vez de constituir transtornos distintos (DSM-5, 2014).

Segundo o DSM-V, o Transtorno do Espectro Autista geralmente começa no segundo ano de vida, se os sintomas forem mais sutis, podendo aparecer antes se os atrasos de desenvolvimento na criança forem graves. Consultar o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais se torna imprescindível na prática profissional do(a) psicólogo(a), seja na atuação clínica ou em estudos para pesquisa. É a partir das especificações, características associadas e critérios desenvolvidos por vários especialistas, baseados na literatura científica, que se torna possível construir um diagnóstico e trabalhar o prognóstico. O diagnóstico, de acordo com o DSM-V, é realizado por meio de 5 critérios, conforme descritos a seguir:

Critério A: déficits na capacidade de comunicar e interagir socialmente;

Critério B: padrões de comportamentos, interesses ou atividades, repetitivos e limitados, manifestados recentemente ou por histórico prévio;

Critério C: os sintomas devem estar presentes no período do desenvolvimento, podendo não estar totalmente manifestos até que exista uma demanda social para que as habilidades sejam desempenhadas ou mascaradas por estratégias aprendidas ao longo da vida;

Critério D: esses sintomas acarretam prejuízo clinicamente expressivo na prática social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito;

Critério E: esses distúrbios não são bem elucidados por deficiência intelectual e cognitiva ou por atraso global do desenvolvimento.

Com relação aos especificadores de gravidade (A e B) mencionados acima, o nível de gravidade se distingue em três níveis, conforme mostra a tabela:

Tabela 1: Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamento restritivos e repetitivos
Nível 3 (Exigindo apoio muito substancial)	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/ Repetitivos interferem Acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/ Dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 (Exigindo apoio substancial)	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações

Nível 1 (Exigindo apoio)	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 2014.

Ainda no diagnóstico, é preciso especificar características clínicas individuais, tais como: presença de comprometimento intelectual e da linguagem concomitante; catatonia; associação com outro transtorno de neurodesenvolvimento mental ou comportamental; e presença de alguma condição médica ou genética conhecida, ou ainda, de fatores ambientais.

Estatisticamente, o TEA é diagnosticado quatro vezes mais em indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino, conforme a Linha de Cuidados para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015). No entanto, sabemos que os diagnósticos ainda são frequentemente realizados tardiamente, muitas vezes pela instituição escolar. Além disso, é importante ressaltar a visão culturalmente patriarcal que espera que as mulheres sejam mais retraídas, destacando o homem que não atende aos padrões da sociedade.

O TEA não deve ser confundido com a síndrome de Rett, mutismo seletivo, deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) sem transtorno do espectro autista, transtorno da linguagem, transtorno da comunicação social

(pragmática), transtorno de movimento estereotipado, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou esquizofrenia. É necessário investir em mais estudos e pesquisas sobre o autismo, pois, apesar dos avanços, ainda há dificuldades em categorizar e distinguir essas condições.

5.1 Critérios diagnósticos do CID-11: Transtorno do Espectro Autista

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), está em sua 11ª edição (CID-11), lançada em maio de 2019. No entanto, só entrou em vigor em janeiro de 2022, substituindo a CID-10 que estava em vigor desde 1989. Esta classificação atualmente possui 55 mil códigos únicos para doenças, lesões e causas de morte, e as doenças mentais estão na categoria 06.

Entre as principais alterações da CID-11, destaca-se, no contexto deste trabalho, o transtorno do espectro autista identificado pelo código 6A02, substituindo o F84.0. Agora, ele engloba diagnósticos como autismo infantil, síndrome de Asperger, transtorno com hipercinesia, transtorno desintegrativo da infância e vários outros. Suas subdivisões estão relacionadas à presença ou ausência de Deficiência Intelectual e/ou comprometimento da linguagem funcional.

> Transtorno do espectro do autismo é caracterizado por déficits persistentes na capacidade de iniciar e manter a interação social recíproca e de comunicação social e por uma série de restritos, repetitivos e padrões inflexíveis de comportamento e interesses. O início da doença ocorre durante o período de desenvolvimento, geralmente na primeira infância, mas os sintomas podem não se tornar manifesta plenamente até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas. Déficits são suficientemente severa para causar prejuízo na vida pessoal, familiar, áreas sociais, educacionais, ocupacionais ou outras importantes de funcionamento e são geralmente uma característica generalizada do indivíduo de funcionamento observável em todos os ambientes, embora possam variar de acordo com sociais, educacionais, ou outro contexto. (CID-11 2018)

Conforme as subdivisões, o TEA (6A02), na CID-11, apresenta as classificações:

6A02.0 – Transtorno do espectro do autismo sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com leve ou nenhum comprometimento na comunicação;

6A02.1 – Transtorno do espectro do autismo com transtorno do desenvolvimento intelectual e com leve ou nenhum comprometimento na comunicação;

6A02.2 – Transtorno do espectro do autismo sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comunicação prejudicada;
6A02.3 – Transtorno do espectro do autismo com transtorno do desenvolvimento intelectual e comunicação prejudicada;
6A02.5 – Transtorno do espectro do autismo com transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência da comunicação;
6A02.Y – Outro TEA especificado;
6A02.Z – TEA não especificado.

O código '6A02.4 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional' foi extinto da versão final da CID-11. Indivíduos diagnosticados precocemente com TEA no nível leve (pouco suporte) necessitam de atendimentos em áreas da saúde que estão deficitárias, tais como: avaliação e acompanhamento com neurologista ou psiquiatra, psicoterapia, nutricionista, terapia ocupacional. O autismo frequentemente está associado a diversas comorbidades, como ansiedade, TDAH, depressão, transtornos motores, transtornos sensoriais, alterações alimentares, entre outros.

A classificação como leve indica o nível de autonomia e independência que a pessoa pode ter; ou seja, o autismo "leve" não significa que o indivíduo não necessite de ajuda de profissionais de saúde. Para uma avaliação psicológica precisa, é fundamental que o psicólogo tenha um claro e objetivo entendimento dos critérios definidos pelo DSM-V e CID-11, além de um embasamento adequado sobre o desenvolvimento infantil.

6. MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E OS SINAIS DE ALERTA AO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O desenvolvimento humano, especialmente o infantil, tem sido discutido desde os primórdios para auxiliar na compreensão do crescimento das crianças. Autores como Piaget e Vygotsky realizaram estudos sobre essa temática, amplamente utilizados por profissionais da Psicologia desde então. Esses estudos têm como objetivo compreender os processos de mudança que ocorrem em diferentes etapas da vida das crianças.

Segundo relatos de profissionais psicólogos(as) que atuam com intervenção psicoterapêutica, conforme Gonçalves, A. L. et al. (2021), para rastrear os sinais de

risco para o diagnóstico de TEA em crianças, é crucial compreender todos os detalhes possíveis do desenvolvimento infantil. É necessário prestar atenção ao discurso dos cuidadores para identificar saltos inexplicáveis no desenvolvimento, estagnações em determinadas áreas ou se há um desenvolvimento contínuo. Quando uma criança não atende a certos critérios esperados para os primeiros anos de vida, é essencial considerar a possibilidade de um diagnóstico de TEA.

Conforme Papalia e Feldman (2013), o crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as habilidades motoras e a saúde compõem o desenvolvimento físico. A aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade constituem o desenvolvimento cognitivo. Já as emoções, personalidade e relações sociais são aspectos do desenvolvimento psicossocial. Quando falamos de Desenvolvimento Infantil Típico (DT), esperamos que as crianças adquiram habilidades específicas que desempenham um papel crucial no seu crescimento como sujeito biopsicossocial. Essas habilidades são frequentemente referidas como marcos do desenvolvimento.

> Os marcos do desenvolvimento são um conjunto de habilidades que a maioria das crianças consegue realizar dentro de um tempo específico. Despontam como referência e parâmetro para a compreensão sobre o curso de desenvolvimento. Delimitam o desenvolvimento da criança a partir de dois limites: inferior e superior. Assim, respeita-se o tempo de desenvolvimento de cada criança, considerando limites de segurança. (BRASIL, 2016).

Acompanhar o que se espera no desenvolvimento na infância, especialmente nos primeiros anos de vida, pode auxiliar na prevenção e identificação de atrasos. Relacionando os sintomas do TEA, esperamos no desenvolvimento típico o uso da linguagem relacionada a pensamentos e relações afetivas, como interagir com outras pessoas por meio de "gracinhas". O objeto aqui tem papel simbólico, trazendo autonomia à criança em suas brincadeiras, que tendem a ser realizadas com outras crianças. Além disso, é esperado que ela expresse sentimentos (raiva, tristeza, alegria, afeto, medo, etc.) e busque aqueles em quem confia nessas situações.

No que se refere aos diagnósticos, devem estar presentes manifestações no quadro sintomático. Esses sintomas podem ser reconhecidos entre 12 a 24 meses de vida do indivíduo. Entretanto, dependendo do grau de severidade, esses sintomas poderão ser observados antes do primeiro ano de vida da criança. Em casos de atrasos sutis no desenvolvimento, estes poderão ser percebidos após os 24 meses de vida.

Em crianças com sinais de alerta (SA) para o TEA, algumas manifestações comportamentais podem definir o diagnóstico. Pesquisas feitas recentemente com pais de crianças com diagnóstico de TEA relataram que observaram algo diferente nos filhos nos primeiros meses de vida, como "ausência de contato visual, choro constante, sorriso não responsivo e intolerância ao barulho. Bebês que jamais choravam e sempre preferiam estar sós; ou bebês que choravam muito, quase 'o tempo todo'; bebês que não se aninhavam no colo e nunca sorriam diante de carícias ou 'gracinhas' feitas pelos adultos" (MANSUR; et. al, 2017).

Sabe-se que quanto mais precoce for a identificação inicial dos primeiros sinais de problemas no desenvolvimento da criança e a inserção de intervenções, maior a possibilidade de resposta positiva ao tratamento. Por esse motivo, faz-se importante estar atento ao que se espera do desenvolvimento em crianças. Os marcos do desenvolvimento podem contribuir na percepção dos sinais de atrasos no Transtorno do Espectro Autista, podendo assim auxiliar no diagnóstico precoce, essencial para o início do tratamento da pessoa autista.

7 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E INSTRUMENTOS DE RASTREIO DOS SINAIS DE ALERTA (SA) DO TEA

A avaliação psicológica é um processo que investiga aspectos cognitivos, questões neuropsicológicas, sinais e sintomas, entre outros, permitindo obter um prognóstico necessário para definir as intervenções no tratamento do transtorno do espectro autista. Refere-se a um conjunto de procedimentos confiáveis que permitem ao psicólogo julgar vários aspectos do indivíduo por meio da observação de seu comportamento em situações padronizadas e pré-definidas (PASQUALI Et. Al, 2001).

A detecção de sinais de alerta (SA) para o TEA (tabela 2 em anexo) é uma tarefa complexa, devido à variabilidade na manifestação dos sinais conforme cada sujeito e seu contexto. Para um diagnóstico acurado, é necessário que os profissionais estejam atentos aos comportamentos da criança e tenham bom conhecimento sobre os marcos esperados do desenvolvimento infantil, especialmente relacionados à comunicação, sociabilidade e sinais indicadores de TEA (BOSA, 2002) (ZANON Et. Al, 2014).

É importante que os(as) psicólogos(as) que avaliam o risco para o TEA tenham conhecimento sobre ferramentas que podem auxiliar seu trabalho no contexto clínico. A testagem é um recurso da avaliação psicológica que deve ser aplicada cuidadosamente, após identificar os principais objetivos de forma clara e objetiva e selecionar os instrumentos apropriados, realizar a devida correção e desenvolver o uso criterioso dos dados coletados.

Os(as) psicólogos(as) têm acesso aos métodos de avaliação através do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), onde é possível verificar a validade para a prática profissional do mesmo. Além da formação acadêmica em Psicologia que permite o melhor manuseio das ferramentas pautada na avaliação para além da métrica, é preciso especializar-se em cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC).

No rastreio de primeiro nível, o objetivo principal é apontar o risco para o TEA e outros transtornos ou atrasos no desenvolvimento, diferenciando-os do desenvolvimento típico. Instrumentos que avaliam o risco para TEA na população geral podem ser considerados parte dessa categoria e seu papel principal é garantir atendimentos o quanto antes para as crianças sob risco de falhas graves no desenvolvimento (JONHSON, et al., 2007).

O Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat) foi o instrumento que reuniu o maior número de estudos que indicavam propriedades psicométricas adequadas (SEIZE et. Al., 2017) e foi considerado o instrumento de rastreamento mais adequado para uso clínico e em pesquisa disponível no Brasil (BACKES et. Al, 2014). O M-Chat foi desenvolvido nos EUA por Robins et al. (2001) e tem como objetivo identificar crianças, com idade entre 18 e 30 meses, com sinais de risco do TEA na população geral (Baron-Cohen et al., 2001).

Este instrumento foi traduzido por Losapio e Pondé (2008) e adaptado por Castro-Souza (2011), mostrando-se útil no rastreio de primeiro nível por ser simples, de fácil aplicação e gratuito na plataforma Google. Segundo o documento do Ministério Público da Saúde (2014), Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com transtorno do espectro do autismo, o instrumento M-Chat também é indicado para o rastreio de sinais de alerta (SA), sendo acessível aos psicólogos(as) para obtenção dos métodos de avaliação psicológica.

O questionário consiste em 23 itens com respostas "sim" ou "não", indicando a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces do TEA. Pode ser respondido pelos pais e também aplicado durante as visitas pediátricas (ROBINS et al., 2001) e por professores no ambiente escolar (ALBORES-GALLO, et al., 2012).

No caso do rastreio de segundo nível, além de identificar atrasos no desenvolvimento, é relevante diferenciar o quadro sintomático de possíveis transtornos do desenvolvimento. Essa especificação do risco para TEA visa realizar encaminhamentos específicos conforme as características dos pacientes e a gravidade das dificuldades.

Além da atenção a diversos aspectos desenvolvimentais em geral, são avaliados com maior atenção aqueles que se sabem ficar prejudicados no TEA, como interação social atípica e presença de comportamentos repetitivos e estereotipados. Alguns instrumentos são desenvolvidos especificamente para serem utilizados em populações de alto risco. Esses instrumentos de rastreio de segundo nível podem ser baseados nos relatos dos cuidadores e em observações das crianças por clínicos treinados (OOSTERLING et al., 2009).

É importante destacar que o rastreamento de segundo nível não equivale a um diagnóstico. Embora os instrumentos desse tipo façam parte de uma avaliação mais completa, a decisão diagnóstica não deve se basear unicamente neles. A maior vantagem é que o rastreio secundário permite a implementação de intervenções específicas assim que o risco para TEA é identificado, independentemente da confirmação do diagnóstico, visto que as intervenções podem iniciar antes do diagnóstico específico, o qual pode levar muito tempo para ser concretizado (JOHSON et al., 2007).

Existem instrumentos desenvolvidos especialmente para identificar o TEA considerados padrão-ouro, devido às detalhadas caracterizações comportamentais e de desenvolvimento associados ao autismo. Estes são a Entrevista Diagnóstica de Autismo em sua versão revisada (ADI-R) (LORD et. al, 1994), traduzida e validada por Becker (BECKER, 2009), e a Escala de Observação para Diagnóstico do Autismo (ADOS), atualmente em sua segunda versão ainda não validada no Brasil (ADOS-2) (LORD et al., 2012).

Embora não validados pelo Conselho Federal de Psicologia, esses instrumentos são muito utilizados para avaliações e diagnósticos de TEA, pois tanto a

ADIR quanto a ADOS apresentam boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TEA (acima de 80%) quando aplicadas isoladamente. Quando aplicadas em conjunto, observa-se um aumento significativo da especificidade em comparação à aplicação de um ou de outro isoladamente (KIM et. al, 2012).

Para garantir a confiabilidade do processo de identificação de sinais de alerta (SA), é importante que o clínico considere a finalidade da avaliação (primeiro ou segundo nível) e selecione um instrumento adequado a esse objetivo. Pesquisas sobre TEA buscam formas cada vez mais precoces de rastreamento e diagnóstico, além do desenvolvimento de tecnologias eficazes de avaliação (Le Blanc et. al, 2012); (Moulton, et al., 2000).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os instrumentos de rastreio são aliados importantes na avaliação psicológica, pois permitem uma coleta abrangente de informações. Isso torna esse recurso técnico-científico um processo mais estruturado, possibilitando intervenções precoces direcionadas às necessidades individuais.

A Avaliação Psicológica clínica visa tratar questões do sujeito em sua singularidade, buscando verificar características psicológicas, capacidades, habilidades, comportamentos e perfil cognitivo do ser humano. Para garantir o compromisso ético na atuação dos psicólogos em relação aos instrumentos validados, foi realizada uma pesquisa no SATEPSI, Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos, criado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e sustentado pela Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica do CFP. Nessa pesquisa, evidenciou-se a validade do instrumento de rastreio e avaliação M-CHAT, sendo este o mais referenciado e utilizado de forma acessível no Brasil.

Os instrumentos de avaliação para rastreio do TEA descritos neste trabalho foram baseados em estudos direcionados à sua adaptação para a realidade brasileira. Embora existam diversas opções de instrumentos de avaliação, destacou-se aqueles com maior referencial teórico para melhor explanação sobre o assunto.

Conclui-se que a atuação dos psicólogos deve se pautar no constante estudo e pesquisa, oferecendo avaliação adequada e intervenções precoces no tratamento

das crianças com TEA, visando uma melhor qualidade de vida, sendo este o principal propósito deste trabalho.

REFERÊNCIAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre, RS: Artmed, p. 50–57, 2014. Disponível em: https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf. Acesso em: 07 set. 2023.

ASSUMPÇÃO, F. B., Jr; PIMENTEL, A. C. M. **Autismo infantil**. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999), v. 22, n. suppl 2, p. 37–39, 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600010 . Acesso em: 23 set. 2023.

BORGES, V. M., & Azevedo Moreira, L. M. (2018). **Transtorno do espectro autista: descobertas, perspectivas e Autism Plus**. *Revista De Ciências Médicas E Biológicas*, *17*(2), 230–235. Disponível em: https://doi.org/10.9771/cmbio.v17i2.21828 . Acesso em: 08 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Atenção à Primeira Infância. Manual de Apoio a Visitas Domiciliares: um olhar sobre as dimensões do desenvolvimento da criança de 0 a 36 meses. Brasília, 2021.

BRASIL. 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, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 10 ago. 2023.

CARDOSO, Ana; VELOSO, Cassio; MARTINS, Claudia; MIRANDA, Fernandes; MAGALHÃES, Luiza; NOGUEIRA, Marillene. Transtorno do Espectro do Autismo. Departamento Científico de Pediatria do desenvolvimento e comportamento, 5, 2-24 (PDF).

COHMER, Sean, **"Autistic Disturbances of Affective Contact" (1943), by Leo Kanner".** Embryo Project Encyclopedia (2014-05-23). Disponível em: https://hdl.handle.net/10776/7895 . Acesso em: 06 out. 2023.

GONÇALVES, A. L. et al. Diagnóstico e intervenção precoce no autismo: relatos de práticas profissionais. Diaphora, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/274. Acesso em: 10 nov. 2023.

HYMAN, Susan L.; LEVY, Susan E.; MYERS, Scott M.; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. Pediatrics. 2020 Jan;145(1):e20193447. doi: 10.1542/peds.2019-3447. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31843864.

JOHNSON, C. P.; MYERS, S. M.; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. Pediatrics, v.

120, n. 5, p. 1183-1215, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361. Acesso em: 18 nov. 2023.

KANNER, Leo. Autistic disturbances of affective contact: alteraciones autísticas del contacto afectivo. The Nervous Child, v. 2, p. 217-230, 1943.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos da metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Atlas, p. 155-161, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36971. Acesso em: 18 set. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Triagem precoce para Autismo / Transtorno do Espectro Autista. Porto Alegre: SBP, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/triagem-precoce-para-autismo-transtorno-do-espectro-autista/. Acesso em: 14 out. 2023.

Modifi ed Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Portuguese_Portugal.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

DE MARCO, R. L.; DANIEL, M. B. N.; CALVO, E. N.; ARALDI, B. L. Tea e neuroplasticidade: Identificação e intervenção precoce / Asdandneuroplasticity: Identificationandearlyintervention. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 11, p. 104534–104552, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n11-193. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39415. Acesso em: 30 oct. 2023.

MANSUR, Odila Maria F. C.; NUNES, Leila Regina d'Oliveira; COLARES, Adriana Fantoni Naurath; SILVA, Brígida Maria Pereira Barbosa da; MANSUR, Laura Carvalho. Sinais de Alerta para o Transtorno do Espectro Autista em crianças de 0 a 3 anos. Revista Científica da FMC - Vol. 12, Nº 3, Dez. 2017.

Manual de Orientação - TEA - SBP | PDF | Autismo | Espectro do autismo. Disponível em: https://www.scribd.com/document/564551409/Manual-de-Orientacao-TEA-SBP#. Acesso em: 28 mai. 2023.

MATOS, M. S.; SILVA, A. R.; MORORÓ, C. L. S.; DIAS, L. R. L.; MACHADO, N. O. Q.; REIS, M. M. Diagnóstico Precoce de Autismo: Características típicas presentes em crianças com Transtorno do Espectro Autista. Anais III COEPS - Araguari. Revista Master. Ano 2020.

MARTONE, M. C. (2017) Tradução e adaptação do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) para a língua portuguesa e a efetividade do treino de habilidades comportamentais para qualificar profissionais.

MORAES, G. T. G.; NASCIMENTO, L. R.; TAMAROZZI, G. A. Marcos do Desenvolvimento Infantil e sua relação com o diagnóstico precoce do Transtorno do

Espectro Autista. Revista Humanidades e Inovação - ISSN 2358-8322 - Palmas - TO - v.9, n.24. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: Versão: fev. 2022. Geneva: WHO; p. 07–10, 2022. Disponível em: https://fabianalisboa.com.br/wp-content/uploads/2022/01/cid-11.pdf. Acesso em 15 set. 2023.

PASQUALI, L; ALCHIERI, J.C. Os testes psicológicos no Brasil. In: L. Pasquali (org.). Técnicas de Exame Psicológico – TEP: fundamentos de técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 195-221.

Proposta de Padronização Para o Diagnóstico, Investigação e Tratamento do Transtorno do Espectro Autista", Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNi), 2021.

Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)", Governo do Estado de São Paulo, 2013.

SAMPAIO, D. O. M. Estudos brasileiros em programas de intervenção precoce implementados por cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática. repositorio.ufmg.br, 14 mar. 2020.

TAMANAHA, Ana; PERISSINOTO, Jacy; CHIARI, Brasilia. **Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da Síndrome de Asperger**. *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2008; 13, 296;* Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-80342008000300015 . Acesso em: 06 de out. 2023.

BECKER, Michele Michelin. Tradução e validação da entrevista Autism diagnostic interview-revised (ADI-R) para diagnóstico de autismo no Brasil. 2009.

ANEXOS

Tabela 2: Sinais de alerta (SA) para o TEA

De 6 a 8 meses	De 12 a 14 meses	Por volta de 18 meses
Não apresenta iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (por exemplo: ausência relação olho a olho)	Não responde claramente quando é chamado pelo nome	Não se interessa por jogos de faz de conta.
Não se interessa pelo prazer que pode provocar no outro	Não demonstra atenção compartilhada	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbucio principalmente em resposta ao outro.	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar a alguém.	Desinteresse por outras crianças - prefere ficar sozinho, e se fica sozinho não incomoda ninguém.
Ausência de movimentos antecipatórios na relação ao outro	Não há ainda as primeiras palavras, ou os primeiros esboços são de palavras estranhas.	Caso tenha tido o desenvolvimento da fala e interação, pode começar a perder essas aquisições.
Não se vira na direção da fala humana a partir dos quatro primeiros meses de vida.	Não imita pequenos gestos ou brincadeiras.	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos, por exemplo, por ventiladores, rodas de carrinhos, porta de elevadores.
Não estranha quem não é da família mais próxima, como se não notasse diferença.	Não se interessa em chamar atenção das pessoas conhecidas e nem em lhes provocar gracinhas.	Pode aumentar o isolamento.

Fonte: Linha de Cuidado para a Atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo. Ministério da Saúde-2013.

Tabela 3: Escala M-CHAT versão em português

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.