

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO**

**O PROCESSO AVALIATIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA  
(TEA): ATUAÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO NO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO**

**GUILHERME DOMINGOS MARTINS**

**2020**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**O PROCESSO AVALIATIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA  
(TEA): ATUAÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO NO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO**

**GUILHERME DOMINGOS MARTINS**

Sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup>

**Emmy Uehara Pires**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ  
Novembro, 2020

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M379p

Martins, Guilherme Domingos, 1993-  
O processo avaliativo no Transtorno do Espectro  
Autista (TEA): atuação do neuropsicólogo no estado do  
Rio de Janeiro / Guilherme Domingos Martins. -  
Seropédica, 2020.  
81 f.

Orientadora: Emmy Uehara Pires.  
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia, 2020.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Processos  
perceptuais e cognitivos. 3. Neuropsicologia clínica.  
4. Psicologia do desenvolvimento humano. I. Uehara  
Pires, Emmy, 1983-, orient. II Universidade Federal  
Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**GUILHERME DOMINGOS MARTINS**

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre**, no Programa de Pós Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 11/11/2020

**Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020**, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da dissertação.

Banca Examinadora

---

Emmy Uehara Pires  
Doutora. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)  
(Orientadora)

---

Luciene de Fátima Rocinholi  
Doutora. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)

---

Ana Carolina Monnerat Fioravanti  
Doutora. Universidade Federal Fluminense (UFF)

## **AGRADECIMENTOS**

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.” “This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.”

Agradeço à minha orientadora Professora Dr<sup>a</sup> Emmy Uehara pelo seu apoio, parceria e estímulo constante durante a realização deste trabalho.

Às profissionais Rosana, Franceline pela colaboração.

Aos colegas de pesquisa do Núcleo de Ações e Reflexões em Neuropsicologia do desenvolvimento, amigos e aos voluntários de iniciação científica do projeto.

Aos meus pais, Ilma, Osvaldo e irmão Gustavo por sempre me apoiarem a estudar.

## RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento com início precoce. É caracterizado por prejuízos persistentes nas habilidades de interação e comunicação social e por atividades, interesses e comportamentos restritos e repetitivos em múltiplos contextos. Apesar de estar presente nos primeiros anos de vida, o diagnóstico ocorre em média após os 3 anos de idade, o que dificulta a inserção em programas de intervenção. Para além dos prejuízos mencionados o TEA impacta diretamente a linguagem e habilidades cognitivas dos sujeitos, causando prejuízos de vida diária. Para alcançar este objetivo, dividiu-se em duas partes: A primeira consistindo em uma revisão sistemática de literatura, compreendendo o período de 10 anos (2008-2018), através da metodologia PRISMA. Foram selecionados 16 estudos empíricos. Observou-se: 1) a escassez de estudos nacionais sobre a avaliação do Autismo na primeira infância; 2) que as crianças com melhores interações sociais, cognitivas e índices de atenção compartilhada também possuíam maior desempenho linguístico. Tendo em vista os achados, na segunda etapa da pesquisa investigou-se a atuação de 24 neuropsicólogos clínicos do estado do Rio de Janeiro. Através do preenchimento de 23 questões no formulário virtual Google Forms. Observou-se que 75% dos encaminhamentos para avaliação partem de outros profissionais de saúde, bem como a prevalência de atendimento de crianças e adolescentes e o desafio de se avaliar por conta do número restritos de instrumentos específicos para o TEA disponíveis no Brasil. Os dados obtidos nos dois estudos trazem discussões importantes acerca do cenário nacional de pesquisa e atuação no campo da neuropsicologia clínica no contexto do autismo. Por fim, ressalta-se a importância tanto em estudar o transtorno quanto em desenvolver medidas sensíveis e psicometricamente compatíveis com as particularidades da população.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista; Avaliação neuropsicológica; Cognição; Linguagem.

## ABSTRACT

Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder with early onset. It is characterized by persistent impairments in interaction and social communication skills and by restricted and repetitive activities, interests and behaviors in multiple contexts. Despite being present in the first years of life, the diagnosis occurs on average after 3 years of age, which makes insertion in intervention programs difficult. In addition to the aforementioned impairments, TEA directly impacts the subjects' language and cognitive abilities, causing impairments in daily life. To achieve this goal, it was divided into two parts: The first consisting of a systematic literature review, covering the 10-year period (2008-2018), through the PRISMA methodology. 16 empirical studies were selected. It was observed: 1) the scarcity of national studies on the assessment of Autism in early childhood; 2) that children with better social, cognitive interactions and shared attention rates also had higher linguistic performance. In view of the findings, in the second stage of the research, the performance of 24 clinical neuropsychologists from the state of Rio de Janeiro was investigated. By completing 23 questions on the Google virtual form. It was observed that 75% of referrals for evaluation come from other health professionals, as well the prevalence of care for children and adolescents and the challenge of assessing themselves due to the limited number of specific instruments for ASD available in Brazil. The data obtained in the two studies bring important discussions about the national scenario of research and action in the field of clinical neuropsychology in the context of autism. Finally, the importance of studying the disorder and developing sensitive and psychometrically compatible measures with the particularities of the population is emphasized.

**Key-words:** Autism Spectrum Disorder; Neuropsychological assessment; Cognition; Language.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	10
<b>Justificativa</b> .....	12
<b>Objetivos</b> .....	13
Objetivo geral.....	13
Objetivos específicos .....	13
<b>Estudo 1</b> .....	14
<b>Estudo 2</b> .....	14
<b>ESTUDO 1 - COGNIÇÃO E LINGUAGEM EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</b> .....	14
<b>Resumo</b> .....	14
<b>1. Introdução</b> .....	16
<b>2. Método</b> .....	18
2.1 PRISMA 2009 Fluxograma.....	19
Identificação.....	19
Seleção .....	19
Elegibilidade .....	19
Inclusão .....	19
3.1 Caracterização dos estudos.....	19
3.2 A cognição e a linguagem no Autismo .....	24
3.3 Processo diagnóstico .....	28
<b>4. Considerações finais</b> .....	31
<b>ESTUDO 2 – ATUAÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b> .....	41
<b>1. Introdução</b> .....	42
<b>2. Método</b> .....	44
<b>3. Resultados</b> .....	45
3.1 Perfil da demanda clínica.....	45
3.2 O processo de avaliação .....	47
3.3 Instrumentos mencionados como essenciais para a avaliação neuropsicológica do TEA .....	48
3.4 Processo de intervenção .....	50
<b>4. Discussão</b> .....	51
<b>5. Considerações Finais</b> .....	53
<b>6. Referências</b> .....	55
<b>Conclusão</b> .....	59



<b>Apêndice A.</b> Roteiro da entrevista.....	61
<b>Apêndice B.</b> Respostas dos participantes .....	63
<b>Anexo I</b> – Folha de aprovação.....	81

## **Apresentação**

Com a descoberta do novo coronavírus (Sars-Cov-2) e seu alto poder de disseminação geográfica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 13 de março de 2020, o status de pandemia global<sup>1</sup>. Logo em seguida, como medida de prevenção e contenção do vírus o Ministério da Saúde estipulou medidas de distanciamento social<sup>2</sup>. O isolamento provocou, alterações nos hábitos e comportamentos de vida diária, afetando também as pesquisas com seres humanos.

Nosso projeto originalmente almejava avaliar crianças pré-escolares com suspeita de Transtorno do Espectro Autista, neste sentido, foi dividido em duas partes: a primeira deste trabalho, tratou-se de uma revisão de literatura, onde nos deparamos com um cenário de desafios, tanto pela escassez de publicações nacionais sobre a temática quanto pela incipiência de instrumentos padronizados específicos para avaliação desta população.

Como segundo ponto, partiríamos para a prática avaliando a cognição e a linguagem de crianças pré-escolares com suspeita de Autismo. Contudo, por conta da situação social em que fomos submetidos e a impossibilidade de prosseguir com a coleta de dados, precisamos usar de nossa capacidade de readaptação e assim, ainda sem perder o sentido reconstruirmos nossa proposta.

Deste modo, como uma alternativa de aprofundar na problemática encontrada na revisão de literatura, em relação às dificuldades do campo no Brasil (escassez de materiais, precariedade na formação) escolhemos verificar junto aos neuropsicólogos sua dinâmica de atuação frente ao Autismo, da avaliação à intervenção.

## **Introdução**

Olhar para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é sem dúvidas um olhar de sensibilidade, seja pela forma de sentir, do modo de perceber o mundo ou se expressar. Esse transtorno do neurodesenvolvimento, de início precoce e que acarreta prejuízos de sociabilidade, comunicação e padrões de comportamentos restritos e repetitivos (APA,

---

<sup>1</sup><https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus> acessado em 25/06/2020 às 21:00.

<sup>2</sup> <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46536-saude-regulamenta-condicoes-de-isolamento-e-quarentena> acessado em 25/06/2020 às 21:03

2014) ainda tem a sua causa desconhecida e desafia profissionais e familiares a se debruçarem sobre sua implicação na vida diária dos sujeitos.

A compreensão do Autismo pode ser entendida de diferentes modos, a depender do manual diagnóstico de referência. No Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 é descrito Transtorno do Espectro Autista na categoria “Transtornos do Neurodesenvolvimento” (APA, 2014) na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 como Autismo infantil, Autismo atípico, Síndrome de Rett, Outro transtorno desintegrativo da infância, Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados, Síndrome de Asperger, Outros transtornos globais do desenvolvimento, Transtornos globais não especificados do desenvolvimento na categoria de “Transtornos Globais do Desenvolvimento” (OMS, 1998).

O que se sabe é que o primeiro passo para compreender o desenvolvimento de uma pessoa com TEA começa pela suspeita do transtorno, devem ser aplicados instrumentos de rastreio específicos a fim de obter parâmetros importantes para comparar o desempenho do cliente ao de outros indivíduos. Contudo, um instrumento só pode ser considerado favorável se for avaliado em estudos de evidências de validade e tiver sua distribuição autorizada pelos detentores dos direitos autorais.

Neste sentido, um estudo investigou a disponibilidade de instrumentos de relatos parentais para avaliação do Autismo no Brasil, identificaram que, apesar de existirem estudos de validação, não existem especificações claras sobre a autorização dos direitos autorais e sem isto, o material não pode ser utilizado na clínica (Silva & Elias, 2020). Esta lacuna dificulta a identificação do transtorno, de modo que, para conferir o diagnóstico o profissional, muitas vezes recorre apenas aos manuais de referência e a sua experiência clínica. Aguiar e Pondé (2020) entrevistaram pais de pessoas com TEA sobre o impacto do diagnóstico. Os autores observaram que as mães atribuíram o atraso do diagnóstico à falta de habilidades dos médicos sobre o tema.

Para além da identificação dos sintomas (comportamentais, comunicação e interação social) outro aspecto essencial é compreender o nível cognitivo geral do indivíduo, pois, este funcionamento está associado aos prejuízos no comportamento adaptativo (Mecca, Lima, Laros, Macedo, & Lowenthal, 2020). Mecca et al. (2020) examinaram as habilidades cognitivas de 37 indivíduos com autismo em idades entre 6-24 anos e identificaram que 80% dos participantes possuíam Quociente de Inteligência (QI) menor que 70, com indicativo de deficiência intelectual. Em contrapartida, sabe-se que indivíduos com QI na faixa típica tendem a apresentar maior fluidez na linguagem,

enquanto outros 25-50% permanecem não verbais durante toda a vida (Eigsti & Schuh, 2017).

O autismo também acarreta prejuízos funcionais na comunicação, que constantemente são notados nos primeiros anos de vida (momento em que é requerido da criança um maior engajamento em rotinas sociais). Estas alterações afetam aspectos não-verbais e verbais da linguagem, podendo se expressar através da ecolalia, erros pronominais (possessivos e pessoais), na conjugação de verbos ou uso de adjetivos. Também de linguagem pragmática (objetivo comunicativo) semântica (sentido comunicativo) idiossincrática (termos descontextualizados), neologismos (criação de palavras) (Silva, 2020).

Tendo em vista a alta complexidade que abarca o tema, este trabalho buscou investigar o processo avaliativo, em especial, voltados para cognição e linguagem em crianças pré-escolares, bem como a atuação dos neuropsicólogos que atendem autistas no estado do Rio de Janeiro. Para isso, foi dividido em dois estudos, que foram adaptados para publicação. No primeiro estudo, realizou-se uma revisão sistemática a partir da metodologia Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises - PRISMA (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015) no período (2008-2018) com objetivo de mapear os principais aspectos da cognição e da linguagem em crianças com TEA em idades entre 0 e 6 anos de idade. Já o segundo estudo, tratou de investigar a prática de 24 neuropsicólogos residentes do estado do Rio de Janeiro diante do autismo.

## **Justificativa**

A proposta deste trabalho advém do conhecimento de que o Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode se manifestar no bebê desde as primeiras semanas de vida. Caracteriza-se por perdas na capacidade de engajamento social, linguagem, interesse por jogos, e das capacidades cognitivas, podendo atingir diversos aspectos do funcionamento cerebral (Rapin, 2005).

Diferentes estudos indicam que o transtorno acomete atrasos principalmente no desenvolvimento da cognição e linguagem destas crianças (Rapin, 2005, Torras-Mañá, Gómez-Morales, Gonzáles-Gimeno, Fornieles-Deu, & Brun-Gasca, 2016;), o que aponta para a relevância de se investigar como estes domínios se desenvolvem neste público em específico. Apesar dos sinais clínicos estarem presentes na primeira infância, o diagnóstico do TEA é realizado em média após os cinco anos de idade da criança. Idade

na qual está já enfrenta os prejuízos dos declínios na linguagem, engajamento social e no estabelecimento de rotinas funcionais no dia a dia (Monteiro, Pimenta, Pereira, & Roesler, 2017). A escassez de profissionais especializados no setor público é um fator que dificulta o mapeamento adequado das demandas da criança (Tomazoli, Santos, Amato, Fernandes, & Molini-Avejonas, 2017).

Estima-se que o TEA acometa 1% da população mundial, cerca de 70 milhões de pessoas, o que justifica a preocupação quanto ao diagnóstico adequado e a criação de políticas públicas em saúde voltadas para promoção de cuidado desta população (Muszkat *et al.*, 2014). Neste sentido, a avaliação neuropsicológica possui uma importante função para o diagnóstico e prognóstico do Autismo. Através da avaliação, pode-se mapear tanto os declínios no desenvolvimento das funções, quanto os aspectos preservados. Deste modo, auxilia na confirmação ou refutação da hipótese diagnóstica, para que profissionais possam realizar um programa de intervenção interdisciplinar mais adequado a demanda da criança (Neumann, Tariga, Perez, Gomes, Silveira, & Azumbuja, 2016).

Apesar da importância da avaliação para o diagnóstico e prognóstico no TEA, a falta de qualificação profissional pode vir a ser um fator dificultador deste processo. Estudos apontam que os pais atribuem a falta de aptidão dos profissionais de saúde o atraso no diagnóstico de seus filhos (Aguiar & Pondé, 2020; Zanon, 2016). Refletir sobre a formação destes profissionais é importante para minimizar esta lacuna.

Considerando que mesmo as formas mais brandas do transtorno estão associadas a prejuízos na linguagem, sociabilidade e cognição, e o impacto da formação profissional na atuação diante do TEA, torna-se relevante um projeto que investigue estes aspectos. Esta iniciativa pode corroborar para a criação de estratégias de avaliação e intervenção, auxiliando para que estas tenham qualidade de vida ao crescer.

## **Objetivos**

### **Objetivo geral**

Investigar o processo avaliativo de pessoas com TEA, em especial, voltados para cognição e linguagem em crianças pré-escolares, bem como a atuação dos neuropsicólogos que atendem autistas, de qualquer faixa etária, no estado do Rio de Janeiro.

### **Objetivos específicos**

## **Estudo 1**

Mapear os principais aspectos da cognição e da linguagem em crianças com TEA em idades entre 0 e 6 anos por meio de uma revisão sistemática através da metodologia PRISMA.

## **Estudo 2**

Investigar sobre a atuação de neuropsicólogos clínicos do estado do Rio de Janeiro diante do Transtorno do Espectro Autista.

# **ESTUDO 1 - COGNIÇÃO E LINGUAGEM EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA <sup>3</sup>**

## **Resumo**

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) acarreta prejuízos significativos na capacidade de engajamento social, linguagem e habilidades cognitivas das crianças. Apesar de precoce, o diagnóstico ocorre em média após os 3 anos, dificultando o processo de intervenção. O presente trabalho teve como objetivo investigar a cognição e a linguagem em crianças pré-escolares com TEA através de revisão sistemática por meio da metodologia PRISMA. O levantamento da literatura foi realizado nas bases de dados ERIC, LILACS, PsycINFO, Scielo, e PubMed, em artigos em português e inglês, no período de 10 anos (2008 a 2018) Foram selecionados 16 estudos empíricos. Foi possível observar heterogeneidade nos estudos. Em relação aos aspectos de desenvolvimento, as crianças com melhores interações sociais, cognitivas e índices de atenção compartilhada também possuíam maior desempenho linguístico.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista; Avaliação; Cognição; Linguagem.

## **Abstract**

Autistic Spectrum Disorder (ASD) causes significant impairments in children's social engagement, language and cognitive skills. Although early, the diagnosis occurs on average after 3 years, making the intervention process more difficult. This study aimed to investigate cognition and language in preschool children with ASD through systematic

---

<sup>3</sup> O presente artigo foi submetido a revista Neuropsicologia Latinoamericana: ISSN 2075-9479

review using the PRISMA methodology. The literature survey was conducted in the ERIC, LILACS, PsycINFO, Scielo, and PubMed databases, in articles in Portuguese and English, over a 10-year period (2008 to 2018) 16 empirical studies were selected. It was possible to observe heterogeneity in the studies. Regarding developmental aspects, children with better social, cognitive interactions and shared attention rates also had higher linguistic performance.

**Key-words:** Autism Spcetrum Disorder; Assessment; Congitive; Language.

## 1. Introdução

O primeiro relato científico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) foi publicado em 1943, pelo psiquiatra Leo Kanner, através do termo “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”. Nele, descrevia crianças com padrões de comportamentos atípicos, como: dificuldades no estabelecimento de relações pessoais, isolamento, brincadeiras restritas e atraso no desenvolvimento da linguagem (Goldberg, 2005). No mesmo período, na Áustria, o psiquiatra Hans Asperger publica “Psicopatia da infância”, no qual descreve casos semelhantes aos de Kanner, porém, sem déficits intelectuais (Asperger, 1991).

Apesar do início dos estudos terem se dado na década de 1940, apenas a partir da década de 1980, que o Autismo foi reconhecido pela Associação Americana de Psiquiatria, na terceira versão do Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) (Seize, 2017; Goldeberg, 2005; Teixeira, Mecca, Velloso, Bravo, Ribeiro, Mercante *et al.*, 2010). Atualmente, o Autismo é descrito na categoria dos Transtornos do Neurodesenvolvimento no DSM 5 (APA, 2014) e no Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição (CID-11). Ambos indicam como principais sintomas a presença de déficits persistentes em habilidades comunicativas e na interação social em múltiplos contextos (APA, 2014).

Entende-se o TEA como um transtorno guarda-chuva, ou seja, a mesma categoria indica a existência de diversas manifestações, a diferir pelo nível de comprometimento das funções de vida diária do indivíduo, e a apresentação sintomática (Seize, 2017). Isto é, eles irão diferir em uma escala de 01 a 03, onde 01- exigência de apoio; 02 – exigência de apoio substancial e 03 – exigência de muito apoio (Neumann, *et al.*, 2016).

Apona-se que os comprometimentos no TEA podem ser observados desde os primeiros meses de vida (Pineda, Melchior, Oberle, Inder, & Rogers, 2015), afetam a expressão socioemocional e adaptação da criança ao mundo (Muszkat, *et al.*, 2014). É comum, por exemplo, que bebês dentro do espectro apresentem dificuldades como responder quando são chamados, manter contato visual ou sorrir para o cuidador.

Quanto aos aspectos cognitivos, percebe-se uma correlação entre o nível de Inteligência Geral (QI) e o fenótipo do transtorno (entende-se como fenótipo as características sintomáticas aparentes) (Branco, 2019; Hedvall, Fernell, Holm, Johnels, Gillberg, & Billstedt, 2013). Crianças com Autismo podem apresentar prejuízos cognitivos que afetam a atenção, memória, metacognição, autorregulação, teoria da mente, inteligência emocional, processamento sensorial, atenção compartilhada



(Whitman, 2015). Em relação aos prejuízos linguísticos, estima-se que 25% a 50% de indivíduos acometidos pelo TEA não desenvolvem linguagem funcional ao longo da vida (Backes, Zanon, & Bosa, 2017; Bottema-Beutel, Yoder, Hochman, & Watson, 2014).

Ao compararem dois grupos de crianças, o primeiro com TEA (QI  $83 \pm 21,2$ ) e o segundo com desenvolvimento típico (QI  $114,5 \pm 11,7$ ), em idades entre 24 e 68 meses (Rodman, Gilbert, Grove, Cunningham, Levenson, & Wajsblat, 2010), pesquisadores verificaram que, apesar de o grupo TEA apresentar menos exploração de objetos e diversidade em brincadeiras do que o grupo desenvolvimento típico, esta diferença não foi significativa, devido ao nível de QI do primeiro grupo. Isto indica que as habilidades cognitivas impactaram diretamente na capacidade de brincar e no repertório de brincadeiras, independentemente do Autismo.

A presença do comprometimento cognitivo raramente aparece sem outros sintomas comportamentais. Em estudo recente (Orsati, 2006), no qual foram avaliadas as funções executivas de crianças e adolescentes com idades entre 8 e 19 anos, diagnosticadas com Autismo, identificou-se que o grupo com TEA possuía comprometimentos em funções como regulação da atenção, flexibilidade cognitiva e controle inibitório (Orsati, 2006).

Sobre o diagnóstico do TEA no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a identificação até os 3 anos de idade e indica o uso de instrumentos de rastreamento (Brasil, 2013). Apesar disto, o que se percebe na prática, é um campo que parece pouco explorado. Dado indicado pelas Diretrizes de Atenção e Reabilitação da pessoa com TEA (Brasil, 2013) e corroborado em recente revisão (Seize & Borsa, 2017), que não encontrou nenhum estudo brasileiro que fizesse uso de instrumentos para rastreamento precoce do TEA.

O rastreamento precoce do Autismo, aliado a avaliação cognitiva e de linguagem, podem oferecer subsídios importantes para o planejamento de intervenções que visem contribuir para a proteção do desenvolvimento dos pequenos (Pineda *et al.*, 2015; Kantzer, Fernell, Gillberg, & Miniscalco, 2013). Embora seja indicado, o processo de testagem desta população pode ser delicado, tendo em vista a pouca sensibilidade dos testes padronizados para mediar a complexa expressão comportamental das crianças. Além disso, os questionários de relatos parentais estão sujeitos a enviesamentos dos responsáveis/cuidadores sobre as habilidades das crianças (Luyster, Kadlec, & Tager-Flusberg, 2008).

A grande variabilidade nos níveis de comprometimentos de crianças com autismo, conjuntamente às patologias associadas, também contribui para o desafio da avaliação precoce. Não é incomum que indivíduos com Autismo apresentem Transtornos de Humor, Epilepsia, Distúrbio do Sono, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Deficiência Intelectual (DI), dentre outros (Bianchini & Souza, 2014; Garcia, Viveiros, Schwartzman, & Brunoni, 2016). Ainda, quando se tratam de crianças pré-escolares, isto pode ser agravado ainda mais, devido as sutilezas em se diferenciar os comportamentos esperados para a faixa etária, dos que não são (Bosa, Zano, & Backes, 2016), o que complexifica o processo psicodiagnóstico. Desta forma, ao ressaltar a importância de estudos sobre o Autismo na primeira infância e a escassez de pesquisas nacionais sobre o tema, o objetivo deste estudo é investigar o desenvolvimento da cognição e da linguagem em crianças com Transtorno do Espectro Autista nos primeiros anos de vida.

## 2. Método

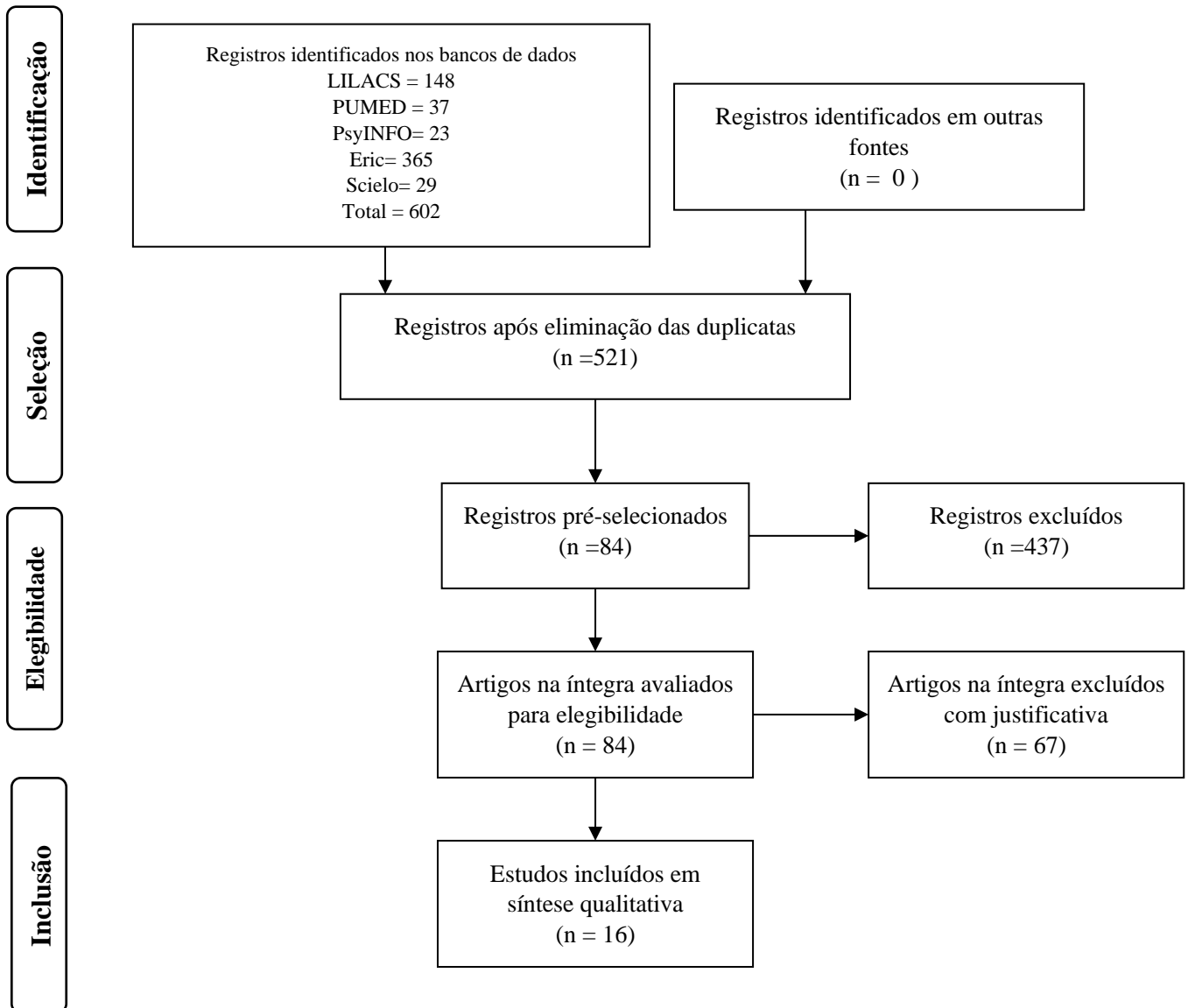
A presente revisão de sistemática desenvolveu-se de acordo com a metodologia Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises - PRISMA (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015). Os protocolos do PRISMA podem ser encontrados no site <http://www.prisma-statement.org/>.

Realizou-se o levantamento da literatura nas bases de dados ERIC, LILACS, PsycINFO, Scielo, e PubMed, entre os meses de setembro e outubro de 2018. Utilizaram-se os seguintes grupos de descritores: (1) “*Autism Spectrum Disorder*” (Transtorno do Espectro Autista); AND “*preschool age*” (pré-escolar); AND “*neuropsychological assessment*” (avaliação neuropsicológica) AND “*cognitive*” (cognitivo OR Cognição); AND “*language*” (linguagem). (2) “*Autism*” (Autismo) AND “*Assessment*” (Avaliação) AND “*Language*” (linguagem) AND “*preschool age*” (pré-escolar); (3) *Autism* (Autismo) AND “*Assessment*” (Avaliação) AND “*Cognitive*” (Cognitivo OR cognição) AND “*preschool age*” (pré-escolar); (4) “*Autismo*” (Autismo) AND “*assessment*” (avaliação) AND “*cognitive*” (cognição) OR “*language*” (linguagem).

Consideraram-se aptos para a inclusão no estudo, os artigos empíricos publicados entre os anos de 2008 a 2018 (devido ao caráter de atualização dos mesmos, optou-se pelos últimos 10 anos), em periódicos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que tratassem da avaliação da cognição e/ou da linguagem de crianças de 0 a 6 anos de idade, com suspeita ou diagnóstico do TEA, dentro do campo da Neurociência e/ou

Neuropsicologia. Ainda, foram excluídos, os artigos que não atendiam ao critério de inclusão, artigos duplicados, estudos teóricos ou de revisão, estudos psicométricos, de desenvolvimento de instrumentos ou avaliação dos mesmos, artigos de intervenção e os que tratavam do TEA como um transtorno secundário/comórbido.

## 2.1 PRISMA 2009 Fluxograma

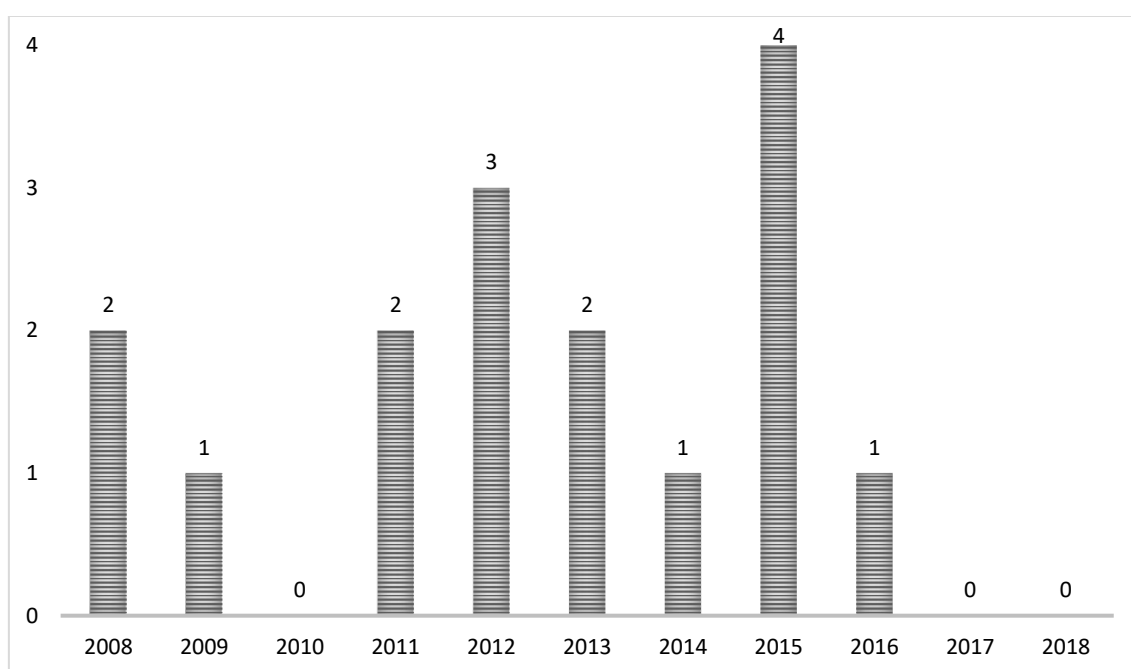


## 3. Resultados e Discussão

### 3.1 Caracterização dos estudos

Os artigos incluídos nesta revisão, foram publicados no período de 10 anos, entre os anos de 2008 a 2018. Observa-se em 2015 o maior número de estudos (4; Layton, Hao,

Zou, Li, Shao, Yao, *et al.*, 2015; Thurm, Manwaring, Swineford & Farmer, 2015; Yoder, Watson & Lambert, 2015; Bennett, Szatmari, Georgiades, Hanna, Janus, Georgiades *et al.*, 2015), seguido de 2012 (3, Barbaro & Dissanayake, 2012; Chaidez, Hansen & Hertz-Picciotto, 2012; Veness, Prior, Bavin, Eadie, Cini & Reilly, 2012) e 2013 (2; Andersson, Gillberg & Miniscalco, 2013; Kantzer, Fernell, Gillberg & Miniscalco, 2013). De acordo com o Gráfico 1, que apresenta as médias de publicações incluídas neste período, parece ter ocorrido um aumento no número de publicações sobre o tema a partir de 2011 até 2015, conseguinte a diminuição a partir do ano de 2016.



**Gráfico 1** – Número de publicações incluídas entre os anos de 2008 a 2018

Dentro as plataformas utilizadas, a plataforma ERIC foi a com o maior número de estudos aceitos, com 9 artigos - 56,25% (Barbaro & Dissanayake, 2012; Bennett *et.al.*, 2015; Bottema-Beutel, Yoder, Hochman & Watson, 2014; Chaidez, Hansen & Hertz-Picciotto, 2012; Layton *et al.*, 2015; Moulton, Barton, Robin, Abrams & Fein, 2016; Thurm *et al.*, 2015; Vanvuchelen, Roeyers & Weerd, 2011; Yoder *et al.*, 2015), seguido LILACS com 6 artigos - 37,50% (Andersson *et al.*, 2013; Kantzer *et al.*, 2013; Luyster, Kadlec, Carter & Tager-Flusberg, 2008; Munson, Faja, Meltzoff, Abbott & Dawson, 2008; Veness *et al.*, 2012; Young, Rogers, Hutman, Rozga, Sigman & Ozonoff, 2011) e o PsyINFO com apenas 1 - 6,25% (Young, Merin, Rogers & Ozonoff, 2009). Todos os textos selecionados para esta revisão encontraram-se na língua inglesa.

A respeito dos países de origem dos estudos (Tabela 1), 9 estudos desenvolveram-se nos Estados Unidos – EUA (Bottema-Beutel *et al.*, 2014; Chaidez *et al.*, 2015; Luyster *et al.*, 2008; Moulton *et al.*, 2016; Munson *et al.*, 2008; Thurm *et al.*, 2015; Yoder *et al.*, 2015; Young *et al.*, 2009; Young *et al.*, 2011). Seguidos da Austrália (Barbaro *et al.*, 2012; Veness *et al.*, 2012;), Canadá (Bennett *et al.*, 2015), Suécia (Andersson *et al.*, 2013; Kantzer *et al.*, 2013) e Bélgica (Vanvuchelen *et al.*, 2011) e China (Layton *et al.*, 2015). Nenhum estudo brasileiro foi encontrado, tal como registrado por Seize e Borsa (2017) em revisão de literatura semelhante. Este achado corrobora para uma possível lacuna de pesquisas dentro deste campo no Brasil.

**Tabela 1** – Caracterização dos estudos

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>N.</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Local de origem</b>
Andersson <i>et al.</i> (2013)	Verificar os perfis clínicos, sociais, de desenvolvimento e comunicação de crianças pequenas com TEA e investigar se meninos e meninas com tem o mesmo perfil clínico.	40	30 a 42 meses	Suécia
Barbaro <i>et al.</i> (2012)	Investigar os perfis de desenvolvimento de crianças com TEA de 12 a 24 meses, que foram prospectivamente identificados através da vigilância o desenvolvimento em uma grande amostra baseada na comunidade	109	12 a 24 meses	Austrália
Bennett <i>et al.</i> (2015)	Modelar associações recíprocas longitudinais entre as vias de competência social (SOC) e de linguagem (LANG) em crianças pequenas com TEA.	365	24 a 42 meses	Canadá
Bottema-Beutel <i>et al.</i> (2014)	Investigar se o alto funcionamento no engajamento conjunto pode servir como um fator preditivo para o desenvolvimento da linguagem e comunicação social.	63	24 a 47 meses	Estados Unidos
Chaidez <i>et al.</i> (2012)	Descrever diferenças demográficas e fenotípicas potencialmente relevantes para o TEA em uma comparação entre hispânicos e não hispânicos nos EUA.	1061	24 a 60 meses	Estados Unidos
Kantzer <i>et al.</i> (2013)	Descrever o perfil clínico de crianças com rastreamento positivo para o TEA e comparar com crianças sem rastreamento positivo para o TEA.	129	19 a 49 meses	Suécia
Layton <i>et al.</i> (2015)	Comparar o Autismo de alta e baixa função com o déficit de inteligência e desenvolvimento típico	803	36 a 84 meses	China
Luyster <i>et al.</i> (2008)	Instrumentos que possibilitam a avaliação preditivas da linguagem expressiva e receptiva em crianças com TEA	164	18 a 33 meses	Estados Unidos

Moulton <i>et al.</i> (2016)	Caracterizar aspectos cognitivos e comportamentais de crianças que demonstraram "ótimos progressos" de crianças que continuaram no espectro do Autismo	190	26 a 52 meses	Estados Unidos
Munson <i>et al.</i> (2008)	Compreender a singularidade relações entre a função neurocognitiva precoce e, posteriormente, desenvolvimento do comportamento social e comunicativo em pré-escolares com Autismo	70	34 a 52 meses	Estados Unidos
Thurm <i>et al.</i> (2015)	Explorar a linguagem em uma coorte de crianças minimamente verbais com Autismo avaliadas durante os anos pré-escolares e determinar como a gravidade dos sintomas de TEA nos domínios centrais prediz o desenvolvimento da linguagem falada até os 5 anos de idade.	70	12 a 59 meses	Estados Unidos
Vanvuchelen <i>et al.</i> (2011)	Investigar o valor da imitação para o diagnóstico do transtorno do espectro autista em crianças pré-escolares	86	22 a 53 meses	Bélgica
Veness <i>et al.</i> (2012)	Comparar o desenvolvimento social e comunicativo de crianças com TEA, atraso no desenvolvimento, prejuízos na linguagem e desenvolvimento típico para definir em que idade os grupos aparentam sinais de diferenças.	18	47 meses	Austrália
Yoder <i>et al.</i> (2015)	Avaliar preditores de linguagem expressiva e receptiva em pré-escolares com TEA	87	24 a 48 meses	Estados Unidos
Young <i>et al.</i> (2009)	Apresentar dados longitudinais de acompanhamento para pesquisas que anteriormente sugeriam a possibilidade de comportamento anormal do olhar marcada pela diminuição do contato visual em um subgrupo de crianças de 6 meses de idade em risco para o Autismo	58	6 a 24 meses	Estados Unidos
Young <i>et al.</i> (2011)	Investigar comportamentos de imitação de crianças pré-escolares com TEA e desenvolvimento típico	94	1 a 24 meses	Estados Unidos

No que diz respeito a caracterização das amostras, participaram 3.540 crianças com idade média de 34,75 meses ( $\pm 19,20$ ), cujos diagnósticos foram estabelecidos com base no DSM-IV ou DSM-IV TR. Doze estudos especificaram o número de meninos e meninas (Tabela 2), sendo 81,14% meninos, e 18,86% de meninas. Este dado vai ao encontro das estimativas de gênero no Autismo, a qual apontam que a maior parcela se encontra em indivíduos do sexo masculino (Andersson *et al.*, 2013).

Ainda neste sentido, Andersson e colaboradores (2013) investigaram a relação entre gênero e perfis clínicos de 40 crianças pré-escolares com diagnóstico positivo para o Autismo (Tabela 1). Quanto à linguagem, dezenove das quarenta crianças não falavam

ou apresentavam palavras isoladas (8 meninas e 11 meninos). Nove crianças apresentavam fala com ecolalia (6 meninas e 3 meninos) e doze das quarenta apresentavam comunicação funcional (6 meninas e 6 meninos).

A despeito do que é apontado pela literatura, não houve diferenças significativas entre os grupos neste estudo. Parte disso talvez se deva a pequena amostra de crianças, que pode não ser representativa para a população geral.

**Tabela 2** – Caracterização das amostras

<b>Estudo</b>	<b>N. de meninos</b>	<b>N. de meninas</b>	<b>Contexto dos participantes</b>	<b>Referencial Diagnóstico Utilizado</b>	<b>Características do TEA**</b>
Andersson <i>et al.</i> (2013)	20	20	Clínica especializada	DSM-IV TR	PDD-NOS, Asperger Autismo
Barbaro <i>et al.</i> (2012)	*	*	Hospitalar	DSM-IV TR	*
Bennett <i>et al.</i> (2015)	*	*	Clínica especializada	DSM-IV TR	Autismo, Asperger, PDD-NOS
Bottema-Beutel <i>et al.</i> (2014)	*	*	*	DSM-IV TR	Autismo
Chaidez <i>et al.</i> (2012)	*	*	*	DSM-IV TR	Autismo
Kantzer <i>et al.</i> (2013)	102	27	Clínica Especializada	DSM-IV TR	Autismo, Autismo Atípico, PDD-NOS
Layton <i>et al.</i> (2015)	684	119	Clínico	DSM-IV TR	Alto funcionamento e baixo funcionamento
Luyster <i>et al.</i> (2008)	129	35	Clínica especializada	DSM-IV TR	Autismo
Moulton <i>et al.</i> (2016)	156	34		DSM-IV	Autismo
Munson <i>et al.</i> (2008)	58	12	Clínica Especializada	DSM-IV	*
Thurm <i>et al.</i> (2015)	*	*	*	DSM-IV TR	*
Vanvuchelen <i>et al.</i> (2011)	50	18	Clínica especializada	DSM-IV TR	Autismo
Veness <i>et al.</i> (2012)	16	2	Clínico	DSM-IV TR	*
Yoder <i>et al.</i> (2015)	71	16	*	DSM IV	*
Young <i>et al.</i> (2009)	17	16	*	DSM IV	Grupo de risco
Young <i>et al.</i> (2011)	*	*	*	DSM-IV TR	*

\*Dados ausentes

\*\*Em conformidade com as novas classificações do DSM-V, neste trabalho os termos Autismo, Asperger e PDD-NOS foram agrupados na categoria TEA, ou Autismo

Em estudos envolvendo Autismo e DI, há uma maior incidência em meninas do que em meninos, o que agrava a apresentação dos sintomas nelas. Contudo, quando o TEA está presente, mas sem o DI como comorbidade, os sintomas manifestam-se nelas de modo mais sutil do que para os rapazes, causando o subdiagnóstico (Júlio-Costa & Antunes, 2017).

Já Layton e colaboradores (2015) compararam coortes com desenvolvimento típico, Autismo de alta (QI +70) e baixa função (QI – 69), com o déficit de inteligência. Todos os participantes foram avaliados pela escala *Chinese Autism Diagnostic Scale (CADS)*, que avalia domínios como comportamento motor, estereotípias, comportamento sensorial, brincadeira, interação social e linguagem expressiva e receptiva. Os resultados não indicaram diferenças significativas entre o grupo Autismo versus desenvolvimento típico. Em relação aos resultados do grupo com Autismo de baixo funcionamento, estes demonstraram-se estatisticamente inferiores aos do grupo com DI em todos os aspectos do CADS. Por fim, nos grupos Autismo de alto e baixo funcionamento, verificaram semelhanças no domínio brincadeira, interação social. Isto é, o que pode indicar que estes comportamentos eram comuns em crianças no espectro. Contudo, nenhuma comparação entre o grupo alta função e DI foi realizado, o que pode prejudicar a compreensão do impacto cognitivo para as habilidades de vida diária das crianças.

### **3.2 A cognição e a linguagem no Autismo**

O estudo de Kantzer e colaboradores (2013) objetivou descrever o perfil clínico de crianças com rastreamento positivo para o TEA. Avaliaram uma amostra de 129 crianças em idades entre 19 e 49 meses no período entre 2009 e 2011. Para isto, realizaram o procedimento diagnóstico em três passos: (1) triagem breve de linguagem; (2) aplicação do M-CHAT, e (3) observação da atenção conjunta (JA-OBS), realizadas por uma enfermeira ou pediatra treinados. Além disso, um professor e um psicólogo experientes avaliaram as crianças à partir do *Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic (ADOS-G)* em todas as crianças; 72% (93/129) dos casos foram avaliados usando o *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO-11)*. Um médico conferiu os diagnósticos baseado no DSM-IV-TR. Na avaliação cognitiva, um neuropsicólogo realizou as testagens através dos seguintes instrumentos: (1) *The Griffiths'* (112 casos); (2) Escala Wechsler de Inteligência para Crianças Pré-escolares (WPPSI-III) (8 casos); (3) *Merrill-Palmer* (5 casos). Foram avaliadas as habilidades motoras (por observação); adaptativas (*Vineland*



*Adaptive Behavior Scales - VABS*) e o funcionamento geral na vida diária (*The Children's Global Assessment Scale - C-GAS*). Por fim, um fonoaudiólogo examinou a linguagem dos participantes de acordo com a qualidade da comunicação, da seguinte maneira: a) nenhuma palavra; b) algumas palavras isoladas; c) algumas sentenças comunicativas; d) fala muito, com ecolalia, ou e) fala muito, de maneira adequada.

De todas as 129 crianças avaliadas com o protocolo supracitado (Kantzer *et al.*, 2013), 100 receberam o diagnóstico do TEA. Para conferir validade aos diagnósticos, antes das avaliações, todos os enfermeiros e médicos foram treinados a fim de aumentar a consciência dos sintomas autistas. Os autores apontaram que 81% das crianças com menos que 36 meses não falavam nenhuma palavra ou algumas palavras isoladas. Dentre as com mais de 36 meses, 34% algumas palavras ou nenhuma e 27% usavam algumas sentenças comunicativas.

O estudo citado anteriormente demonstra que a avaliação de uma criança pré-escolar com Autismo pode envolver questões importantes no que diz respeito à escolha do método a ser empregado devido ao domínio da linguagem pela criança. Aponta-se que por um lado, os instrumentos de aplicação direta podem ser pouco sensíveis para as especificidades deste público, enquanto por outro os de relatos parentais podem conter vieses dos cuidadores (Luyster *et al.*, 2008).

Neste sentido, Luyster *et al.* (2008) compararam resultados entre instrumentos de aplicação direta e de relatos parentais. Assim, recrutaram crianças com idades entre 18 e 33 meses de centros especializados em um estado dos EUA. Para as avaliações realizaram duas visitas a casa dos participantes. Na primeira, administraram à criança, as escalas ADOS-G; *Mullen Scales of Early Learning* (MSEL); *Imitation Battery* (IB); e o *Early Social Communication Scales* (ESCS). A segunda visita, conduzida com as mães através da *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R); o VABS e o *MacArthur-Bates Communicative Development Inventories* (MCDI). Identificaram medidas semelhantes e estatisticamente significativas entre ambos os tipos de instrumento. Constataram uma correlação significativa entre a habilidade de linguagem (expressiva e receptiva) e habilidades cognitivas-sociais. Isto é, crianças com melhores interações sociais e cognitivas (como jogo simbólico) também obtiveram melhores escores de linguagem (Luyster, *et al.*, 2008). Apesar da correlação positiva neste estudo, deve ser pontuado como limitação o pequeno tamanho da amostra, que inviabiliza a generalização dos resultados.

Em estudo longitudinal, Barbaro e Dissanayake, (2012) investigaram os perfis de desenvolvimento de 109 crianças com Autismo em idades de 12 a 24 meses. Realizaram avaliações semestrais a partir dos 12 meses de idade. Oito crianças foram avaliadas três vezes (12, 18 e 24 meses); 29 crianças foram avaliadas duas vezes (aos 18 e 24 meses) e 72, apenas uma vez. Os diagnósticos foram determinados aos 24 meses, usando o ADOS e ADI-R. A caracterização da população, através da MSEL. As crianças com Autismo, demonstram fraquezas nas habilidades verbais. Entretanto, a partir do segundo ano de vida, desenvolveram melhor a linguagem expressiva do que a receptiva. Neste estudo, os autores sugerem cautela na interpretação dos dados. Embora houvesse um grande número de participantes, nem todos estavam disponíveis para todas as análises de mudança no desenvolvimento e indicam que estudos adicionais são necessários, principalmente para compreender o papel da linguagem receptiva nesta população.

O desenvolvimento da linguagem está atrelado ao desenvolvimento de algumas habilidades, como por exemplo a atenção compartilhada. Esta habilidade, que costuma apresentar déficits no Autismo, permite o compartilhamento de interesses entre dois sujeitos e um objeto (Mundy *et al.*, 1986 como citado em Montenegro, 2018).

Bottema-Beutel, e colaboradores (2014) investigaram se o alto funcionamento no engajamento conjunto pode servir como um fator preditivo para o desenvolvimento da linguagem e comunicação social. No decorrer de oito meses de avaliações, com pesquisadores treinados, examinaram 63 crianças autistas e minimamente verbais, em idades entre 24 e 47 meses. Além do DSM-IV-TR, conferiu validade ao diagnóstico a escala ADOS. Utilizaram os seguintes instrumentos para avaliação do desenvolvimento: MSEL; *Parent-Child Free Play Procedure* (PCFP); MCDI; *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile* (CSBS DP). Verificaram que crianças com maiores índices de atenção compartilhada, tendiam a apresentar melhores resultados em tarefas de linguagem, já que as experiências de compartilhamento podem fornecer o apoio contextual e a motivação social necessária para linguagem expressiva e comunicação social, por serem meios pelos quais a criança interage com os outros (Bottema-Beutel *et al.*, 2014). Apesar dos resultados estarem em consonância com outros estudos, houveram limitações como: o número de indivíduos com alto índice de atenção compartilhada era menor do que os com esta função rebaixada, o que dificultou a testagem da hipótese inicial.

Outro estudo de Munson e *et al.* (2008) analisou a associação entre funções neurocognitivas como aprendizagem e memória de trabalho/operacional com o

crescimento da habilidade social e de comunicação em 70 crianças com Autismo. Em análise da curva de crescimento, identificou-se que o crescimento da socialização se relacionava com o aumento de habilidades como a capacidade de resolver problemas, recompensa pelo aprendizado e memória. Para a comunicação, um padrão similar foi detectado, porém, a memória e a recompensa pelo aprendizado surtiram menos efeito. Esses resultados podem fornecer suporte para a hipótese de que medidas de recompensa de aprendizagem no período pré-escolar preveem a taxa de crescimento social e de comunicação. No entanto, apontam como limitação a dificuldade na avaliação deste público. Por exemplo, em muitas tarefas, a criança não responde, o que acarreta na falta de dados.

**Tabela 3** – Instrumentos utilizados para avaliação cognitiva e de linguagem

<b>Medida</b>	<b>Respondente</b>	<b>Descrição</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Domínio acessado</b>
<i>Clinical Evaluation of Language Fundamentals, Preschool 2nd Edition - Australian Standardised Edition (CELF-P2)</i>	*	*	*	Linguagem
<i>Kaufman Brief Intelligence Test 2nd Edition (KBIT-2)</i>	*	*	*	Linguagem
<i>Child Development Inventory (CDI)</i>	Pais	Relatos parentais	15 meses a 6 anos	Linguagem
<i>MacArthur Communicative Development Inventory-Words and Gestures Form (MCDI)</i>	Pais	Relato dos pais	16 – 30 meses	Desenvolvimento precoce de gestos e jogo funcional e simbólico
<i>Early Social Communication Scales (ESCS)</i>	Pais	*	+ 30 meses	Comunicação social Linguagem; atenção conjunta
<i>Multiple Language Questionnaire and the Aberrant Behavior Checklist (ABC)</i>	*	*	*	Linguagem
<i>Reynell Developmental Language Scales (RTOS)</i>	*	*	*	Linguagem
<i>Reynell Developmental Language Scales III (RDLS)</i>	*	Escala	2-4.11 anos	Linguagem
<i>Early Social Communication Scales (ESCS)</i>	*	Escala	*	Atenção conjunta e comunicação
<i>Psychoeducational Profile-3 (PEP-3)</i>	Psicólogo	Escala	6 meses à 7 anos	Desenvolvimento e comportamentos desadaptativos de crianças com TEA
<i>Parents' Evaluation of Developmental Status– Authorised Australian Version (PEDS)</i>	Pais	Questionário	12-24 meses	Preocupação com o desenvolvimento da linguagem

<i>Peabody Developmental Motor Scales-2 (PDMS-2)</i>	*	*	*	Desenvolvimento motor
<i>Mullen Scales of Early Learning (MSEL)</i>	*	Escala	0-68 meses	Desenvolvimento
<i>Bayley Scales of Infant Development (BSID-II)</i>	*	*	*	Desenvolvimento
<i>Merrill-Palmer-Revised Scales of Development (MPR)</i>	Psicólogo	Escala	1-78 meses	Desenvolvimento
<i>The Griffiths' Developmental Scales I and II (GDS)</i>	Neurologista/ Psiquiatra	Escala	0-8 anos	Desenvolvimento
<i>Vineland Adaptive Behaviour Scales-2nd Edition (VABS-II; VABS)</i>	Pais	Entrevista semiestruturada	0-18 anos	Comportamentos Adaptativos
<i>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, third edition (WPPSI-III)</i>	Neurologista/ Psiquiatra	Escala	2.6 -7.3 anos	Linguagem e inteligência
<i>Snijders-Oomen Nonverbal Intelligence Test for Children (SON-R 2.5-7)</i>	*	*	2.5-7 anos	Cognição
<i>Preschool Imitation and Praxis Scale (PIPS)</i>	*	Escala	12- 59 meses	Imitação
<i>Imitation Battery</i>	*	Tarefa	*	Imitação
<i>Motor Imitation Scale (MIS)</i>	*	*	*	Imitação motora
<i>Oral Motor Examination Amato and Slavin (OME)</i>	*	*	*	Movimento bucal

A Tabela 3 apresenta os instrumentos que foram utilizados para avaliação cognitiva e de linguagem das crianças que compuseram a amostra. A escassez de instrumentos padronizados para a população brasileira é um desafio comum enfrentado pelos neuropsicólogos (Radanovic & Mansur, 2002). Observa-se que, até o momento, apenas o SON-R 2.5-7 está favorável e validado para a população brasileira (SATEPSI, 2019), o que pode dificultar a avaliação nesta população.

### 3.3 Processo diagnóstico

A Tabela 4 abaixo apresenta a descrição dos instrumentos empregados nas avaliações dos estudos supracitados. Foram categorizados em dois grupos de acordo com a função que desempenhavam, a considerar o grupo 1 (rastreamento) e o grupo 2 (diagnóstico) do TEA. Em relação aos testes do grupo 2, o ADOS e ADOS-G ficaram entre os mais empregados nas avaliações (Gráfico 2). As mesmas são consideradas referências para o diagnóstico do Autismo, baseiam-se em observações comportamentais semiestruturadas e estão divididas em quatro áreas, a saber: interação social recíproca, comunicação, comportamentos e interesses restritos e repetitivos (Moulton, Barton, Robins, Abrams, & Fein, 2016).

**Tabela 4**

Descrição dos instrumentos de diagnóstico e rastreio para o Autismo

<b>Medida</b>	<b>Nível</b>	<b>Respondente</b>	<b>Descrição</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Domínio acessado</b>
<i>Autism Diagnostic Observation Schedule - Generic (ADOS; ADOS-G)</i>	2	Psicólogo ou Educador Especial	Observação comportamental semiestruturada	24 meses até 90 anos	Apresentação atual dos sintomas
<i>Chinese Autism Diagnostic Scale (CADS)</i>	2	Profissional treinado	Avalia domínios comportamentais	12 a 84 meses	Apresentação dos sintomas
<i>Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)</i>	2	Pais	Entrevista semiestruturada	4-90 anos	História e apresentação atual dos sintomas
<i>Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO-11)</i>	2	Pais	Entrevista semiestruturada	Intergeracional	Apresentação atual dos sintomas; habilidades de vida diária
<i>Childhood Autism Rating Scale (CARS)</i>	2	Psicólogo ou pediatra	Observação estruturada	2-4 anos	Apresentação atual dos sintomas
<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT/M-CHAT-R/F)</i>	1	Pais	Questionário	16-30 meses	Habilidades de comunicação atuais
<i>Toddler Autism Symptom Interview (TASI)</i>	1	Psicólogo ou pediatra	*	*	*
<i>Communication and Symbolic Behavior Scale Developmental Profile (CSBS-DP) Infant Toddler Checklist (CSBS-ITC)</i>	1	Pais	Checklist	9- 24 meses	Problemas na comunicação social de crianças com TEA
<i>Social Communication Questionnaire (CSQ)</i>	1	Pais	Checklist	12-24 meses	Problemas de comunicação social em crianças com TEA

Nível 1: Instrumentos utilizados para o rastreio do TEA.

Nível 2: Instrumentos utilizados para diagnóstico do TEA.

\* :Não informado no artigo

Em estudo longitudinal, com crianças de 6 meses de idade, consideradas com risco para o Autismo (possuíam irmãos diagnosticados o transtorno), examinou-se a relação entre o rebaixamento do olhar para os olhos e a manifestação do TEA, aos 24 meses de idade (Young *et al.*, 2009). Na amostra de 49 crianças consideradas com risco e prejuízos no olhar, apenas 3 desenvolveram o TEA aos 24 meses. Apesar de pesquisas anteriores

apontarem para relação entre os prejuízos no olhar e o Autismo, para este estudo, esta característica não pode ser vista como um valor preditivo.

Veness e colaboradores (2012) analisaram quatro grupos de crianças (desenvolvimento típico, transtorno específico de linguagem, atraso no desenvolvimento e TEA) com idades entre 8 e 24 meses a fim de compreender os sinais que distinguem o Autismo de outros transtornos infantis. Registraram que, aos 12 meses, não houve diferenças significativas entre os grupos, sobre o nível de preocupação parental com o desenvolvimento da linguagem, comportamento ou habilidades sociais. No entanto, aos 24 meses de idade, 70,6% dos pais das crianças com Autismo reportaram preocupação com uma ou mais áreas do desenvolvimento, enquanto 40% dos pais de crianças com atraso no desenvolvimento, 25% para o transtorno específico de linguagem e 28,3% das crianças com desenvolvimento típico demonstraram algum tipo de preocupação (Veness *et al.*, 2012). De modo semelhante, não encontraram diferenças significativas no aspecto comunicação social da escala *Communication and Symbolic Behavior Scale Developmental Profile* (Tabela 3), aos 8 meses de idade. Aos 12 meses o grupo Autismo obteve pontuações significativamente menores do que as do grupo de desenvolvimento típico neste domínio (Veness *et al.*, 2012). Ainda aos 12 meses de idade, o uso dos primeiros gestos comunicativos distinguiu o grupo com TEA dos demais. O primeiro grupo alcançou pontuações menores do que os outros. Aos 24 meses, as habilidades de mostrar, apontar e demonstrar interesse continuaram a diferenciar as crianças de desenvolvimento típico, do grupo Autismo.

Apesar de prejuízos na linguagem estarem associados com a severidade no Autismo, este aspecto isolado não é capaz de diferenciar crianças com TEA de crianças com transtornos de linguagem, tendo em vista que prejuízos comunicativos são comuns em diversas síndromes (Veness *et al.*, 2012). Observou-se também o crescimento significativo sobre a preocupação dos pais no grupo de crianças com TEA aos 24 meses. Apesar dos prejuízos estarem presentes desde tenras idades, o Autismo dificilmente é diagnosticado antes dos três anos de idade (Veness *et al.*, 2012).

Moulton e colaboradores (2016) ao analisar uma amostra de 190 crianças com idades entre dois a quatro anos, constataram que a estabilidade e mudança no diagnóstico relacionava-se com o nível cognitivo de cada criança, ou seja, enquanto as com alto comprometimento cognitivo permaneciam no espectro, as com maiores níveis cognitivos, não atendiam mais aos critérios diagnóstico aos quatro anos de idade. Este dado suporta

a importância do mapeamento cognitivo na primeira infância, de modo que os ganhos cognitivos, favorecem para um bom prognóstico da criança.

Vanvuchelen, Roeyers e Weerdt (2011) investigaram a correlação entre prejuízos na imitação e o diagnóstico de crianças pré-escolares com TEA. Os pesquisadores identificaram que crianças com menos capacidade de imitação possuíam menores habilidades no domínio motor e de linguagem. Entende-se que a imitação como uma habilidade crítica para o desenvolvimento social e intelectual nos primeiros anos de vida, que por volta dos dois anos de idade auxilia no processo de aprendizagem de palavras, através da repetição dos sons.

Outro aspecto levantado pela literatura deu-se em estudo comparativo sobre as diferenças étnicas na expressão fenotípica do Autismo, entre americanos hispânicos e não-hispânicos. Para isso, foram recrutadas 1061 crianças com idades entre abril de 2003 e dezembro de 2009 (Chaidez, Hansen & Hertz-Picciotto, 2012). Para avaliação do TEA foram usados os testes ADOS, ADOS-G, ADI-R. As habilidades cognitivas medidas através da VABS, MSEL. O nível de linguagem foi observado e codificado em categorias: funcionalidade no uso de frases, envolvendo três palavras ou mais; sem uso de frases, mas com o uso de ao menos cinco palavras diferentes ou sem fala, ou poucas palavras. Verificaram mais semelhanças do que diferenças entre hispânicos e não-hispânicos. Uma limitação deste estudo é que algumas das medidas baseiam-se exclusivamente nos relatórios parentais. Além disso, fatores culturais podem influenciar a percepção de comportamentos autistas e possivelmente frequência percebida de um comportamento particular.

#### **4. Considerações finais**

A presente revisão sistemática teve como objetivo investigar o desenvolvimento da cognição e da linguagem em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos primeiros anos de vida. Para isto, traçou-se um panorama da literatura sobre o tema nos últimos 10 anos (2008 a 2018).

Quanto à origem dos participantes, foi observado maior incidência de estudos em clínicas especializadas, bem como grande parte dos estudos realizados nos Estados Unidos. Outro ponto relevante foi a escassez na produção nacional de literatura sobre o tema neste período. Este fato pode estar vinculado a dificuldade dos pesquisadores ao

acesso a este público. Nota-se igualmente as autorias possuem um viés. Por exemplo, seis dos estudos encontrados, foram publicados por grupos de autores em comum (Kantzer *et al.*, 2013; Andersson *et al.* 2013; Young *et. al.*, 2009; Young *et al.*, 2011; Bottema-Beutel *et al.*, 2014; Yoder *et al.*, 2015). Este achado pode explicar o motivo do crescimento das publicações no período compreendido entre 2012 a 2015 e indicar que tanto a escolha dos instrumentos, quanto das metodologias de análise podem conter vieses dos grupos de pesquisa.

Considera-se ainda que a escolha dos descritores, critérios de inclusão e exclusão podem ter excluídos estudos brasileiros que não tratem da avaliação neuropsicológica desta população. O número de pesquisas realizadas pelo mesmo grupo de pesquisadores também pode ser e ressalta-se como uma limitação.

Apesar dos temas cognição e linguagem terem sido recorrentes nos artigos selecionados, nota-se uma grande heterogeneidade nas pesquisas, sendo investigados diferentes aspectos das habilidades mencionadas. Um primeiro desafio enfrentado foi a abrangência do termo cognição, que engloba diferentes aspectos do processamento mental. Isto dificultou a correlação dos resultados, tendo em vista que a literatura englobava diferentes pontos e metodologias para aferição deste processo. Da mesma forma, foi possível identificar limitações metodológicas, principalmente em relação a caracterização das amostras, o baixo quantitativo de participantes, atrelado as suas peculiaridades pode tornar sensível a generalização dos resultados. De modo geral, a linguagem estava associada ao desenvolvimento de outras funções como a atenção compartilhada e cognição. Ainda, os diagnósticos foram realizados no período etário compreendido entre 24 e 36 meses, o que pode sugerir que pesquisas na área contribuam não só para o aumento da literatura a respeito do Autismo, quanto para o diagnóstico precoce dos pequenos.

De modo geral, nesta revisão, foi possível descrever os principais sintomas do Autismo, bem como a relação da cognição e da linguagem. Além disso, observou-se quais os instrumentos psicológicos, neuropsicológicos e psiquiátricos mais utilizados na investigação de crianças com suspeita de TEA ou já diagnosticadas com o transtorno. Por fim, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de ampliar os resultados aqui descritos



## 5. Referências Bibliográficas

Aguiar, M. C. M., & Pondé, M. P. (2020) Autismo: impacto do diagnóstico nos pais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. doi: 10.1590/0047-2085000000276

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Andersson, G. W., Gillberg, C., & Miniscalco, C. (2013). Pre-school children with suspected autism spectrum disorders: do girls and boys have the same profiles?. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 413-422. doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.025

Asperger, H. (1991). Autistic psychopathy' in childhood. *London: Cambridge University Press*. Recuperado em 17 de julho, 2019, de <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526770.002>.

Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa e Mercado (2003). *Classificação socioeconômica: critério ABIPEME*. [doc. online]. São Paulo; Disponível em: <http://www.anep.org.br>.

Backes, B., Zanon, R. B., Bosa, C. A. (2017) Características Sintomatológicas de Crianças com Autismo e Regressão da Linguagem Oral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, 1-10. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3343>

Barbaro, J., & Dissanayake, C. (2012). Developmental profiles of infants and toddlers with autism spectrum disorders identified prospectively in a community-based setting. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(9), 1939-1948. doi:10.1007/s10803-012-1441-z

Bayley, N. (2006) *Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition*.

Bennett, T. A., Szatmari, P., Georgiades, K., Hanna, S., Janus, M., Georgiades, S., & Mirenda, P. (2015). Do reciprocal associations exist between social and language pathways in preschoolers with autism spectrum disorders?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(8), 874-883. doi:10.1111/jcpp.12356.

Bianchini, N. D. C. P., & de Paula Souza, L. A. (2015). Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa. *Distúrbios da Comunicação*, 26(3): 624-626. Recuperado de: <https://ken.pucsp.br/dic/article/viewFile/18180/15224>

Bosa, C. A., & Teixeira, M. C. T. V. (2017) Autismo. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica. Brasil. Rogrefe.

Bosa, C. A., Zanon, R. B., & Backes, B. (2016). Autismo: construção do protocolo de avaliação do comportamento da criança-PROTEA-R. *Revista Psicologia:Teoria e Prática*, 18(1), 194-205. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p194-205.

Bottema-Beutel, K., Yoder, P. J., Hochman, J. M., & Watson, L. R. (2014). The role of supported joint engagement and parent utterances in language and social communication development in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(9), 2162-2174. doi:10.1007/s10803-014-2092-z

Branco, E. V. (2019). *Caracterização genótipo-fenótipo em novas síndromes associadas ao Transtorno do Espectro Autista*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/41/41131/tde-20012020-101726/publico/ElisaVarellaBrancoCorrigida.pdf>

Brasil (2013) Ministério da saúde. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do Autismo (TEA)*. Brasília/DF.

Castro-Souza, R. M. D. (2011). *Adaptação brasileira do M-CHAT (Modified Checklist for autism in toddlers)*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/33541626.pdf>

Chaidez, V., Hansen, R. L., & Hertz-Picciotto, I. (2012). Autism spectrum disorders in Hispanics and non-Hispanics. *Autism*, 16(4), 381-397. doi: 10.1177/1362361311434787

Eigsti, I.-M., & Schuh, J. M. (2017). Language acquisition in ASD: Beyond standardized language measures. In L. R. Naigles (Ed.), *Language and the human lifespan series. Innovative investigations of language in autism spectrum disorder* (p. 183–200). American Psychological Association; Walter de Gruyter GmbH. doi: 10.1037/15964-010

Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 335-342. doi: 10.5123/S1679-49742015000200017

Garcia, A. H. C., Viveiros, M. M., Schwartzman, J. S., & Brunoni, D. (2016). Transtornos do espectro do Autismo: avaliação e comorbidades em alunos de Barueri, São Paulo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18(1), 166-177. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p166-177>.

Goldberg, K. (2005). Autismo: uma perspectiva histórico–evolutiva. *Revista de Ciências Humanas*, 6(6), 181-196. Recuperado de: <http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/download/263/482>

Hedvall, Å., Fernell, E., Holm, A., Åsberg Johnels, J., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2013). Autism, processing speed, and adaptive functioning in preschool children. *The Scientific World Journal*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/158263>

Jesus, G. R. D. (2009). *Normatização e validação do teste não-verbal de inteligência son-r 2 1/2-7 [a] para o Brasil*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Girlene\\_Jesus/publication/43918181\\_Normatizacao\\_e\\_validacao\\_do\\_teste\\_nao-verbal\\_de\\_inteligencia\\_son-r\\_2\\_12-7a\\_para\\_o\\_Brasil/links/09e4150aa8799902e9000000/Normatizacao-e-validacao-do-teste-nao-verbal-de-inteligencia-son-r-2-1-2-7a-para-o-Brasil.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Girlene_Jesus/publication/43918181_Normatizacao_e_validacao_do_teste_nao-verbal_de_inteligencia_son-r_2_12-7a_para_o_Brasil/links/09e4150aa8799902e9000000/Normatizacao-e-validacao-do-teste-nao-verbal-de-inteligencia-son-r-2-1-2-7a-para-o-Brasil.pdf)

Júlio-Costa, A., Antunes, A. M. (2017) *Transtorno do espectro autista na prática clínica*. São Paulo: Pearson.

Kantzer, A. K., Fernell, E., Gillberg, C., & Miniscalco, C. (2013). Autism in community pre-schoolers: developmental profiles. *Research in developmental disabilities*, 34(9), 2900-2908. doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.016

Layton, T. L., Hao, G., Zou, X., Li, L., Shao, Z., Yao, M., ... & Jiang, Z. (2015). Differentiating low-and high-functioning children with autism spectrum disorder, children with intellectual disability, and typically developing children in a Chinese population. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 40(2), 137-146. doi.org/10.3109/13668250.2015.1022514

Luyster, R. J., Kadlec, M. B., Carter, A., & Tager-Flusberg, H. (2008). Language assessment and development in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(8), 1426-1438. doi10.1007/s10803-007-0510-1

Mecca, T. P., Lima, R. M. F. D., Laros, J. A., Macedo, E. C. D., & Lowenthal, R. (2020). Transtorno do Espectro Autista: Avaliação de habilidades cognitivas utilizando o teste não-verbal SON-R 6-40. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36 (e3624), 1-9. doi: 10.1590/0102.3772e3624

Monteiro, A. F., Pimenta, R. A., Pereira, S. M., & Roesler, H. (2017). Considerações sobre critérios diagnósticos de transtorno do espectro autista, e suas implicações no campo científico. *Do Corpo Ciênc Arte*, 1(7), 87-97. Recuperado de <http://ucs.br/etc/revistas/index.php/docorpo/article/download/5956/3198>

Montenegro, M. N. (2018). Transtorno invasivo do desenvolvimento e atenção compartilhada. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 6(1). Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/download/11154/6886>

Moulton, E., Barton, M., Robins, D. L., Abrams, D. N., & Fein, D. (2016). Early characteristics of children with ASD who demonstrate optimal progress between age two and four. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(6), 2160-2173. doi:10.1007/s10803-016-2745-1

Mundy, P., Sigman, M., Ungerer, J., & Sherman, T. (1986). Defining the social deficits of autism: the contribution of non-verbal communication measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(5), 657–669. doi:10.1111/j.1469-7610.1986.tb00190.x

Munson, J., Faja, S., Meltzoff, A., Abbott, R., & Dawson, G. (2008). Neurocognitive predictors of social and communicative developmental trajectories in preschoolers with autism spectrum disorders. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(6), 956-966. doi:10.1017/s1355617708081393

Muszkat, M., Araripe, B. L., Andrade, N. C., Muños, P. de O. L., Mello, C. B. de (2014) Neuropsicologia do Autismo. In D. Fuentes, L. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo & R. M. Cosenza. *Neuropsicologia teoria e prática* (2ed., pp. 183-191). Porto Alegre: Artmed.

Neumann, D. M. C.; Tariga, A. R., Perez, D. F., Gomes, P. M., Silveira, J. S., Azumbuja, L. (2017) Avaliação neuropsicológica do transtorno do Espectro Autista. *Psicologia pt* (1646-6977), 1-11. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1087.pdf>

Organização Mundial da Saúde (1998). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10*. São Paulo: Edusp.

Orsati, F. (2006). Autismo e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: Avaliação Neuropsicológica. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 6(1). Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/download/11148/6884>

Pereira, A. M. (2007). *Autismo infantil: Tradução e validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12936/000634977.pdf>

Pimenta, P. R. (2019). Clínica e Escolarização dos Alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Educação e Realidade*, 44(1), 1-22. doi: 10.1590/2175-623684859

Pineda, R., Melchior, K., Oberle, S., Inder, T., & Rogers, C. (2015). Assessment of Autism Symptoms During the Neonatal Period: Is There Early Evidence of Autism Risk?. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(4) 6904220010p1-6904220010p11. doi:10.5014/ajot.2015.015925

Radanovic, M. & Mansur, L. L. (2002). Performance of a Brazilian population sample in the Boston Diagnostic Aphasia Examination. A pilot study. *Brazilian Journal of Medical Biology Research*, 35 (3) 305-317. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2002000300005>

Rapin, I. (2005) Distúrbios da comunicação no Autismo infantil. In C. Chevrie-Muller & J. Narbona. *A linguagem da criança: Aspectos normais e patológicos* (2ed., pp. 439-457). Porto Alegre: Artmed.

Rodman, J. L., Gilbert, K. A., Grove, A. B., Cunningham, M., Levenson, S., & Wajsblat, L. (2010). Efficacy of brief quantitative measures of play for screening for autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(3), 325-333. doi:10.1007/s10803-009-0880-7

Seize, M. D. M. (2017). *Questionário para Rastreamento de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista (QR-TEA)*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ. Brasil. Recuperado de [http://www.psi.puc-rio.br/site/images/psi\\_puc/Dissertacoes\\_2017/Mariana\\_Seize.pdf](http://www.psi.puc-rio.br/site/images/psi_puc/Dissertacoes_2017/Mariana_Seize.pdf)

Seize, M. D. M., & Borsa, J. C. (2017). Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do Autismo: revisão sistemática. *Psico-USF*, 22(1), 161-176. doi: 10.1590/1413-82712017220114

Silva, E. A. M (2020). Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a linguagem: a importância de desenvolver a comunicação. *Revista Psicologia & Saberes*, 9(18), 174-188. Recuperado de <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1221>

Silva, C. C., & Elias, L. C. S. (2020) Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. *Relato de Pesquisa*, 19 (2), 189-197. doi: 10.15689/ap.2020.1902.09

Teixeira, M. C. T. V., Mecca, T. P., Velloso, R. D. L., Bravo, R. B., Ribeiro, S. H. B., Mercadante, M. T., & Paula, C. D. (2010). Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Rev Assoc Med Bras*, 56(5), 607-14. doi: 10.1590/S0104-42302010000500026.

Thurm, A., Manwaring, S. S., Swineford, L., & Farmer, C. (2015). Longitudinal study of symptom severity and language in minimally verbal children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(1), 97-104. doi: 10.1111/jcpp.12285

Tomazoli, L. S., Santos T. H. F., Amato, C. A. de I. H., Fernandes, F. D. M., Molini-Avejonas, D. R. (2017) Rastreo de alterações cognitivas em crianças com TEA: estudo piloto. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19 (3), 23-32. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p23-32>.

Torras-Mañá M., Gómez-Morales A., González-Gimeno I., Fornieles-Deu A., and Brun-Gasca C. (2016) Assessment of cognition and language in the early diagnosis of autism spectrum disorder: usefulness of the Bayley Scales of infant and toddler development, third edition. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60, 502–511. doi:10.1111/jir.12291

Vanvuchelen, M., Roeyers, H., & De Weerd, W. (2011). Imitation assessment and its utility to the diagnosis of autism: evidence from consecutive clinical preschool referrals for suspected autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(4), 484-496. doi:10.1007/s10803-010-1074-z

Veness, C., Prior, M., Bavin, E., Eadie, P., Cini, E., & Reilly, S. (2012). Early indicators of autism spectrum disorders at 12 and 24 months of age: A prospective, longitudinal comparative study. *Autism*, 16(2), 163-177. doi:10.1177/1362361311399936

Yoder, P., Watson, L. R., & Lambert, W. (2015). Value-added predictors of expressive and receptive language growth in initially nonverbal preschoolers with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(5), 1254-1270. doi:10.1007/s10803-014-2286-4

Young, G. S., Merin, N., Rogers, S. J., & Ozonoff, S. (2009). Gaze behavior and affect at 6 months: predicting clinical outcomes and language development in typically developing infants and infants at risk for autism. *Developmental science*, 12(5), 798-814. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00833.x

Young, G. S., Rogers, S. J., Hutman, T., Rozga, A., Sigman, M., & Ozonoff, S. (2011). Imitation from 12 to 24 months in autism and typical development: A longitudinal Rasch analysis. *Developmental psychology*, 47(6), 1565. doi:10.1037/a0025418

Whitman, T. L. (2015). *O desenvolvimento do autismo*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.



## **ESTUDO 2 – ATUAÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

### **Resumo**

A atuação diante do Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Brasil é atravessada por uma série de desafios, como a dificuldade na formação e a incipiência de instrumentos disponíveis. Esta pesquisa teve como intuito investigar a atuação de neuropsicólogos frente as demandas avaliativas e de intervenção no TEA. Participaram 24 profissionais da área residentes e atuantes no estado do Rio de Janeiro, que responderam a um questionário on-line de 23 perguntas sobre sua prática profissional. Os dados foram organizados a partir de estatística descritiva básica (média, desvio padrão e porcentagens). Os resultados encontrados permitiram concluir sobre a importância de investimento na formação para atuação de neuropsicólogos. Novas perspectivas devem ser traçadas a fim de aprimorar a formação profissional, visando não só aspectos cognitivos como também os emocionais.

**Palavras-chave:** Neuropsicologia; Avaliação; Intervenção; Transtorno do Espectro Autista.

### **Abstract**

The performance in the face of Autistic Spectrum Disorder (ASD) in Brazil is crossed by a series of challenges, such as the difficulty in training and the incipience of available instruments. This research aimed to investigate the role of neuropsychologists in the face of assessment and intervention demands in TEA. 24 professionals from the area, resident and active in the state of Rio de Janeiro, participated, who answered an online questionnaire of 23 questions about their performance dynamics. The data were organized based on basic descriptive statistics (mean, standard deviation and percentages). The data found allowed us to conclude about the importance of investing in training for the work of neuropsychologists. New perspectives must be drawn in order to improve professional training, aiming not only at cognitive but also emotional aspects.

**Keywords:** Neuropsychology; Assessment; Intervention; Autistic Spectrum Disorder.

## 1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento de etiologia ainda desconhecida (Cardoso & Pitanga, 2020). Segundo o DSM 5 (APA, 2014), caracteriza-se por prejuízos persistentes na interação e comunicação social em múltiplos contextos e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, atividades e interesses. O diagnóstico é clínico, sendo necessário a presença dos sintomas antes dos 36 meses de vida da criança (APA, 2014), podendo obter maiores informações a partir do trabalho integrado de uma equipe multiprofissional, incluindo médicos (pediatras, neurologistas, psiquiatras) fonoaudiólogos, psicólogos e neuropsicólogos (Muszkat, Araripe, Andrade, Muñoz, & Mello, 2014).

A neuropsicologia é a área do conhecimento científico preocupada em compreender a complexa relação entre o cérebro, o comportamento e a cognição no desenvolvimento típico ou patológico (Mäder-Joaquim, 2010). Quando aplicada à Neuropsicologia Clínica, possui um papel relevante nos casos de TEA (ou suspeita do mesmo). Através dela, parâmetros de avaliação e intervenção baseados em evidências científicas podem ser estabelecidos, visando melhora do prognóstico e o ganho de habilidades pouco desenvolvidas (Dias, Melo, & Bonfim, 2020).

Sabe-se que o TEA pode causar diversos prejuízos cognitivos e comportamentais aos sujeitos, dentre estes, habilidades como a atenção compartilhada, cognição social, empatia, teoria da mente, as funções executivas, inteligência geral, coerência central, reconhecimento das emoções e linguagem (expressiva, receptiva) (Fernandes, Fichman, & Barros, 2018; Muszkat et al. 2014; Tomazoli, Santos, Amato, Fernandes, & Molini-Avejonas, 2017;).

Apesar dos sinais do TEA poderem estar presentes nos 2 primeiros anos de vida, indica-se que o diagnóstico seja realizado a partir dos 36 meses de idade, para a diminuição de falsos positivos. Contudo, tem se encontrado evidências de que a maior parte das crianças apresentam prejuízos significativos entre 12-24 meses de idade (Zanon, Backes, & Bosa, 2014; Bosa, Zanon, & Backes, 2016), o que já possibilitaria o diagnóstico.

No Brasil, a legislação prevê que crianças com suspeitas de atraso no desenvolvimento tenham acesso a avaliação ainda no primeiro ano de vida. De acordo com o 5º parágrafo da Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017 (2017) os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) devem aplicar com obrigatoriedade protocolos

ou instrumentos específicos de detecção de atrasos no desenvolvimento, antes dos 18 meses de vida da criança, em consultas pediátricas. Por sua vez, o Ministério da Saúde, através das Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (Brasil, 2013), estabelece que, em casos de suspeita de Autismo, sejam utilizados instrumentos padronizados de rastreio.

Os instrumentos de avaliação do Autismo são divididos em duas categorias ou níveis: o nível um, engloba medidas de rastreio (respondida por pais ou cuidadores); e o nível dois, que são ferramentas de diagnóstico (administradas por profissionais treinados e podem combinar observação direta e relato dos pais). As medidas de rastreio têm como finalidade alcançar rapidamente grandes populações e triar se um indivíduo (no grupo geral) carece de uma avaliação mais aprofundada. Já as de diagnóstico tem como objetivo acolher os indivíduos em risco para confirmar o diagnóstico (Joseph, Sooraya, & Thurm, 2016).

Além do restrito número de instrumento disponíveis, o Brasil também carece de dados epidemiológicos sobre o TEA. Nos Estados Unidos, o *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC, Centro de Controle e Prevenção de Doenças, tradução livre) elucida que há um caso de Autismo a cada 110 pessoas. Com base nisso, estima-se que, no Brasil, hajam cerca 2 milhões de indivíduos com o transtorno (Oliveira, 2020). Wingfield et al. (2020) apontam que dados epidemiológicos em países em desenvolvimento são imprecisos quando comparados aos dos países desenvolvidos, por limitações de financiamento em pesquisas.

### **Protocolos de avaliação e intervenção no TEA**

No que tange aos instrumentos para o diagnóstico do TEA, encontramos exemplos como *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) e *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS), considerados padrão-ouro para o diagnóstico do Autismo e com estudos preliminares de validação no Brasil (Marques & Bosa, 2015). O Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista – Protea-R (Bosa, Zanon, & Backes, 2016), que objetiva avaliar qualidade de comportamentos característicos do TEA (aspectos sociocomunicativos e comportamentos restritos e repetitivos) em crianças pré-escolares. Os dados são coletados por meio de entrevistas com os responsáveis e observação direta com a criança.

Encontra-se disponível ainda a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), que foi publicada originalmente em 1980 e é utilizada para a avaliação dos sintomas autísticos a

partir dos 2 anos de idade (Rapin & Goldam, 2008). As escalas *Autistic Traits of Evaluation Scale* (ATA); *Autism Behavior Checklist* (ABC); *Autism Screening Questionnaire* (ASQ); *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) também são muito utilizadas para o rastreamento dos sintomas (Marques & Bosa, 2015; Miranda, Silva, Filho & Bandeira, 2020).

No que concerne aos programas de intervenção para o autismo, existem diversos modelos, que de modo geral costumam ter como objetivo a melhoria do discurso funcional, engajamento social e gestão dos comportamentos restritos e repetitivos. Frequentemente os indivíduos se engajam em múltiplos tratamentos ao longo da vida. Alguns exemplos são: os modelos psicossociais, ministrados para crianças de 18 a 36 meses e envolvem 25h-40h de tratamento por semana. Farmacológicos, apesar de não haver até o momento um medicamento específico para o TEA, os tratamentos farmacológicos têm como intuito focar nos sintomas-alvo, tais como irritabilidade, desatenção, agressividade, comportamentos restritos e repetitivos; abrangentes para a educação infantil; e análise do comportamento. Os programas educacionais, são aqueles baseados em evidências, que utilizam a instrução direta, suportes visuais e metas com base no desenvolvimento da criança. Por fim, os baseados em Análise Aplicada do Comportamento (ABA), que são tratamentos embasados em princípios de aprendizagem bem definidos (por exemplo, comportamentos operantes e respondentes) e visam diminuir comportamentos desadaptativos e treinar comportamentos funcionais (Joseph, Soorya, & Thurm, 2016).

Considerando a complexidade do transtorno e os diversos desafios técnicos/metodológicos encontrados na avaliação desta população, é imprescindível que o profissional de saúde esteja atento a fatores como a variabilidade fenotípica do transtorno, a forma de manifestação dos sintomas, idade, funções cognitivas, linguagem e comportamento adaptativo (Fernandes, Fichman, & Barros, 2018). Brechas no processo de identificação das demandas do indivíduo retardam o processo intervenção, que é crucial para o prognóstico. Assim, tendo em vista ao cenário exposto, a pesquisa teve como objetivo investigar a dinâmica de atuação de neuropsicólogos clínicos do estado do Rio de Janeiro diante das demandas avaliativas e de intervenção no TEA (crianças, adolescentes e adultos).

## **2. Método**

Participaram deste estudo 24 profissionais da área de neuropsicologia clínica (18 mulheres, 6 homens) residentes e atuantes no estado do Rio de Janeiro, com idade média de 37,16 e desvio-padrão de 8,12. Destes, 4,2% (1) possuíam título de pós-doutorado; 54,2% (13) mestrado ou doutorado; 37,5% (9) pós-graduação e 4,2% (1) graduação. Sobre o tempo de experiência, 16,7% (4) tinham mais de 11 anos de atuação; 37,5% (9) entre 6 e 10 anos; 33,3% (8) de 2 a 5 anos e 12,5% (3) possuíam até 1 ano de prática. Todos os participantes atuavam em clínicas privadas.

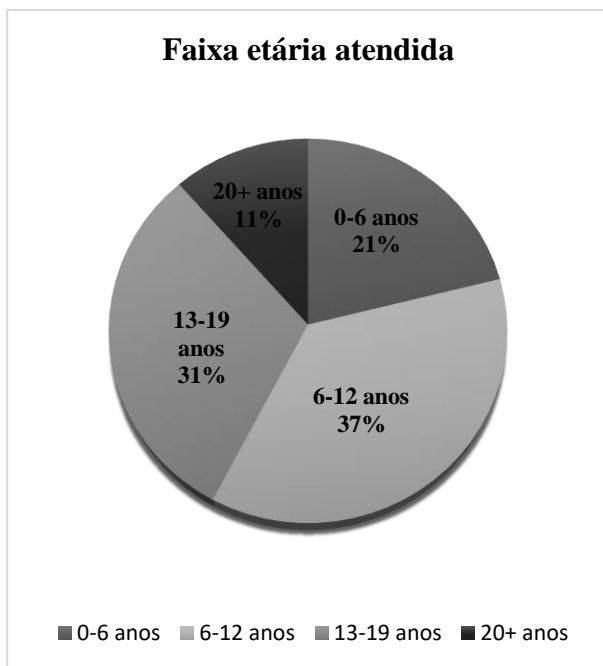
A pesquisa contou com o preenchimento de um questionário contendo 23 perguntas semiestruturadas em relação as demandas de avaliação e intervenção no Autismo destes neuropsicólogos. O questionário virtual do Google foi disponibilizado on-line e as respostas foram colhidas após os participantes concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), sob o protocolo 23083.009053/2019-37.

Para análise, optou-se pela metodologia desenvolvida por Minayo (1994): 1) Ordenação dos dados: Fez-se um mapeamento de todos os dados obtidos, envolvendo leitura do material, organização dos relatos e dados da observação. 2) Classificação dos dados: Foram elaboradas as categorias específicas para determinar o conjunto das informações coletadas nas entrevistas. 3) Análise final: Realizadas articulações entre os dados e discussão (Minayo, 1994 como citado em Winograd, Jesus, & Uehara, 2012). Após a etapa de análise os resultados foram descritos em tabelas de modo quantitativo, em forma de porcentagem. O questionário completo e as respostas dos participantes foram dispostos em anexo.

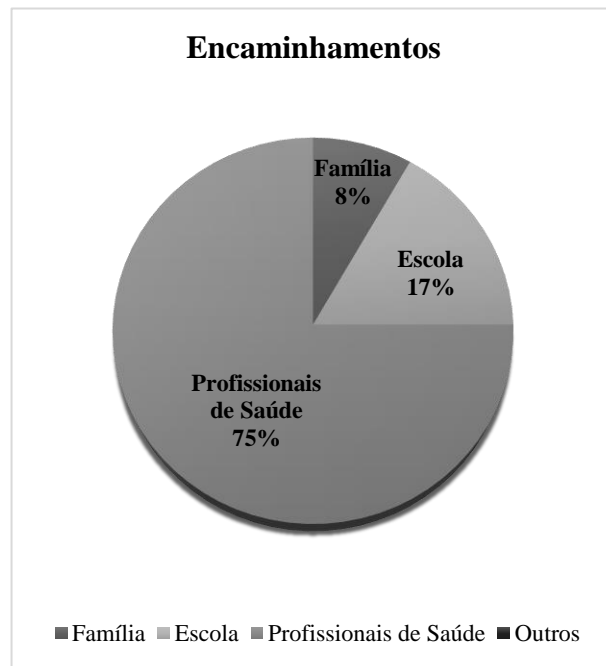
### **3. Resultados**

#### **3.1 Perfil da demanda clínica**

Em relação ao público atendido pelos entrevistados (Figura 1), observa-se que 89% concentra seu trabalho no público infanto-juvenil, enquanto 11% em sujeitos acima dos 20 anos. Quando perguntados de onde partem os encaminhamentos (Figura 2), 75% veem de profissionais da saúde, 17% da escola e 8 % da própria família.



**Figura 1:** Faixa etária dos clientes com Autismo atendidos pelos participantes



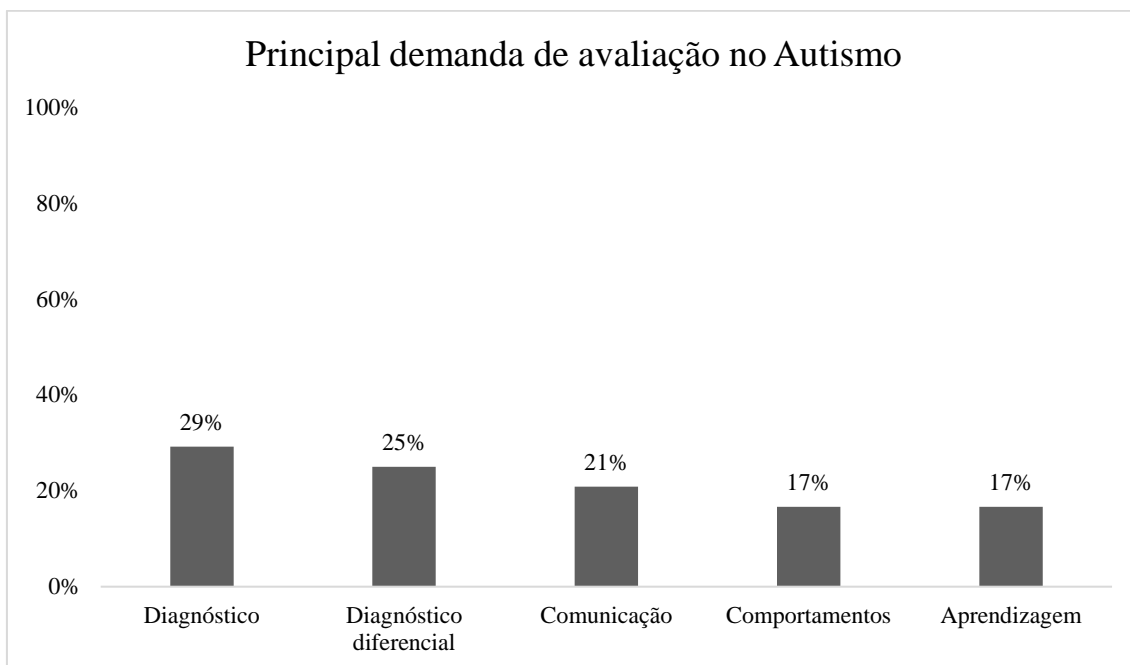
**Figura 2:** Origem da demanda

A Tabela 1 apresenta o conjunto de categorias relacionadas ao tema “compreensão do Autismo”, constatou-se que 4,17% das respostas vinculam a compreensão do transtorno à um manual diagnóstico, 29,17% mencionam como um transtorno do neurodesenvolvimento. A compreensão do TEA também esteve atrelada aos critérios diagnósticos, onde os prejuízos comunicativos são citados em 91,67% das respostas, enquanto os prejuízos na interação social em 79,17% e os padrões restritos de comportamento em 50%.

**Tabela1:** Princípio de classificação “Compreensão do TEA”, conjunto de categorias e respectivas porcentagens.

Conjunto de categorias relacionadas ao tema “Compreensão do Autismo”	
Referências na resposta	Porcentagem
a) Menciona o critério diagnóstico “prejuízos na comunicação social”.	91,67%
b) Menciona o critério diagnóstico “prejuízo na interação social”.	79,17%
c) Menciona o critério diagnóstico “padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades”.	50%
d) Menciona que é um transtorno do neurodesenvolvimento	29,17%
e) Menciona manual diagnóstico (DSM, CID)	4,17%

Nota-se, a partir do Figura 3, que o principal motivo da avaliação do Autismo mencionado pelos participantes refere-se ao diagnóstico ou diagnóstico diferencial (54%). A avaliação da comunicação ocupou o segundo lugar (21%), seguida por questões comportamentais (17%) e por dificuldades de aprendizagem (17%).



**Figura 3:** Principal demanda das avaliações

### 3.2 O processo de avaliação

A Tabela 2 apresenta os pontos considerados imprescindíveis na avaliação do Autismo. Verifica-se que 83,33% dos neuropsicólogos mencionaram a avaliação da cognição de um modo geral e 37,50% aspectos cognitivos que são comumente prejudicados em quadros de Autismo (Teoria da mente - TOM, cognição social, comunicação e estereotípias). A avaliação da linguagem esteve presente em 50% das respostas, 12,5% mencionaram a avaliação da funcionalidade e 12,5% avaliação das emoções.

**Tabela 2:** Princípio de classificação “Aspectos imprescindíveis na avaliação do TEA”, conjunto de categorias e respectivas porcentagens.

Conjunto de categorias relacionadas ao tema “Aspectos imprescindíveis na avaliação desta população”	
Referências na resposta	Porcentagem
a) Menciona o critério aspectos cognitivos gerais (Funções Executivas, QI, memória)	83,33%

b) Menciona linguagem	50%
c) Menciona aspectos cognitivos importantes no TEA (TOM, Comunicação, Cognição Social, Comportamentos Estereotipados)	37,50%
d) Menciona funcionalidade e comportamentos adaptativos	12,50%
e) Menciona aspectos emocionais	12,50%

---

Ao serem perguntados sobre o atendimento do público de 0 a 6 anos, os participantes destacaram como principais dificuldades: a) o engajamento da criança (estabelecer vínculo em decorrência dos prejuízos comunicativos, adesão às atividades pelo baixo repertório comportamental); b) engajamento da família (resistência para aceitar o transtorno); c) a escassez de instrumentos padronizados para o Autismo nesta faixa etária; d) a dificuldade em encontrar uma equipe multiprofissional. Ainda neste sentido, estudos sobre avaliação do pré-escolar com Autismo no Brasil ainda são incipientes (Seize & Bosa, 2017) ao serem perguntados dos possíveis motivos, 30,34% dos profissionais da área atribuíram isto a falta de instrumentos específicos; 26,09% aspectos sociais (tanto pela resistência dos pais ao diagnóstico quanto pelo desconhecimento da importância da avaliação), 21,74% apontaram como possível fator a dificuldade de recrutar participantes para pesquisas, 13,4% a heterogeneidade do transtorno e 8,7% motivado pelo desconhecimento profissional, ou seja, por não serem habilitados para atuar.

É possível observar que o teste cognitivo mais citado foi o WISC-IV (45,83%), seguido do SON-R 2 1/2 -7 [A] (29,17%) e o FDT (25%) (Tabela 3). No grupo desenvolvimento/ sintomas, o PROTEA-R (20,83%), Denver II (12,5%) e o Perfil Sensorial 2 (8,33%) (Tabela 4). O instrumento de linguagem mais citado foi o RAVLT (8,33%) (Tabela 5). Por fim, também foram mencionadas as escalas Vineland-3 (8,33%) e SSRS (8,3%) (Tabela 6).

### 3.3 Instrumentos mencionados como essenciais para a avaliação neuropsicológica do TEA

**Tabela 3:** Instrumentos considerados essenciais na avaliação I: Cognição

Instrumentos	Porcentagem
Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV)	45,83%
SON-R 2 1/2 -7 - Abreviado	29,17%
Teste de Cinco Dígitos (FDT)	25%
Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST)	16,67%
Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS-III)	12,50%
Escala de Maturidade Mental - Colúmbia 3 (CMMS-3)	12,50%



NEPSY-II	12,50%
Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI)	8,33%
Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA)	8,33%
Teste d2 -Revisado	8,33%
Teste Figuras Complexas de Rey	8,33%
Neupsilin – Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil	4,17%
TAVIS-4 - Teste de Atenção Visual	4,17%
Piaget-Head - Bateria de Orientação Direta - Esquerda	4,17%

**Tabela 4:** Instrumentos essenciais na avaliação: Desenvolvimento / Sintomas

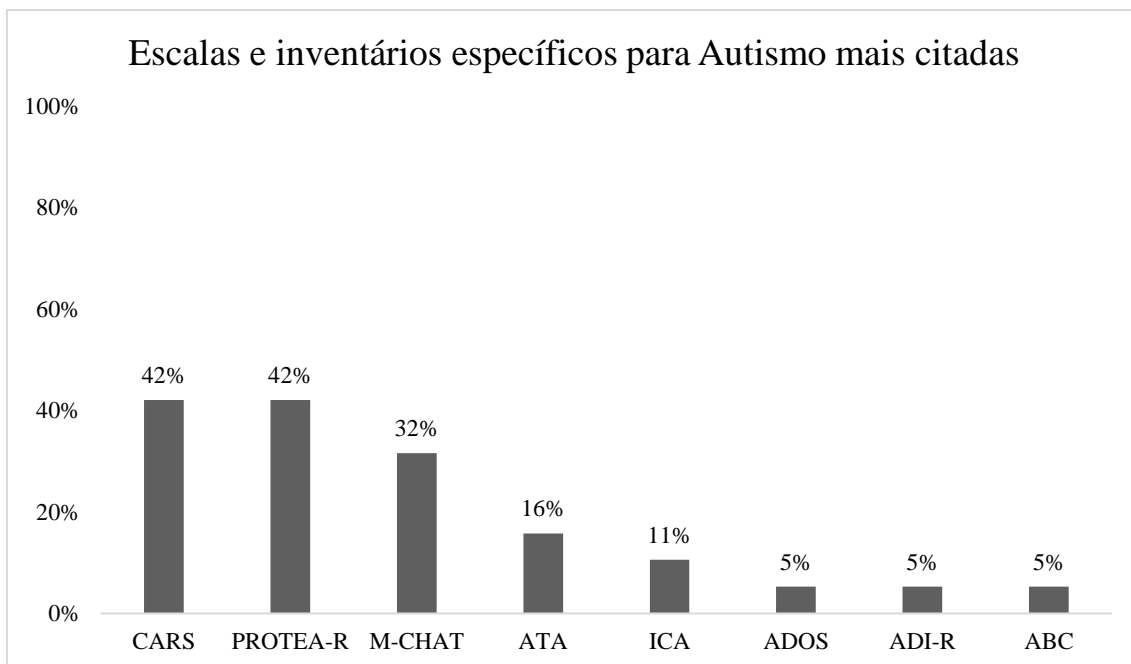
<b>Instrumentos</b>	<b>Porcentagem</b>
PROTEA-R - Sistema de Avaliação da Suspeita do Transtorno do Espectro Autista	20,83%
Denver II – Teste de Triagem de desenvolvimento	12,50%
Perfil Sensorial 2	8,33%
Escalas Bayley de desenvolvimento do bebê e da criança pequena, terceira edição - Bayley III	4,17%
ETDAH-Pais - Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade	4,17%

**Tabela 5:** Instrumentos essenciais na avaliação: Linguagem

<b>Instrumentos</b>	<b>Porcentagem</b>
Teste de Aprendizagem Auditivo-verbal de Rey (RAVLT)	8,33%
Teste de Nomeação Automática (TENA)	4,17%
SNAP-IV	4,17%

**Tabela 6:** Instrumentos essenciais na avaliação: Habilidades escolares, emocionais e comportamentais

<b>Instrumentos</b>	<b>Porcentagem</b>
A Escala Adaptativa Víneland-3	8,33%
Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (SSRS)	8,33%
Teste de Habilidades e Conhecimento Pré-Alfabetização (THCP)	4,17%



**Gráfico 4:** Inventários utilizados

**Legenda:** ABC - *Autism Behavior Checklist*; ADI-R - *Autism Diagnostic Interview-Revised*; ADOS - *Autism Diagnostic Observation Schedule*; ATA - Avaliação de Traços Autísticos; CARS - *Childhood Autism Rating Scale*; ICA - Inventário de Comportamentos Autísticos; M-CHAT - *Modified Checklist for Autism in Toddlers*; PROTEA-R – Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista – Revisado.

Quando perguntados se usavam escalas ou inventário específicos para o Autismo 87,5% dos participantes afirmaram que sim. Dentre elas as escalas CARS (42%), PROTEA (42%) e M-CHAT (32%). Também foram mencionadas as escalas ADOS e ADI-R, cujo participante utilizou em uma especialização em um país da Europa.

### 3.4 Processo de intervenção

Quando perguntados sobre quais os maiores desafios no processo de intervenção no contexto do Autismo, 35% informaram não realizar nenhum tipo de intervenção; outros 35% pontuaram ser o engajamento do cliente nas atividades o fator dificultador, já 26% o baixo engajamento familiar. Neste sentido, 91% dos entrevistados acreditam ser necessário que os pais também estejam inseridos nos programas de intervenção. Sobre estratégias que utilizam, 50% mencionaram a Psicoeducação ou orientação para auxiliar os pais no manejo comportamental dos filhos, a falta de informação por parte destes foi considerada como o principal desafio do processo de diagnóstico/intervenção. Ainda, foi

pontuado que o momento da avaliação pode também ser utilizado para acolher, ajudar a lidar com as dificuldades e transmitir informações.

Sobre o que seria importante transmitir aos pais, 60% dos participantes consideram informar sobre o fenótipo do transtorno, 30% sobre as possibilidades de intervenção, 8% orientar sobre os direitos da pessoa com deficiência e oferecer apoio emocional. Por fim, todos os participantes mencionaram realizarem entrevistas de devolutiva e o termo mais frequente na descrição do momento foi “marcado pela emoção”.

#### **4. Discussão**

A classificação do TEA a partir do DSM-5 (APA, 2014) circunscreve um grupo de condições clínicas do neurodesenvolvimento de início precoce, ainda no período de desenvolvimento e antes da escolarização, que acarreta prejuízos pessoais, acadêmicos ou profissionais. Para o TEA, esta mudança significou o agrupamento dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett) em apenas um diagnóstico e a visão de que estas condições são, na verdade, um mesmo transtorno com diferentes gradações em um espectro (Araújo & Neto, 2014). Em relação à pesquisa, 96% dos participantes estavam atualizados em relação a nova classificação do DSM-5, 4% classificou o TEA como um transtorno global do desenvolvimento, referindo-se a terminologia antiga presente no DSM-IV TR e na CID-10.

O diagnóstico se dá em dois grupos sintomáticos: 1) prejuízos na interação e comunicação social em múltiplos contextos; 2) Presença de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades. Percebe-se uma discrepância entre as menções ao primeiro e segundo critérios diagnósticos nas respostas dos participantes, os prejuízos comunicativos são citados em 91,67% das respostas, enquanto os prejuízos na interação social em 79,17% e os padrões restritos de comportamento em 50%. , pontua-se que a não observação de um dos critérios pode interferir na qualidade do diagnóstico do transtorno. Limitações profissionais estão entre os fatores de atraso no diagnóstico do TEA (Mansur, Nunes, Colares, Silva & Mansur, 2017).

Em estudo exploratório sobre as dificuldades encontradas por pais na busca pelo diagnóstico, Zanon (2016) verificou que a identificação das dificuldades no desenvolvimento dos filhos foi observada em média aos 22,65 meses (DP=14,4) de idade da criança. Em 56,3% dos casos motivados por atrasos na linguagem oral, 32,2% por

prejuízos na interação social, 9,7% por comportamentos estereotipados e 1,94% por reações sensoriais atípicas. Após a primeira busca por um profissional de saúde os pais demoraram em média 22,06 meses (DP=31,53) para receberem o diagnóstico formal do TEA. A média de idade em que as crianças receberam o diagnóstico foi de 51,59 meses (DP=39,15). Sobre as dificuldades no processo diagnóstico dos filhos, 64,08% dos pais mencionaram a desinformação e falta de qualificação dos profissionais consultados, 49,51% necessidade de consultar muitos profissionais, 43,69% necessidade de realizar muitas avaliações, 42,72% processo demorado, 22,33% diferentes terminologias atribuídas ao transtorno por parte dos profissionais. Podemos observar a fragilidade na formação profissional para atuar diante do TEA e o quão grande pode ser o impacto de se discutir o autismo na formação de diversos profissionais de saúde.

Apenas 12,5% dos participantes mencionaram a importância da avaliação das emoções. Este dado é preocupante quando se sabe que pessoas com TEA costumam apresentar dificuldades neste domínio, que vão desde a compreensão e expressão das próprias emoções à compreensão das emoções dos outros, isto prejudica o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais (Boff & Danieli, 2019).

Quanto aos procedimentos utilizados para avaliações destacam-se o uso de testes formais como o WISC-IV, SON-R 2 ½ - 7 [abreviado], considerados padrão-ouro na avaliação da inteligência (Martinez, 2020; Silva, Almeida, Silva & Menezes, 2019) e o PROTEA-R, instrumento de observação de comportamentos característicos do TEA (Bosa, Zanon, & Backes, 2018). Em muitos casos, o processo de avaliação no Autismo envolve não utilizar testes. Neste sentido, o profissional precisa combinar uma série de conhecimentos específicos sobre o transtorno e aspectos típicos e atípicos do desenvolvimento com a avaliação qualitativa. Segundo Winograd, Jesus e Uehara (2012) a avaliação qualitativa se preocupa em investigar aspectos, tendências ou indicadores que não podem ser quantificados através de testes objetivos e é adequada para aprofundar o entendimento a processos psicológicos, neste sentido, configura-se como um fator extremamente relevante na avaliação de casos de TEA.

Em relação as intervenções, nenhum participante mencionou utilizar algum protocolo específico, no entanto, prevaleceu entre eles a necessidade que os pais sejam acolhidos em estratégias de Psicoeducação. Em estudo com pais, Machado, Londero e Pereira (2018) evidenciaram que o momento do diagnóstico desencadeou sentimentos de desespero, tristeza e dúvidas relacionadas a criança e ao futuro da família. A hora

diagnóstica pode contribuir para tirar dúvidas, acolher e auxiliar os pais no processo de aceitação e manejo da condição do filho.

O Código de Ética do Psicólogo, através do artigo 1 alíneas g e h afirma que a entrevista de devolutiva é um dever do Psicólogo e um direito do avaliado. Quando se trata da avaliação neuropsicológica, este tema parece estar sendo menos explorado do que as etapas iniciais, como entrevistas e aplicação de instrumentos (Albornoz, 2016).

Neste trabalho observou-se que todos os profissionais realizam entrevista de devolutiva e que o momento é marcado por fortes emoções. Ressaltar a importância da devolutiva na formação em neuropsicologia é importante, já que este momento promove o fechamento do processo avaliativo e o direcionamento dos pais ao diagnóstico/intervenção.

Algumas limitações devem ser apontadas no presente estudo. Primeiro, o pequeno número de participantes da amostra e o enfoque no estado do Rio de Janeiro. Segundo a variação entre faixas etárias atendidas pelos participantes, o que impossibilitou a criação de perguntas mais específicas e focadas no grupo etário. Terceiro, o preenchimento incompleto de respostas. A dificuldade na captação de participantes para responder ao estudo foi um fator limitador do presente trabalho.

## **5. Considerações Finais**

O presente estudo buscou refletir sobre a atuação de neuropsicólogos clínicos do estado de Rio de Janeiro diante do Transtorno do Espectro Autista. Para isso, foram realizadas entrevistas virtuais com especialistas da área sobre suas atuações no campo. Verificou-se que a busca por diagnóstico foi a principal demanda de avaliação. Para os profissionais, esta dinâmica é marcada por desafios devido a precariedade de recursos técnicos e metodológicos voltados para o campo, para os pais pode auxiliar na atribuição de sentido ao sofrimento e dificuldades vivenciadas, no entanto, cabe pontuar que o diagnóstico em si não é o fator mais importante, o mais relevante é o acolhimento das dúvidas ao longo do processo avaliativo, a identificação dos sintomas e a posterior inserção em intervenções adequadas as demandas da pessoa com autismo.

Verificou-se ainda que a investigação do perfil cognitivo e de linguagem foram alvo das maiores menções pelos participantes. Talvez isso tenha se dado devido a importância da avaliação destes domínios pra compreensão do nível de gravidade no transtorno. Deve-se levar em consideração ainda alta variabilidade de apresentação dos

sintomas que diferentes crianças com autismo podem apresentar, os prejuízos nestes domínios podem servir como ponto de base para as investigações mais aprofundadas.

No que diz respeito ao público alvo atendidos pelos participantes, notou-se a prevalência ao público infante-juvenil, este dado vai ao encontro a outra informação levantada neste estudo, tendo em vista que o WISC-IV (Wechsler, 2013) foi a escala mais mencionada para avaliação cognitiva e abarca o público de 6 a 16 anos e 11 meses. Levantamos como hipóteses para esta prevalência: 1) Maior número de instrumentos validados para o público infante-juvenil; 2) Os instrumentos voltados para o público infante-juvenil possuem uma maior abrangência etária; 3) O alto valor dos instrumentos neuropsicológicos, principalmente os voltados para o público pré-escolar. Advertimos que estas informações devem ser lidas com cuidado devido ao tamanho limitado da amostra nesta pesquisa. Novas pesquisas podem ser realizadas a fim de verificar estas hipóteses sugeridas.

Por fim, percebe-se que o campo da Neuropsicologia do Autismo no Brasil é uma área em ascensão e como um campo em crescimento necessita de atenção, cuidado e fomentos para que se desenvolva. Na clínica, ressalta-se que é imprescindível aos profissionais conhecerem a sintomatologia e os critérios diagnósticos de diferentes transtornos, assim como os principais marcos do desenvolvimento cognitivo, motor e social de cada faixa etária. Desta forma, possibilitar uma melhor diferenciação qualitativamente entre as habilidades preservadas em relação à atrasos ou declínios apresentados pelo cliente. Também é necessário conhecimento sobre os instrumentos disponíveis e investimento em supervisões clínicas, estudos e atualizações.

Já no campo da pesquisa, denota-se a seriedade de fomentar estudos que visem a padronização de instrumentos de avaliação diagnóstica para a população brasileira, seja para obtenção de normas de instrumentos padrão ouro existentes em outros países ou para a construção e desenvolvimento de novos. Identificar os riscos adequadamente pode ajudar a promover chances de que a criança tenha acesso a estratégias de intervenção adequadas e diminuir os prejuízos sociais que o impacto do diagnóstico causa na família.

Implica-se que este estudo contribua para um dimensionamento dos saberes sobre a atuação do neuropsicólogo clínico sobre o Autismo e também gere uma reflexão de pontos relacionados ao ensino, pesquisa e atuação. Estes aspectos necessitam de aperfeiçoamento tanto para a identificação do transtorno (seja ele precoce ou não), quanto para a construção de estratégias de intervenção direcionadas para este público.

## 6. Referências

Albornoz, A. C. G. (2016). Devolução das informações do psicodiagnóstico. In C. S. Hutz; D. R. Bandeira; C. M. Trentini; J. S., Krug (Org.). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre -RS: Artmed.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Araújo, A. C.; & Neto, F. L. (2014) A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI (1) 67-82. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007)

Backes, B., Monego, B. G., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R. (2014). Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 154-164. doi: 10.1590/0047-2085000000020

Bandeira, D. R., & Silva, M. A. (2017) Psicodiagnóstico em casos de suspeita de Transtorno do Espectro Autista. In Bosa, C. A. & Teixeira, M. C. V. (Org.). *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica* (43-62). São Paulo: Hogrefe.

Boff, E., & Danieli, C. (2019). Um jogo educativo para compreensão de emoções em crianças autistas. *Novas Tecnologias na Educação*, 17 (1) 154-163. doi: 10.22456/1679-1916.95719

Bosa, C. A., Zanon, R. B., & Backes, B. (2016). Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança–Protea-R. *Psicologia: teoria e prática*, 18(1), 194-205. doi:10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p194-205

Brasil (2013). Ministério da saúde. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do Autismo (TEA)*. Brasília/DF. Recuperado de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf)

Cardoso, D. M. P., & Pitanga, B. P. S. (2020). O transtorno do espectro autista e as funções executivas: contribuições da neuropsicologia na compreensão do transtorno.

*Estudos IAT*, 5(1), 126-157. Recuperado de: <http://estudosiat.sec.ba.gov.br/index.php/estudosiat/article/viewFile/173/240>

Dias, E. B., Melo, A. M. A. S., & Bonfim, C. B. (2020) Estimulação neuropsicológica com jogos digitais: intervenção em grupo com crianças e adolescentes com rebaixamento cognitivo. *Debates em Educação*, 12 (27), 477-498. doi: 10.28998/2175-6600.2020v12n27p477-498

Fernandes, C. S., Fichman, H. C., & Barros, P. S. (2018). Evidências de diagnóstico diferencial entre Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtorno do desenvolvimento intelectual (TDI): análise de casos. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 10 (2), 29-41. doi: 10.5579/rnl.2016.0408

Fernandes, F. D., Cardoso, C., Sassi, F. C., Amato, C. L. H., & Sousa-Morato, P. F. (2008). Fonoaudiologia e Autismo: resultado de três diferentes modelos de terapia de linguagem. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 20(4), 267-272. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-56872008000400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-56872008000400011&script=sci_abstract&tlng=pt)

Joseph, L., Soorya, L., & Thurm, A. (2016). *Transtorno do Espectro Autista*. São Paulo: Hogrefe.

Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017 (2017). *Torna obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças*. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2017. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113438.htm#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.069,o%20desenvolvimento%20ps%C3%ADquico%20das%20crian%C3%A7as](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113438.htm#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.069,o%20desenvolvimento%20ps%C3%ADquico%20das%20crian%C3%A7as).

Machado, M. S., Londero, A. D., & Pereira, C. R. R. (2018). Tornar-se família de uma criança com Transtorno do Espectro Autista. *Contextos Clínicos*, 11(3), 335-350. doi: 10.4013/ctc.2018.113.05

Mäder-Joaquim, M. J. (2010). O Neuropsicólogo e seu paciente: Introdução aos princípios da avaliação neuropsicológica. In Malloy-Diniz, L. F.; Fuentes, D.; Mattos, P. & Abreu, N. (Ed.). *Avaliação Neuropsicológica* (pp. 46-57). Porto Alegre: Artmed.



Mansur, O. M. F. C., Nunes, L. R. O. P., Colares, A. F. N., Silva, B. M. P. B., & Mansur, L. C. (2017). Sinais de alerta para transtorno do espectro do autismo em crianças de 0 a 3 anos. *Revista Científica da FMC*, 12 (3) 34–40. doi:10.29184/1980-7813.rcfmc.181.vol.12.n3.2017

Martinez, M. R. (2020) Proposição de um Modelo Matemático para Reduzir Custos no Processo de Psicodiagnóstico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20 (1) 268-286. doi: 10.12957/epp.2020.50832

Marques, D. F., & Bosa, C. A. (2015). Protocolo de avaliação de crianças com autismo: Evidências de validade de critério. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 43-51. doi: 10.1590/0102-37722015011085043051

Muszkat, M., Araripe, B. L., Andrade, N. C., Muñoz, P. O. L., & Mello, C. B. (2014). Neuropsicologia do Autismo. In D., Fuentes; L. F., Malloy-Diniz; C. H. P., Camargo; & R. M, Cosenza (Org.). *Neuropsicologia Teoria e Prática* (pp. 183-192). São Paulo: Artmed

Oliveria, C. (2020). *Um retrato do autismo no Brasil*. Recuperado em 25 março, 2020, de <http://www.usp.br/espacoaberto/?materia=um-retrato-do-autismo-no-brasil>

Rapin, I. & Goldman, S. (2008). A escala CARS brasileira: uma ferramenta de triagem padronizada para o autismo. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 84 (6) 473-475. doi: 10.1590/S0021-75572008000700001

Seize, M. D. M. (2017). *Questionário para Rastreamento de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista (QR-TEA)*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ. Brasil. Recuperado de: [http://www.psi.puc-rio.br/site/images/psi\\_puc/Dissertacoes\\_2017/Mariana\\_Seize.pdf](http://www.psi.puc-rio.br/site/images/psi_puc/Dissertacoes_2017/Mariana_Seize.pdf)

Silva, C. C. & Elias, L. C. S. (2020) Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. *Avaliação Psicológica*, 19 (2), 189-197. doi: 10.15689/ap.2020.1902.09

Silva, E. A. M. (2020). Transtorno do espectro autista (TEA) e a linguagem: a importância de desenvolver a comunicação. *Revista Psicologia & Saberes*, 9 (18), 174-188. Recuperado de: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1221>

Silva, E. M. F.; Almeida, J. L. M.; Silva, M. A.; & Menezes, R. M. C. (2019). Avaliação e reabilitação neuropsicológica em casos de TDAH. *Psicologia.pt*, 1-19. Recuperado de: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1315.pdf>

Silva, S. P. N., de Figueiredo Walter, C. C., & de Paula, L. R. D. O. (2019). Avaliação dos efeitos de um programa de leitura e comunicação para crianças com Autismo. *Revista Educação Especial*, 32, 1-22. doi: 10.5902/1984686X40898

Tomazoli, L. S., Santos, T. H. F., Amato, C. A. H., Fernandes, F. D. M., & Molini-Avejonas, D. R. (2017). Rastreamento de alterações cognitivas em crianças com TEA: estudo piloto. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19 (3), setembro-diciembre, 23-32. doi: 10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p23-32

Wechsler, D. (2013). *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: WISC-IV. Manual de instruções para aplicação e avaliação*. Adaptação e Padronização Brasileira: Rueda, F. J. M., Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Santos, A. A. A., & Castro, N. R. C. 4ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wingfield, B., Miller, S., Yogarajah, P., Kerr, D., Gardiner, B., Seneviratne, S., Samarasinghe, P., & Coleman, S. (2020). A predictive model for paediatric autism screening. *Health Informatics Journal*, 1–16. doi: 10.1177/1460458219887823

Winograd, M., Jesus, M. V. M., & Uehara, E. (2012). Aspectos qualitativos na prática da avaliação neuropsicológica. *Ciências & Cognição*, 17 (2), 002-013. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-58212012000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212012000200002)

Zanon, R. B. (2016). *A busca pelo diagnóstico e tratamento do filho com Autismo: a influência do coping e do apoio social e conjugal nos níveis de estresse de pais*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/201094>

Zanon, R. B.; Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do Autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30 (1), 25-33. doi: 10.1590/S0102-37722014000100004

## Conclusão

A presente dissertação possuía como objetivo geral investigar o desenvolvimento da cognição e da linguagem em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos primeiros anos de vida possibilitou. Para isto foi dividida em dois artigos com objetivos específicos: 1) Mapear os aspectos da cognição e linguagem de crianças de 0 a 6 anos com TEA; e 2) Investigar a atuação de neuropsicólogos diante do TEA. Foram evidenciados os seguintes achados:

No primeiro artigo verificou-se através de revisão sistemática do período de 10 anos (2008-2018) que o desempenho da linguagem esteve diretamente atrelado ao nível do desenvolvimento cognitivo, de modo que crianças com melhores desempenhos cognitivos, de atenção compartilhada também apresentavam melhores índices linguísticos. O diagnóstico dos participantes das pesquisas ocorreu principalmente no período etário entre 24 e 36 meses, o que contribui para o diagnóstico precoce. Observou-se ainda a escassez de estudos nacionais sobre o tema e de instrumentos padronizados para a avaliação.

O segundo objetivo do estudo precisou ser alterado devido a pandemia causada pela COVID-19 que impossibilitou a coleta de dados. Deste modo, com base nos achados do primeiro estudo, observou-se no segundo por meio de entrevista com neuropsicólogos que a avaliação cognitiva e de linguagem obteve lugar de destaque nos aspectos importantes de serem avaliados, mencionadas pelos participantes, assim como a queixa pela escassez de instrumentos e recursos para a avaliação. No que diz respeito a escassez de estudos foram apontados como possíveis motivos a dificuldade de recrutar participantes, variabilidade do transtorno e ausência de fomentos para pesquisas.

Considera-se que o objetivo geral desta dissertação foi atingido com limitações. Apesar disso, os dados obtidos dos dois artigos trazem discussões importantes e elucidam um panorama geral sobre o cenário nacional de pesquisa/ atuação e contribuem para o aprofundamento das discussões no campo da neuropsicologia do Autismo.

A partir dos achados, indica-se a importância de discutir o Autismo e outros Transtornos de Desenvolvimento na formação acadêmica para que os futuros profissionais tomem consciência do campo e suas implicações. Ressalta-se sobre a relevância do estímulo financeiro a pesquisas que visem desenvolver ou padronizar instrumentos de avaliação.

Por fim, sugere-se ainda para a implementação de políticas públicas que visem conscientizar os pais sobre o transtorno, a importância da identificação dos sintomas, prognóstico e a implicação positiva de sua participação em pesquisas científicas. A maior conscientização pode diminuir o preconceito e o modo de lidar com o diagnóstico e compreender que o Autismo é apenas uma forma de existir no mundo.

## Apêndice A. Roteiro da entrevista

### Questionário sobre a atuação dos(a) neuropsicólogos(a) diante do Transtorno do Espectro Autista

#### Seção 1 - Sobre você a formação

1. Sexo.
  - Masculino
  - Feminino
  - Outro
2. Idade.
3. Escolaridade.
4. Onde realizou sua formação em neuropsicologia?
5. Tempo de experiência (como neuropsicólogo)
  - Até 1 ano
  - Entre 2-5 anos
  - Entre 6-10 anos
  - +11 anos
6. Qual o seu local de atuação (ex. Clínica própria; SUS)?

#### Seção 2 - O processo avaliativo em indivíduos com suspeita/TEA

7. Em poucas palavras, o que você compreende como Transtorno do Espectro Autista?
8. Qual a faixa etária de indivíduos com Autismo que você costuma atender?
9. De onde partem os encaminhamentos para avaliação do Autismo que você recebe?

- Família
- Escola
- Profissionais de saúde
- Outros

10. Para você, qual a principal demanda da avaliação neuropsicológica em casos de Autismo/ suspeita de Autismo?
11. Quais os aspectos/funções/competências imprescindíveis na avaliação desta população?
12. Pensando nestes citados acima, quais instrumentos você julgaria como essenciais?
13. Em relação a escalas e inventários específicos para Autismo, você faz uso?
  - Sim
  - Não
14. Se sim, quais você mais utiliza?

#### Seção 3 - O processo interventivo em indivíduos com TEA

15. Quais os maiores desafios na intervenção/reabilitação destes indivíduos?
16. Em sua prática profissional, você considera necessário fazer intervenções também com os familiares? Se sim, que tipo de intervenções costuma fazer?
17. Quais as maiores dificuldades no atendimento de crianças com Autismo de 0 a 6 anos de idade?

18. Apesar do número crescente de estudos nacionais sobre avaliação neuropsicológica de pré-escolares com Autismo, ainda é incipiente comparado a outros transtornos. Na sua opinião, qual seria o motivo?

#### **Seção 4 - Sobre os pais/responsáveis**

19. Quais os maiores desafios enfrentados pelos pais/responsáveis no cotidiano?

20. Enquanto neuropsicólogo, de que maneira você lida com as demandas dos pais/responsáveis?

21. Na sua opinião, quais as orientações fundamentais que devem ser fornecidas aos pais/responsáveis?

22. Você realiza entrevista devolutiva com os pais/responsáveis? Se sim, como é o momento do diagnóstico para você?

**Apêndice B.** Respostas dos participantes

Tabela 1: Caracterização dos participantes

ID	Sexo	Idade	Escolaridade	Especialização em neuropsicologia	Tempo de Experiência	Local de atuação
1	F	39	3	Sim	C	Clínica particular
2	F	30	3	Não	C	Clínica particular
3	F	44	3	Não	B	Clínica particular
4	F	32	4	Sim	B	Clínica particular
5	F	48	2	Sim	C	Clínica particular
6	F	35	2	Sim	A	Clínica particular
7	F	33	3	Sim	C	Clínica particular
8	F	47	3	Sim	D	Clínica particular
9	F	37	3	Sim	C	Clínica particular
10	M	24	1	Sim	B	Clínica particular
11	F	28	2	Sim	A	Clínica particular
12	M	39	3	Sim	D	Clínica particular
13	F	44	2	Sim	B	Clínica particular
14	M	42	3	Não	B	Hospital público
15	F	32	2	Sim	B	Clínica particular
16	F	39	3	Sim	D	Clínica particular
17	F	35	2	Sim	C	Clínica particular
18	F	26	2	Sim	A	Clínica particular
19	M	61	2	Sim	C	Clínica particular
20	F	35	3	Sim	C	Clínica particular
21	M	30	3	Sim	B	Clínica particular
22	F	37	3	Sim	C	Clínica particular
23	F	33	2	Sim	B	Clínica particular
24	M	42	3	Não	B	Hospital público

**Legenda:** 1. Ensino Superior; 2. Pós-graduação Lato-sensu; 3. Mestrado ou Doutorado; 4. Pós-doutorado. A. Até 1 ano de experiência; B. 2-5 anos; C. 6-10 anos; D. 11 anos ou mais. \* Todos residiam no estado do Rio de Janeiro, Brasil.

**Tabela 2:** Pergunta 1 - O que você compreende como Transtorno do Espectro Autista?

**ID Respostas**

1	Uma síndrome do neurodesenvolvimento com perfil bastante heterogêneo de sintomas, sendo o principal, prejuízo social e de comunicação, relacionado a teoria da mente e funções executivas.
2	Pessoas com dificuldade de comunicação, expressão e entendimento emocional
3	Transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e interação social e pela presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse ou atividade.
4	É um transtorno do neurodesenvolvimento, com impacto em 3 aspectos: comunicação, interações sociais e comportamentos estereotipados/interesses restritos
5	Transtorno do desenvolvimento que interfere na comunicação e interação social
6	Autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento que surge antes dos 3 anos de idade e que afeta predominantemente a interação social, o desenvolvimento da comunicação e o interesse em atividades de forma restrita e repetitiva.
7	Um transtorno do desenvolvimento, dentro de um espectro de sinais e sintomas, onde os prejuízos estão conectados a comunicação, linguagem, com interesses específicos e dificuldade na interação social. Cada pessoa tem uma forma de funcionamento peculiar, dentro desse espectro, podendo transitar nessas características.
8	Um transtorno com características variadas, com gravidades distintas, mas com ênfase na alteração de comunicação e interação social.
9	Transtorno do neurodesenvolvimento que tem como sintomas centrais prejuízos de atenção compartilhada, intenção comunicativa, teoria da mente e processos de autorregulação. Os sintomas variam em grau de severidade e causam impacto em diferentes aspectos da cognição e na funcionalidade.
10	É um transtorno do neurodesenvolvimento tipificado por dificuldades na interação social, linguagem e comunicação, comportamentos repetitivos e interesses restritos. Sabe-se pouco sobre sua origem e sua complexidade é refletida nas mais variadas manifestações possíveis do transtorno, o que dá base pra ideia de que é um espectro. Cada Autismo é um Autismo.
11	Transtorno do neurodesenvolvimento que traz na comunicação social, comportamentos restritos e repetitivos.
12	um transtorno no qual o indivíduo apresenta dificuldades de comunicação ou interação social, além de padrões restritos de comportamento
13	Atraso no Neurodesenvolvimento. Dificuldades em comunicação e interação social.
14	Condição neuropsicológica caracterizada por défices pervasivos no comportamento social e por comportamentos repetitivos, interesses restritos e rigidez nos padrões comportamentais, com gradação fundamentada nas habilidades linguísticas.
15	Transtorno global do desenvolvimento que surge nas primeiras etapas da infância e é caracterizado principalmente por alterações comportamentais e de socialização
16	Déficit na comunicação social (socialização e comunicação verbal e não verbal) e comportamento (interesse restrito e movimentos repetitivos). Usamos o termo “espectro”, pelos vários níveis de comprometimento.



- 17 O Transtorno do Espectro do Autismo é um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e ou interesses repetitivos ou restritos.

---

- 18 Transtorno de origem neurobiológica, com existência desde os primeiros anos de vida. Afetando na linguagem, socialização e interesses.

---

- 19 As especificações contidas no DSM V, literatura complementar e em cursos.

---

- 20 Déficit na comunicação/socialização, Rigidez cognitiva e emocional, comportamentos estereotipados

---

- 21 Transtorno que afeta, primariamente, a linguagem e a Teoria da mente.

---

- 22 É um transtorno do neurodesenvolvimento que podem ter consequências na comunicação, habilidades sociais, níveis de autonomia.

---

- 23 É um transtorno neurobiológico que dificulta em diferentes graus de severidade o entendimento e expressão da comunicação e relações sociais. Em casos mais severos pode haver o não desenvolvimento da fala e mais leves a dificuldade de socializar e se adaptar aos círculos sociais como família e emprego.

---

- 24 Uma condição neuropsicológica caracterizada por défices marcados nas habilidades sociais e por comportamentos repetitivos e perseverantes, cuja severidade é determinada pela qualidade de seus comportamentos linguísticos.

---

**Tabela 3:** Pergunta 2 - Qual a faixa etária de indivíduos com Autismo que você costuma atender?

ID	Respostas
1	3 a 16 anos
2	6 a 15 anos
3	2 a 5 anos
4	Adolescentes (atualmente atendo muito pouco TEA, geralmente prefiro encaminhar)
5	20 anos
6	Menores de 18 anos
7	3 a 12 anos
8	Infância
9	4 a 13 anos
10	6 a 10
11	Até 6
12	6 a 15
13	2 a 9 anos
14	4 a 25 anos
15	2 a 5 anos
16	3 a 21 anos
17	2 anos
18	Crianças e adolescentes (2-17 anos)
19	Crianças em média a partir de 6 anos e adultos.
20	Crianças
21	12 a 21 anos
22	6 a 16 anos
23	Crianças, adolescentes e adultos
24	04 a 25 anos

**Tabela 4:** Pergunta 3 - De onde partem os encaminhamentos para avaliação do Autismo que você recebe?

ID	Respostas
1	Profissionais de saúde
2	Família
3	Profissionais de saúde
4	Escola
5	Profissionais de saúde
6	Família
7	Escola
8	Profissionais de saúde
9	Profissionais de saúde
10	Profissionais de saúde
11	Escola
12	Profissionais de saúde
13	Profissionais de saúde
14	Profissionais de saúde
15	Profissionais de saúde
16	Escola
17	Profissionais de saúde
18	Profissionais de saúde
19	Profissionais de saúde
20	Profissionais de saúde
21	Profissionais de saúde
22	Profissionais de saúde
23	Profissionais de saúde
24	Profissionais de saúde

**Tabela 5:** Pergunta 4 - Para você, qual a principal demanda da avaliação neuropsicológica em casos de Autismo/ suspeita de Autismo?

<b>ID</b>	<b>Respostas</b>
1	Dificuldade de comunicação.
2	Diagnóstico e diagnóstico diferencial.
3	Diagnóstico diferencial e nível de gravidade.
4	Dificuldade de aprendizagem.
5	Avaliação de funções executivas e de habilidades linguísticas, comorbidade de deficiência intelectual e orientação psicoeducativa.
6	Se há comprometimento cognitivo.
7	A detecção de Autismo leve.
8	Avaliação no nível de maturação cognitiva, inteligência e funções executivas.
9	Auxílio no processo de avaliação diagnóstica e par delineamento do plano de tratamento e posterior monitoramento da evolução do paciente.
10	Adaptação na vida acadêmica.
11	Dificuldades de aprendizagem, dificuldades atencionais, prejuízos comportamentais (regulação do comportamento), como agressividade excessiva, pouca regulação diante de demanda externa...
12	Déficit na linguagem.
13	Chamar e prender a atenção da criança. A dificuldade de interação e distanciamento da realidade podem ser empecilhos para a avaliação.
14	Diagnóstica.
15	Diagnóstico diferencial, diagnóstico de comorbidades (principalmente DI, TDAG e TEAP).
16	Auxílio ao diagnóstico diferencial.
17	Atraso na linguagem.
18	Comportamento inadequado, dificuldade de comunicação e interação social.
19	Avaliação de potencial comorbidade de Deficiência Intelectual.
20	Confirmação do diagnóstico para futura intervenção.
21	Um diagnóstico definitivo.
22	Confirmação ou refutação da hipótese diagnóstica
23	No meu caso, dificuldades acadêmicas e de vida de relação.
24	Relacionadas a linguagem.

**Tabela 6:** Pergunta 5 - Quais os aspectos/funções/competências imprescindíveis na avaliação desta população?

<b>ID</b>	<b>Resposta</b>
1	Cognição social. TOM, flexibilidade cognitiva e capacidade de abstração.
2	Inteligência, linguagem, funcionalidade
3	Teoria da mente e Funções executivas (controle inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva). E também medida de inteligência geral.

4	avaliação das funções executivas, linguagem, memória, inteligência, coordenação motora, praxias e atenção. Avalio também, de forma qualitativa, aspectos lúdicos, interação na sessão e uso de brinquedos. Uso de relatório escolar também.
5	Funções executivas, habilidades linguísticas, habilidades sociais, inteligência
6	Funções executivas, atenção, cognição social
7	Habilidades sociais e de comunicação. Função executiva. E atenção
8	Inteligência e funções executivas
9	Inteligência por ser uma comorbidade frequente a deficiência intelectual. Além disso, junto com a linguagem a inteligência é um preditor de sucesso do desenvolvimento.
10	Competência linguística, funções executivas e eficiência intelectual (inteligência)
11	Depende das queixas e níveis de comprometimento. Mas é necessário sempre investigar em que grau estão os níveis de prejuízos em teoria da mente, funções executivas e funcionamento intelectual.
12	Funções Executivas, linguagem
13	É importante pensar que cada Autismo apresenta um perfil diferente, o que aponta que todas as funções e aspectos devem ser avaliados. Para além de avaliação de funções, o relato dos pais e cuidadores será de extrema importância, sobretudo em caso de crianças na primeira infância.
14	Entendimento do transtorno e flexibilidade do profissional para adaptações
15	Funcionalidade e adaptação à vida diária, inteligência, cognição social e comunicação.
16	QI, funções executivas, capacidades visuoespaciais e visuoestrutivas, linguagem
17	Comportamento adaptativo, QI, linguagem, desenvolvimento motor, habilidades sociais, comunicação, relacionamentos, problemas de comportamento, regulação emocional, atenção e atividade de vida diária.
18	Contato visual consistente, comunicação verbal, não verbal e comportamento apropriados de acordo com a faixa etária
19	Habilidades Sociais, Habilidades Linguísticas, Funções Executivas Quentes e Frias, Sensibilidade Sensorial, Inteligência, Aspectos Emocionais
20	Aspecto Sócio funcional. Linguagem. Comorbidades. Inteligência.
21	Teoria da Mente, Atenção e Linguagem.
22	Ter o encaminhamento do clínico responsável contendo os motivos do encaminhamento ( geralmente eles colocam algumas informações relevantes), Anamnese, documentos (vale o que está escrito né) tais como relatórios da Escola, professor particular, pedagogo e/ou psicopedagogo, laudos fonoaudiológico, psicológico, informações colhidas "informalmente" através de contato com os profissionais (telefonem whats app, etc.), laudos de imagem (RM, TC) e/ou exames complementares (P 300, PAC, Sono, etc.), testagem incluindo cognição (testes padronizados/SATEPSI), humor e

estrutura de personalidade (ver definição de Wechesler, pág. 4 Manual Wisc IV) e escalas complementares como por exemplo a CARS. Com os dados colhidos na entrevista da anamnese e/ou queixas da família e da escola e ou equipe multidisciplinar confrontados com resultados da avaliação, consulto base de dados de pesquisa acadêmica e faço as citações nas conclusões da avaliação. utilizo bastante a base de pesquisa FENPB e outras bibliotecas virtuais de produção científica e do DSM V. Eu leio e estudo bastante. Tudo o que vem, por exemplo na RM, estudo o que é Fazekas I, II e III, leucoaraiose. O profissional não saber distinguir um "AVC CEREBELAR" de um "AVC CORTICAL OU SUB CORTICAL" é dose né? Então, pra ter o desenvolvimento contínuo de competências é preciso gostar de estudar e aprender para que o resultado final atenda as expectativas da família, escola e demais profissionais e evidentemente, promovam qualidade de vida do paciente. O psicólogo deve também ter habilidade para fazer a "gestão do relacionamento" com o cliente e demais parceiros (por exemplo quem trabalha em Clínica como eu ou em hospitais). Outro ponto importante: Todo cuidado no uso da língua mãe, afinal o laudo é uma produção textual.

23	Empatia e habilidade na interação social, capacidade de observação
24	Comportamentos repetitivos, funções executivas, linguagem (receptiva e expressiva), contato visual, comportamento exploratório, sorriso social.

**Tabela 7:** Pergunta 6 - Pensando nestes citados acima, quais instrumentos você julgaria como essenciais?

ID	Respostas
1	WISC, FDT
2	WISC-IV, SON-R, Columbia, Vineland
3	Wisc -IV, FDT, Wisconsin, tarefas de teoria da mente, RAVLT para a aprendizagem, trilhas.
4	WISC, SON-R, Piaget -head, TENA, FDT, provas de teoria da mente, THCP, perfil sensorial 2, atividades de quebra cabeça, lego, além de escalas e inventários.
5	WCST, FDT, Provas Linguísticas, SSRS, WISC-IV
6	Nepsy-II, teste de trilhas, D2-revisado, tavis
7	Instrumentos que avaliem capacidade de planejamento e priorização. Questionários de rastreio
8	WISC, WAIS ou WASI; Columbia, PROTEA, DENVER (Na primeira infância); FDT, RAVLT, Torre de Londres;
9	SON-R e WISC.
10	WASI, WCST, Bateria psicológica para avaliação da atenção (BPA), D2, Figura Complexa de Rey, FDT (Teste dos cinco dígitos), fluência verbal.
11	Testes neuropsicologicos e escalas

12	Bateria de inteligência; testes que avaliem memória de trabalho, controle inibitório, flexibilidade cognitiva, capacidade de organização do pensamento e tarefas de teoria da mente.
13	Son-R, Escala Bayley, Wisc, Wais, Denver
14	O recente PROTEA-R, a SNAP-IV e outras escalas
15	Teste de Inteligência, Atividades de identificação emocional
16	WISC, NEPSY, Figura de Rey
17	Son-R, vineland3, Columbia, Denver, ETDAH-Pais, Protea-r
18	Anamnese apropriada e avaliação clínica
19	Matrizes Progressivas de Raven (mas perdeu sua autorização), Son-R, Wisconsin, SSRS, Anele, Perfil Sensorial, WISC-IV, Neupsilin Infantil, NEPSY-III
20	Teoria da mente. Testes de linguagem e inteligência. Tarefas para avaliar funcionalidade.
21	WISC/WAIS, Tarefas de Teoria da Mente e BPA.
22	Os que constam na base do SATEPSI e publicação complementar.
23	Protea-R, instrumentos qualitativos de teoria da mente, medidas de inteligência adequadas a cada caso (por exemplo WISC-IV, SON-R, em alguns casos Matrizes de Raven)
24	Pro tea e protocolos comportamentais (VB MAPP/ABLLs-R)

**Tabela 8:** Perguntas 7 e 8

**ID Pergunta 7:** Em relação a escalas e inventários específicos para Autismo, você faz uso? **Pergunta 8:** Se sim, quais você mais utiliza?

1	Sim	CARS é pro TEA
2	Sim	CARS
3	Sim	PROTEA-R
4	Não	Usava ADOS e ADI-R na minha prática na França
5	Não	Para adultos não utilizo
6	Sim	M chat, pro tea, WISC IV
7	Sim	CARS
8	Sim	M-Chat
9	Sim	M-chat
10	Sim	SNAP-IV
11	Sim	CRAS
12	Sim	CARS
13	Sim	CARS. Teoria da MENTE. PEDI.
14	Sim	Protea-R, Inventário de Comportamentos Autísticos, PEP-R, Perfil Sensorial,
15	Sim	Protea, sonr, m chat, cars

16	Sim	Protea
17	Sim	Todos
18	Sim	MCHAT; PROTEA; ATA;
19	Sim	Wisc IV, Escala Cars, Escala transversal de Sintomas (DSM V), FAS, RAVLT, TAVIS 4, Figuras Complexas de Rey, FAS, EBADEP IF, ETPC, EPQJ, CMMS-3, DEL PRETTE (Habilidades Sociais) e testes projetivos para investigação de linguagem expressiva/produção textual para avaliação qualitativa como "Cartela Roubo de Biscoitos" e a resposta de duas perguntas: "Como eu me sinto/" e "A minha vida seria melhor se?"
20	Sim	Escala de avaliação de traços autísticos, Mchat
21	Não	Não uso.
22	Sim	CARS, ABC
23	Sim	CARS, ATA, MCHAT
24	Sim	Inventário de Comportamentos Autísticos, Protea-R

**Tabela 9:** Pergunta 9 - Quais os maiores desafios na intervenção/reabilitação destes indivíduos?

**ID Respostas**

1	Melhora da flexibilidade em ambientes naturais.
2	Não realizo intervenção
3	Manejo comportamental
4	Ter uma boa avaliação completa como base para planejamento da intervenção
5	Processo de Inclusão social
6	Compartilhamento social e imitação que conduzem o aprendizado
7	Alto custo, pois é necessária uma quantidade de sessões semanais e profissionais capacitados em abordagens baseadas em evidências. Pessoalmente, a maior dificuldade é no planejamento das atividades e na orientação dos familiares quanto a execução.
8	Engajar a família.
9	Com as crianças em si, não sinto dificuldades. A maior dificuldade é atuação com os diferentes ambientes (pais e escola).
10	O engajamento do cliente. Compreender que será um processo lento, com pequenos ganhos espalhados homeopaticamente pelos dias.
11	Conseguir engajamento nas tarefas
12	Não atuo nessa área.

13	Linguagem. Comportamento com comprometimento severo.
14	Treinamento de habilidades sociais, desenvolvimento de habilidades linguísticas
15	Nao atuo com reab e intervenção. Somente avaliação.
16	Interação Social e linguagem
17	Trab somente com avaliação
18	A comunicação e integração com família, escola e demais profissionais
19	Fui fazer o curso da Dra Eliane Miotto no HC para ampliar minha visão de REHAB. Não faço REHAB porque as clinicas "me querem" na avaliação (Fiz 140 avaliações em 2019). Acho importante ter rede de apoio com profissionais que atuam na área (Temos 2 grupos de REAHB em SP) e seguir quem atua em redes sociais. O maior desafio é a "segmentação dos clientes": O conhecimento que vc acumular é "vendido", quem te contrata te paga e, infelizmente, muitas crianças estão à margem desse atendimento por "n" motivos.
20	Comprometimento familiar
21	Planeja um atendimento multidisciplinar.
22	Sustentação da atenção e interesse nas tarefas
23	Não faço intervenção
24	Desenvolvimento de Habilidades Sociais e Linguísticas

**Tabela 10:** Pergunta 10 - Em sua pratica profissional, você considera necessário fazer intervenções também com os familiares? Se sim, que tipo de intervenções costuma fazer?

**ID Respostas**

1	Sim. Psicoeducação com os pais e estratégias de análise do comportamento, manejo de comportamento.
2	Sim, principalmente as necessidades de adaptação escolares, familiares e envolvimento no tratamento do paciente.
3	Sim. Orientar com estratégias para manejo comportamental.
4	Sim, mas não faço, encaminho os familiares
5	Com adultos não houve necessidade, até o presente momento.
6	Orientação e treinamento parental
7	Sem dúvida. A família é parte da intervenção. Costumo fazer orientação de pais, orientação quanto ao plano terapêutico e também quanto as técnicas a serem feitas em casa.
8	Orientação e treino das atividades.
9	As intervenções com pais e escola são fundamentais. Intervenções comportamentais para regulação do comportamento e desenvolvimento de autonomia; intervenções de mediação cognitiva.
10	Com certeza. Psicoeducação, orientações para o dia a dia
11	Sim, trabalhou com um protocolo de conduta com os pais para os principais comportamentos que eles precisam estimular
12	Não atuo, mas consideraria de extrema importância.
13	Psicoeducação para manejo do quadro



14	Sim, mas não fazemos intervenção neste momento no nosso serviço.
15	Sim. Terapia é fundamental!
16	Sim, Orientação Familiar
17	É fundamental
18	Sim. Psicoeducação, treino parental
19	Sim. O laudo contempla sugestões e encaminhamentos.
20	Sim, psicoeducação
21	Sim, muito importante. Orientação de pais.
22	Sim, orientação sobre manejo dos comportamentos
23	Não faço intervenção
24	Sim, Psicoeducação para lidar com os problemas de ajustamento na escola e em casa

**Tabela 11:** Pergunta 11 - Quais as maiores dificuldades no atendimento de crianças com Autismo de 0 a 6 anos de idade?

ID	Respostas
1	Instrumentos para a avaliação. Para reabilitação engajando dos pais e todos os profissionais envolvidos com a criança.
2	Não atendo essa faixa etária
3	A aceitação da família
4	Não atendo essa faixa etária.
5	Não tenho experiência com esta faixa etária
6	Depende do grau do Autismo
7	Falta de literatura e escassez de material para avaliação neuropsicológica.
8	Estabelecer um vínculo.
9	As dificuldades são maiores quando não são verbais.
10	O engajamento. O fato de que algumas funções ainda não foram desenvolvidas. Também é importante estar atento ao desenvolvimento e marcos maturacionais
11	Engajamento nas atividades e baixo repertório comportamental
12	Dificuldade de comunicação, dificuldade de julgar até que ponto dificuldades no desempenho se devem a não adesão (alheamento) ou dificuldades cognitivas
13	Suporte de equipe multidisciplinar
14	Ausência de instrumentos e normas brasileiras para os padrões-ouro como a ADOS-2 e a ADI-R.
15	Os sintomas do Tea podem ser confundidos com outros tipos de transtorno e por isso é recomendado reavaliar e fazer acompanhamento multidisciplinar
16	Compreensão da linguagem
17	4
18	A comunicação e o tempo de manutenção atencional
19	Nenhuma. Não atendo crianças com idade inferior a 3 anos. Não comprei a Escala Bayley.

20	Interesse restrito, comunicação menos desenvolvidos quando comparados a crianças mais velhas, entre outras
21	Não trabalho com esse público
22	Flutuação atencional e nível linguístico dependendo da criança
23	Só faço avaliação
24	Ausência de instrumentos para esta faixa etária.

**Tabela 12:** Pergunta 12 - Apesar do número crescente de estudos nacionais sobre avaliação neuropsicológica de pré-escolares com Autismo, ainda é incipiente comparado a outros transtornos. Na sua opinião, qual seria o motivo?

**ID Resposta**

1	A heterogenia dos perfis dentro do espectro
2	Pouco conhecimento e instrumentos disponíveis para essa faixa etária.
3	As pessoas ainda acreditam que cada criança tem seu tempo. Com isso, procuram tardiamente
4	Acho que talvez, apesar de ser um transtorno do neurodesenvolvimento, a pessoa ainda não considera o funcionamento cognitivo como importante no contexto do TEA.
5	Talvez a procura por avaliação ainda ocorra mais tardiamente (a partir do processo de alfabetização).
6	Uma das causas acredito que seja pela falta demanda derivada de diagnósticos precoces
7	pela falta de instrumentos para essa faixa etária.
8	Dificuldade de acesso.
9	Em função das dificuldades de comunicação. As dificuldades de comunicação demandam instrumentos apropriados (não verbais ou ecológicos) e maior manejo clínico.
10	Talvez dificuldade para realização de pesquisas práticas com esse público
11	Dificuldade de padronizar um instrumento levando em conta a abrangência do Espectro
12	Ótima pergunta... Talvez pela maior quantidade de variáveis a serem controladas tendo em vista que o espectro é extremamente heterogêneo.
13	Ainda existe muitas dúvidas quanto aos dados científicos - que deveriam chegar na ponta com mais assertividade. As pessoas têm muitas crenças e ainda existe o preconceito grande.
14	As dificuldades técnicas para o desenvolvimento de técnicas e as dificuldades da pesquisa no recrutamento destes participantes.
15	Falta de investimento em pesquisas por parte do governo nas universidades do Brasil
16	Resistência dos pais em aceitar o diagnóstico
17	Acredito que possa estar atrelado a dúvida quanto a causa, no qual muitos profissionais se sentem inseguros.

18	A desvalorização da ciência no nosso país
19	Ao usar os descritores Autismo and em and pre and escolares, encontrei somente essa pesquisa (site CFP) "Evidências de validade de instrumentos para avaliação de linguagem oral em pré-escolares" ratificando a validade dessa questão. Penso que o motivo é complexo e multifatorial. 1) O governo tem interesse em apoiar, financiar a pesquisa e/ou produção científica? Voltamos à barbárie né, com os cortes de verbas. 2) Só participa da produção científica o aluno que já "está dentro da universidade pública", quem vem de fora (como eu) dificilmente vai "entrar", então tem essa questão do "funil": quem está de dentro fica. A última seleção de mestrado na Rural era apenas para 1 vaga. 3) Base sólida de conhecimentos e produção de laudos. Se você observar no DSM V, por exemplo, nos Transtornos do Neurodesenvolvimento /Transtorno da Comunicação Social (Pragmática) Critérios Diagnósticos (F80.89) não é Autismo. No Transtorno do Espectro Autista (F84.0), tem que ser excluído o Diagnóstico Diferencial para Síndrome de Rett, Mutismo Seletivo, Transtornos da linguagem e transtorno da comunicação social (pragmática), Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) sem transtorno do espectro autista, Transtorno do movimento estereotipado, Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e Esquizofrenia. Então, penso eu que o pesquisador tem que ter segurança (conhecimento DSM V) e experiência para produzir pesquisa. Então: o psicólogo que se forma vai para o mercado sabendo fazer anp? Já tive caso de uma criança que o pediatra era da Barra (a consulta era 900,00) encaminhou para ANP com suspeita de Autismo e o resultado da avaliação não confirmava a hipótese.
20	Escassez de profissionais dedicados a validação desses instrumentos
21	Dificuldades para se pesquisar tal faixa etária.
22	Dificuldades metodológicas (poucos estudos c amostra significativa, manejo do comport do sujeito e heterogeneidade dos sintomas)
23	Não sei
24	Dificuldades técnicas para lidar com este público-alvo e no recrutamento de participantes.

**Tabela 13:** Pergunta 13 - Quais os maiores desafios enfrentados pelos pais/responsáveis no cotidiano?

**ID Respostas**

1	Adaptação social
2	Saber como lidar com a criança autista
3	Comportamentos inapropriados
4	Lidar com os problemas de comportamento.

5	Lidar com os aspectos comportamentais, tanto no contexto domiciliar quanto escolar e social.
6	Falta de informação e treinamento parental
7	Adaptação na escola, lidar com a frustração com a questão da socialização.
8	Manejo comportamental.
9	Construção da autonomia, manejo de frustração e a comunicação (nos não verbais)
10	Compreender que seu filho é diferente, mas que se for estimulado da maneira correta e adaptada poderá ter um bom desempenho cotidiano
11	Poucas políticas públicas eficientes de inclusão
12	Administrar dificuldades sociais e lidar com os desafios acadêmicos
13	Aceitação e dificuldades com o manejo do quadro.
14	Dificuldades escolares, principalmente no que tange às interações sociais e como isto repercute no seu filho.
15	A dificuldade em lidar com a intolerância à frustração dos autistas e encontrar escolas que estejam adaptadas para contribuir no processo educacional do autista
16	Comunicação
17	Da dificuldade de um direcionamento dos profissionais... muitos ainda não encontram-se preparados e acabam não direcionando os pais de forma adequada.
18	Compreensão do TEA
19	Disposição e recursos financeiros para acatar as sugestões de intervenção e/ou melhoria
20	Aprender com a psicóloga como lidar com os comportamentos atípicos
21	Lidar com os sintomas e idiosincrasias da patologia.
22	Manejo do comportamento e preconceito alheio
23	Lidar com o comportamento atípico.
24	Ajudar seus filhos a desenvolverem habilidades para controlar emoções, para a comunicação eficaz com os outros, e que desenvolvam relacionamentos sociais satisfatórios.

**Tabela 14:** Pergunta 14 - Enquanto neuropsicólogo, de que maneira você lida com as demandas dos pais/responsáveis?

<b>ID</b>	<b>Respostas</b>
1	Apoio empático e orientação para manejo
2	Apenas realizo avaliação, então tendo a encaminhá-los a profissionais com experiência de tratamento em Autismo para terem o melhor cuidado para seu filho e eles.
3	Conversando e explicando todo o processo
4	Acho a psicoeducação essencial para lidar com os pais.
5	Orientando principalmente sobre o perfil cognitivo dos seus filhos e recomendando intervenções terapêuticas que poderiam beneficia-los.
6	Acolhendo e orientando
7	No contexto da psicoeducação. Em caso de aprofundamento, encaminho para psicoterapia.
8	Com ética, empatia e cuidado.
9	Orientando.
10	Orientação. Parece básico mas grande parte dos responsáveis não sabem nada de verídico sobre TEA
11	Tento ao máximo sanar todas as dúvidas e acolher toda a angústia que costumam apresentar
12	Informação e, quando existem recursos, ajudando a dividir responsabilidades com equipe multidisciplinar
13	Sou insistente na psicoeducação, mesmo tendo que mudar a forma de abordar as questões algumas vezes.
14	Acolhemos, buscamos recursos para lidar com estas demandas, realizamos psicoeducação, e apresentamos técnicas para lidar com as dificuldades.
15	Encaminhamento para terapia mas antes oriento a respeito da importância deste acompanhamento
16	Através, de orientação familiar
17	Trabalho realizando Avaliação e direcionando para os profissionais adequados. Mas sempre tentando mostrar da importância da crianças iniciar o quanto antes as intervenções...
18	Acolho e oriento sobre as peculiaridades, bem como, sobre as intervenções
19	Dialogando, esclarecendo. Tudo resulta no processo de COMUNICAÇÃO.
20	Consultas mensais com eles
21	Orientação e psicoeducação.
22	Escuta empática
23	Eu só avalio
24	Ainda não iniciamos intervenções de reabilitação, portanto encaminhamos para os dispositivos de saúde e de psicologia que conhecemos.

**Tabela 15:** Pergunta 15 - Na sua opinião, quais as orientações fundamentais que devem ser fornecidas aos pais/responsáveis?

**ID Respostas**

1	Compreensão do funcionamento cognitivo e comportamental associado ao manejo adequado das dificuldades para minimizar os prejuízos
2	Como lidar com o filho (a) autista e adaptações
3	Qual a função do comportamento e como agir.
4	Baseado em uma avaliação neuropsicológica completa, explicar para os pais tanto os pontos fortes quanto os pontos fracos e oferecer então dica para o cotidiano.
5	De que podem ocorrer dificuldades em maior ou menor intensidade, e que é necessário um esforço conjunto para que sejam criados recursos de adaptação. Além disso, reforçar que as diferenças não devem ser rotuladas como doença, valorizando e respeitando a singularidade de cada um.
6	Como estimular a criança fora do ambiente terapêutico
7	Sempre pós avaliação, do potencial da criança, das adaptações necessárias, orientação aos direitos da criança (onde ela pode se orientar).
8	O que se pode ganhar com as intervenções, ou seja, as consequências positivas.
9	As relações de funcionamento cognitivo com comportamento, pois isso não fica conectado pois os pais, cuidadores e até profissionais apenas da linha da intervenção; em seguida orientações de manejo de comportamento e estimulação, baseado na compreensão dos processos cognitivos.
10	Aceitar seu filho para além de diagnósticos ou qualquer rótulo
11	Sobre intervenções baseadas em evidências
12	Quem, dependendo do caso, as expectativas devem ser direcionadas para obtenção do maior nível de independência possível, que acompanhamento psicoterápico adequado é importante para atingir metas, incluindo treino de habilidades sociais, que associações de apoio aos pais podem ser de grande importância e que psicoeducação é fundamental
13	Manejo do quadro para o melhor desenvolvimento
14	Como lidar com as limitações, maximizando as potencialidades de forma a suplantar as dificuldades, técnicas de manejo comportamental, de treinamento de habilidades sociais, de controle emocional e de treinamento de funções executivas.
15	O comprometimento com o tratamento multidisciplinar (TO, Fono, musicoterapia, escola, médico, nutricionista, etc)
16	Organização da rotina e estratégias em relação a agressividade, quando apresentada
17	Sempre pontuar que independente do diagnóstico, precisa-se levar em consideração a plasticidade cerebral. O quanto antes a criança ser avaliada melhor o prognóstico
18	Psicoeducação sobre o funcionamento cognitivo do filho e orientações de estimulação domiciliar

19	As intervenções são multidisciplinares...volta a resposta anterior: Disposição da família e recursos financeiros para acatar as sugestões de intervenção e/ou sugestões de melhoria
20	Prognóstico, como desenvolver habilidades, como proceder com determinados comportamentos frequentes dos filhos
21	Informações sobre a patologia e técnicas comportamentais.
22	Realização das atividades sugeridas e orientações
23	Eu só avalio
24	As orientações devem estar focadas nas ferramentas da Análise do Comportamento Aplicada para o desenvolvimento de habilidades sociais, habilidades linguísticas, controle emocional.

**Tabela 16:** Pergunta 16 - Você realiza entrevista devolutiva com os pais/responsáveis? Se sim, como é o momento do diagnóstico para você?

**ID Resposta**

1	Sim. No geral é um momento de forte emoção, doloroso, mas também de engajamento no tratamento.
2	Sim. É difícil, pois imagino como seja para um pai/mãe ouvir que seu filho (a) tem um transtorno, porém tento focar nas habilidades/potências que o avaliando tem também, que podem auxiliar e qual o prognóstico com o tratamento adequado.
3	Sim. É um momento importante de psicoeducação
4	Sim, não acho que é um momento fácil, sempre explico que a avaliação neuropsicológica deve fazer parte de um processo mais amplo de diagnóstico.
5	Sim. Entendo como um momento crucial para o entendimento dos mesmos sobre o quadro dos seus filhos, e que a partir disso poderão pensar nas intervenções mais adequadas. Compreendo a entrevista evolutiva como um momento de esclarecimento e orientação.
6	Sim! É feito com bastante empatia e acolhimento
7	Sim, uma ou duas sessões. É um momento bastante difícil para mim, pois a questão do tratamento é ainda pouco acessível, de custo alto, além da visão preconceituosa sobre Autismo. Costumo falar das potencialidades e pontos a serem desenvolvidos, da necessidade de apoio familiar e da necessidade de compreensão sobre aspectos do desenvolvimento. Busco acolher as dificuldades frustrações da família ou o alívio de ter um diagnóstico e assim, poder fazer as intervenções.
8	Sim, cuidadoso, apresento o perfil de funcionamento e solicito outras avaliações.
9	Sim. Não sinto dificuldades, mas é um momento onde é necessário estar bem disponível e empático para ajudar os pais.
10	Sim, é essencial. Sempre delicado, a mãe geralmente está mais interessada e também mais emotiva.
11	Sim. Sempre é um momento delicado

- 12 Quando os pais não trazem qualquer ciência da situação, torna-se uma devolutiva de grandes desafios, tendo em vista o impacto, as dúvidas e o frequente sentimento, por parte dos pais, de que eles estão "perdidos" (sem saber como proceder)
- 
- 13 Pessoalmente, todo diagnóstico é impactante. Mas tento abordar de forma clara e objetiva nas devolutivas.
- 
- 14 Sim, nosso foco não é no diagnóstico, considerando que este pode ser apenas provisório em função de um acompanhamento mais prolongado produzir mais informações. Nosso relatório psicológico e a entrevista devolutiva se concentra na explicitação da demanda, detalhando-a e subsidiando os responsáveis de informação, explicações e técnicas para lidar com os diferentes níveis produzidos de processos psicológicos relevantes.
- 
- 15 Sim. É um momento de acolhimento e esclarecimentos.
- 
- 16 Sim, a importância de acolhimento dos pais, nesse momento.
- 
- 17 Realizo a entrevista devolutiva. Não é fácil, mas sempre tento pontuar os potenciais e explicar sobre a plasticidade cerebral...
- 
- 18 Sim. A maioria dos pais demonstra alívio por compreender a situação do filho de modo mais claro, contudo, apresentam culpabilidade, por acreditarem de modo irracional serem "responsáveis" pelo TEA
- 
- 19 Na entrevista de anamnese explico os motivos do encaminhamento, o que é a hipótese diagnóstica (CID 10, DSM V), mostro a curva de aprendizagem do Wisc IV, converso sobre a avaliação de humor e estrutura de personalidade. Então, quando os pais voltam para pegar o laudo a família já teve uma explicação prévia. Tudo é um processo de COMUNICAÇÃO. Não tenho nenhum problema com entrevista devolutiva. Guilherme qq coisa \*\*\*. Abraços !!!
- 
- 20 Normalmente, não é tão doloroso, por que oriento muito na primeira consulta, caso a avaliação apresente compatibilidade com o espectro
- 
- 21 Em geral, a devolutiva confirma o diagnóstico dado pelo neuro, psiquiatra ou pediatra.
- 
- 22 Sim, delicado pois muitos não aceitam as condições do filho, muitas vezes, há negação, em outras, só querem um diagnóstico.
- 
- 23 Eu sempre começo pelos pontos fortes do paciente. Depois falo o transtorno e explico que há possibilidade de desenvolvimento
- 
- 24 Sim, nossa concepção de diagnóstico entende-o como um processo, que não se encerra nesta primeira hipótese diagnóstica que compartilhamos com paciente e família no fim de nosso processo da avaliação neuropsicológica. Ademais, focamos nosso relatório psicológico em apresentar os "pontos fortes e fracos" das habilidades do paciente e em orientações para a intervenção a partir destes, seja para outros profissionais, a família ou para a escola

\*\*\* Número de celular apagado para manter a privacidade do participante.



## Anexo I – Folha de aprovação



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTº DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO



TERMO Nº 503 / 2020 - DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)

Nº do Protocolo: 23083.066338/2020-17

Seropédica-RJ, 08 de dezembro de 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GUILHERME DOMINGOS MARTINS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 11/11/2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Emy Uehara Pires (Orientadora)  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ  
Prof. Dra. Luciene de Fátima Rocinholi (Membro interno)  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ  
Prof. Dra. Ana Carolina Monnerat Fioravanti (Membro externo)  
Universidade Federal Fluminense - UFF

*(Assinado digitalmente em 08/12/2020 13:08 )* EMMY  
UEHARA PIRES  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23) Matrícula:  
2128713

*(Assinado digitalmente em 09/12/2020 09:05 )*  
LUCIENE DE FATIMA ROCINHOLI  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)  
Matrícula: 1893672

*(Assinado digitalmente em 09/12/2020 09:45 )*  
ANA CAROLINA MONNERAT FIORAVANTI  
ASSINANTE EXTERNO  
CPF: 076.923.807-67

Para verificar a autenticidade deste documento entre em:  
<https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **503**,  
ano: **2020**, tipo: **TERMO**, data de emissão: **08/12/2020** e o código de verificação:  
**1e713fb173**