

Avaliação e diagnóstico do transtorno do espectro autista - TEA

Evaluation and diagnosis of autistic spectrum disorder - ASD

Diana Sampaio Braga ^{1*}, Antonio Luiz da Silva ², Iracilene Souza de Moura, Eduardo Gomes Onofre ¹

RESUMO

Apoiados na literatura e na prática profissional, no presente trabalho, refletiremos sobre o processo de avaliação para o seu diagnóstico em TEA. Discutiremos que o diagnóstico em TEA é eminentemente clínico e leva em conta de modo especial os 03 primeiros anos de vida do indivíduo. Destacaremos o reconhecimento de critérios determinantes, os quais apontam para prejuízos em interação social e comunicação, além de comportamentos e interesses estereotipados, repetitivos e restritivos em múltiplos ambientes. Como o processo avaliativo inclui tanto a observação sistemática dos padrões comportamentais quanto a aplicação de instrumentos de rastreios, discutiremos acerca de três escalas validadas e adaptadas para a realidade brasileira, ATA, M-Chat e CARS. Defenderemos que os dados obtidos pela avaliação clínica e pela aplicação das escalas podem contribuir tanto para a detecção do TEA quanto fornecer diretrizes para o planejamento de intervenções que contemplem as especificidades de cada caso.

Palavras-chave: TEA; Avaliação; Diagnóstico; Escalas de rastreio.

ABSTRACT

Supported by literature and professional practice, in this paper we aim to reflect on the evaluation process for the diagnosis of autism. We will discuss that the diagnosis for autism is eminently clinical and takes special account of the individual's first three years of life. We will highlight the need for the recognition of determining criteria, which appear as impairments in social interaction, communication, in addition to stereotyped, repetitive and restrictive behaviors in multiple environments. As the evaluation process includes both the systematic observation of behavioral patterns and the application of instruments, we discuss three scales validated and adapted to the Brazilian reality, ATA, M-Chat and CARS. We will argue that the data obtained by clinical evaluation and the application of the scales can contribute both to the detection of autism and to provide guidelines for planning interventions that address the specifics of each case.

Keywords: Autism; Assessment; Diagnosis; Screening Scales.

¹ Universidade Estadual da Paraíba
*E-mail: dianasbraga@yahoo.com.br

² Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista – TEA abrange uma variabilidade incomensurável de perfis. Porém, a heterogeneidade na forma como a sintomatologia TEA é apresentada vai depender do indivíduo e do seu estágio de desenvolvimento (Rojas; Rivera & Nilo, 2019). Assim, compartilhando da mesma categoria nosológica, podemos encontrar pessoas consideradas TEA no nível leve, moderado ou severo (Santos & Vieira, 2017). Além disso, em um contínuo, pessoas desse grupo podem oscilar tanto nas margens de uma grave deficiência intelectual (Bianchini & Souza, 2014) quanto inserir-se dentro das altas habilidades e até mesmo da superdotação (Vilarinho-Rezende, Fleith & Lima, 2016). Esse grupo pode também apresentar ou não uma gama de comorbidades infinitas (Pereira, Riesgo & Wagner, 2012). Obviamente, estas variáveis irão impactar nos níveis de funcionalidades do indivíduo com autismo.

Mas, se há variabilidade na apresentação comportamental e funcional desses sujeitos, o que garante aos pesquisadores o entendimento seguro do que seja o TEA? Desde os mais remotos primórdios da descoberta do TEA, a compreensão que tem guiado ao consenso do que seja esse distúrbio veio se estabelecendo no fato, repetidamente observado, de que todos os sujeitos diagnosticados apresentavam comprometimentos nas habilidades comunicativas, na reciprocidade e na interação social, além de manifestarem interesses e padrões de comportamentos estereotipados, restritivos e inflexíveis.

Há quem acredite que a pessoa TEA já nasce TEA. E há quem defenda que a transformação do comportamento típico em atípico pode ocorrer depois do nascimento. De qualquer forma, nem sempre elas são reconhecidas ao nascer. Como reflete Duarte (2019, p. 56): “A criança autista geralmente não nasce com complicações, possui aumento de peso e cresce, porém, começa a apresentar falta de interesse pelo meio, prefere quase sempre isolar-se, o olhar nos olhos não acontece, evita contatos”. Seja como for, ou já nascendo ou se desenvolvendo após o nascimento, os autores concordam que o TEA aparece cedo na existência dos indivíduos assim diagnosticados, estabelecendo-se até o final dos três primeiros anos de vida. E aqui é crucial que o diagnóstico seja estabelecido o mais cedo possível, pois segundo Rojas, Rivera e Nilo (2019) uma intervenção precoce pode repercutir em maiores benefícios, como a obtenção de maior grau de funcionalidade e autonomia.

Embora exista uma vastidão de escritos sobre esse tema, os pesquisadores ainda não sabem ao certo de onde vem o TEA. É importante saber como se origina o TEA? Certamente. Os estudos têm indicado que a existência prévia de TEA, por exemplo, em gêmeos e familiares pode ser um sinal de alerta para a possibilidade de novos casos na família. No entanto, como mostraram Gupta e State (2005, p. 530): “É importante salientar que, apesar de que os dados de gêmeos e familiares indicarem claramente os mecanismos genéticos na etiologia desses transtornos, os padrões de transmissão observados não correspondem às expectativas Mendelianas”. Além disso, como também observaram os mesmos pesquisadores: “Em resumo, na maioria dos casos parece não haver uma correspondência direta e simples entre ter uma anormalidade genética única e ter autismo” (Gupta & State, 2006, p. 530). Como indica Campos (2019, p. 4): “Acredita-se que o autismo esteja associado a uma herança poligênica e potencialmente epistática, e que fatores ambientais possam atuar em sinergia com os determinantes genéticos, aumentando a possibilidade de doença manifesta”.

Em sintonia com os acima referidos pesquisadores podemos pensar que a pesquisa nesse campo seguirá avançando. Assim, à medida em que os estudos se avolumarem, especialmente no campo da genética e da epigenética Weinhold (2006), pode ser possível que no futuro tenhamos não apenas a possibilidade de aconselhamento genético Griesi-Oliveira e Sertié (2017), mas a elaboração de um instrumental científico capaz de detectar, por exemplo, muito precocemente, se determinado indivíduo apresenta risco indicativo para a condição TEA. No momento, daquilo que os especialistas têm nos ensinado, a genética sozinha ainda não explica todos os casos de TEA, não oferecendo, portanto, isoladamente, o critério mais seguro para o diagnóstico, embora tenhamos confiança de que ela chegará a esse patamar em breve.

Assim é importante observar que as causas originárias do TEA ainda estão, se não indefinidas, ao menos em aberto, não existindo uma palavra final. No entanto, lembremos de que enquanto categoria clínica esse transtorno, a contar de sua primeira aparição na literatura especializada, ainda se encontra dentro de seu primeiro século de história. Como nos informa Gisela Untoiglich (2013, p. 544): “Em 1911, Bleuler, psiquiatra suíço, introduz o termo “autismo”, referindo-se a uma alteração comum à esquizofrenia, que implica o isolamento da realidade externa”. Embora essa tenha sido a primeira aparição desse tema, mais tarde essa explicação mais vinculada à psiquiatria deixou de convencer.

É bem verdade que muitos campos ao longo da história desse transtorno vêm pleiteando uma explicação para essa condição. Antes apenas com o nome de autismo, dentro do campo das teorias psicodinâmicas, o TEA já foi objeto da psicopatologia, da psiquiatria, da psicanálise, por exemplo. Nas últimas décadas parece ter granjeado maior engajamento explicativo a pesquisa que se apoiou na neurologia. O TEA ficou sendo entendido como uma alteração na condição neurológica, e essa concepção foi abraçada, em alguma medida, pelas organizações internacionais. Contudo, segundo Silva (2020, p. 98): “Diferente das explicações antigas que eram quase inquestionáveis, a hegemonia da explicação neurológica na atualidade sofre constante ‘bombardeamento’ de outros campos intelectuais”.

Além da dificuldade de se acatar a explicação de campo hegemônico, único ou majoritário, a inclinação teórica mais convincente, no momento, tende para uma tentativa de explicação dentro do campo da multicasualidade. Por isso, como mostra Gisela Untoiglich (2013, p. 545): “Existem diferentes hipóteses e diversas linhas de investigação, a maioria dos investigadores concorda que, seguramente, trata-se da combinação de múltiplos fatores, que não necessariamente devem repetir-se de forma idêntica em todos os sujeitos”. Ainda dentro da multicasualidade, o que inclui o genético e o ambiental, é importante observar aquilo que apontaram Fezer et al (2017, p. 131): “Fatores obstétricos e perinatais têm sido associados ao TEA. Idades paterna e materna avançadas, sangramento materno, parto cesariano, peso ao nascimento, baixos escores de Apgar, hipóxia perinatal, prematuridade e malformações congênitas são as variáveis mais estudadas”.

Desse modo, como ninguém tem a palavra última para esse tema, ou a palavra derradeira para todas as questões ao redor do TEA, diversos campos teóricos seguem, de diversas formas, fazendo aproximações explicativas, umas mais ousadas outras mais iniciais. Logo a palavra interdisciplinar tem assumido um peso especial seja na explicação das origens do TEA seja no que se refere ao tratamento e/ou acompanhamento terapêutico de sujeitos desse grupo. Então não fiquemos surpresos quando palavras e contribuições importantes vierem da nutrição (Carvalho; Santos; Carvalho & Souza 2012), da psicofarmacologia (Nikolov; Jonker & Scahill 2006), da clínica psicanalítica (Untoiglich, 2013) da pedagogia (Magalhães; Moraes; Cruz, & Sampaio, 2017) etc.

Mas, mesmo não sabendo de onde vem e como se origina, é possível saber do que se trata? O que é mesmo esse transtorno? Para Nikolov, Jonker e Scahill (2006, p. 540):

“O autismo é um transtorno neuropsiquiátrico que se desenvolve na infância precoce”. Conforme Facion (2005, p. 31): “O autismo é uma síndrome, portanto um conjunto de sintomas, presente desde o nascimento e que se manifesta invariavelmente antes dos três anos de idade”. Por fim, depois do DSM-V, o autismo que antes pertencia ao grupo dos transtornos globais do desenvolvimento, tem sido chamado de TEA. E, de acordo com Karina Griesi-Oliveira e Andréa Laurato Sertié (2017, p. 233): “O transtorno do espectro autista (TEA) é um grupo de distúrbios do desenvolvimento neurológico de início precoce, caracterizado por comprometimento das habilidades sociais e de comunicação, além de comportamentos estereotipados”. É um transtorno? É uma síndrome? É distúrbio?

Como se diagnostica o TEA? Considerando que a sua etiologia não está claramente definida e levando-se em conta a diversidade de perfis que essa categoria abarca, o diagnóstico do TEA pode se constituir um desafio, uma vez que é fundamentado sobretudo na avaliação qualitativa dos padrões comportamentais (Bosa; Zanon; Backes, 2016). Pensando contribuir com essa questão, o presente artigo visa discutir e analisar o processo de avaliação e diagnóstico no TEA. Para tanto, além dessa introdução e da conclusão o texto será dividido em dois movimentos. No primeiro, será utilizado como percurso teórico a discussão sobre os critérios clínicos necessários para sustentar a hipótese diagnóstica em TEA. No segundo, serão apresentados e discutidos três instrumentos de rastreios validados e adaptados para a realidade brasileira que podem contribuir para a detecção desse quadro.

A CLÍNICA E O DIAGNÓSTICO EM TEA

Como tem sido feito o diagnóstico em TEA? O diagnóstico em TEA pertence à clínica. Muitos especialistas ainda se sentem inseguros com essa situação. Alguns desejam ardentemente que logo apareça um aparelho, um maquinário que possa colher algum material e oferecer um resultado cabal. Há quem diga que o diagnóstico com base na clínica é perigoso, porque a clínica é subjetiva. E esse subjetivo para muitos está completamente no polo oposto ao objetivismo preconizado pela experiência científica. De qualquer forma, isso não é verdade. A clínica que se pauta na subjetividade do avaliador desconhece a literatura especializada. Ao longo desse primeiro século, a clínica do TEA foi estabelecendo, podemos dizer, critérios seguros e rígidos, inclusive.

Talvez, visando se desagarrar do campo clínico, do ponto de vista técnico/científico, conforme Zanolla et al (2015, p. 31): “No momento a disciplina que parece deter a metodologia capaz de evidenciar a etiologia, senão de todos pelo menos de parte significativa dos casos de autismo, é a genética humana”. Os autores embora admitam o avanço, reconhecem que a explicação, no momento só é possível a “parte significativa dos casos”. Significativa quanto?

Mas, o que tem nos ensinado a clínica do TEA ao longo desses anos? Ela tem apontado para a necessidade da presença de três elementos essenciais para que o diagnóstico esteja completo. Conforme Nikolov, Jonker e Scahill (2006, p. 540): “O diagnóstico requer a presença de distúrbio em três domínios: 1) interação social; 2) comunicação; 3) interesses restritos e padrões estereotipados do comportamento”. Essas são as principais condições. Portanto, vale enfatizar que sem prejuízo na comunicação, sem prejuízos na interação social e sem comportamentos restritivos e repetitivos não existe TEA. Entender bem o que significa cada um desses elementos é função precípua dos profissionais do diagnóstico.

Aqui importa salientar que o DSM-V reuniu as duas primeiras condições em uma porque entendeu que a comunicação e a interação fazem parte da mesma condição. Embora comunguemos com o DSM-V, continuamos a defender as três separadas apenas por didatismo.

É bem verdade que muitas outras características costumam ser encontradas nas crianças TEA. Todas elas são importantes, especialmente para o processo de reabilitação. No entanto, apenas as três acima referidas são essenciais para o estabelecimento do diagnóstico. Assim, se essas três características não estiverem presentes, é bom que isto fique bem estabelecido, não há TEA. Esses três critérios têm de estar presentes em todas as pessoas do TEA, mesmo naquelas que foram submetidas a longos processos de intervenções. É aceito hoje que a gravidade desses critérios pode se tornar mais branda, podendo o sujeito passar a precisar de menor apoio no cotidiano. Assim, o sujeito que era TEA moderado pode chegar a ser considerado TEA leve, o sujeito que era TEA grave pode chegar a ser visto como TEA moderado, isso dependendo da intensidade e da precocidade da intervenção recebida. Desse modo, o sujeito TEA vai viver e morrer TEA.

Além das três características acima mencionadas, vale lembrar que os pesquisadores também chegaram a um consenso de que elas devem ser enquadradas dentro de uma margem etária, portanto, tem de ser percebidas até o final dos 03 primeiros

anos de vida. E aqui é bom ficarmos bem atentos, pois, essa informação sobre o critério etário nos põe em alerta. O critério etário acaba nos dizendo que se transtornos assemelhados aparecerem depois dos três anos de vida é importante que sejam procuradas outras explicações.

Muitas mães recorrem aos serviços de avaliação e diagnóstico, manifestando preocupações com alguns comportamentos de seus filhos. É importante que indaguemos se seus filhos interagem e brincam com outras crianças, se aceitam visitas de estranhos dentro de casa, se participam de festinhas, se frequentam sem prejuízos a casa de seus avós. Se a resposta for positiva na direção ampla da interação social, abandonemos a hipótese TEA.

Toda criança TEA tem comprometimento na área de interação social. Esse comprometimento varia do mais sutil ao mais severo grau. Em algumas crianças TEA a interação estava prejudicada desde os mais remotos primórdios. Algumas mães comentam que seus filhos, no período da amamentação, comportavam-se como se suas mães não existissem. Eles, praticamente, as ignoravam. Muitas crianças TEA, quando muito, chegam a brincar com um único coleguinha. E aqui é importante separar a criança tímida da criança que não desenvolve o menor interesse pelo convívio social, preferindo sempre brincar sozinhas. Em pesquisas realizadas por Zanon, Backes e Bosa (2014, p. 31): “Os comprometimentos no comportamento social foram os mais precocemente observados pelos cuidadores, sobretudo a qualidade da interação social”. Muitos pais observam que sua criança, após ter tido desenvolvimento típico, num determinado momento se fecharam para a vida social, se trancando em si, se aborrecendo com contatos humanos.

Há situações em que os pais recorrem à avaliação por perceberem atraso de fala nos filhos. Esse é um sinal interessante, mesmo lembrando que sozinho ele não oferece a condição essencial. É preciso perguntar por algo que vem antes da fala, isto é: a intenção de se comunicar. Cada pessoa começa a desenvolver essa área desde muito cedo em seu caminho humano. Aliás, em situação usual, é comum encontrarmos mães e cuidadores em profundo diálogo com seus bebês. Eles riem, se divertem, brincam, estendem os braços, são recíprocos em diferentes situações, tudo isso muito antes de balbuciar algumas sílabas. Cedo aprendem a dar tchau, a soltar beijinhos, apontar para mostrar coisas... Na criança TEA a intenção de se comunicar está sempre comprometida e em algumas situações, de tão prejudicada, pode ficar totalmente ausente. Como chamam a atenção

Oliveira, Rosa, Carvalho e Freitas (2015, p. 304): “É significativo notar que todas as descrições de crianças autistas incluem alterações importantes na linguagem, especialmente no que se diz (respeito) ao seu aspecto funcional. A questão da comunicação desses sujeitos representa provavelmente o seu distúrbio mais importante”.

É bem verdade que muitas crianças TEA até falam, mas não apresentam intenção suficiente de usar a palavra falada ou os gestos não verbais para se comunicar. Não dizem o que desejam. Parecem não sentir necessidade comunicativa. Não demonstram o menor interesse em estabelecer um diálogo, com trocas de informações. Nunca mostram coisas que vêm pela rua. E podem até apontar para as coisas, mas nunca mostram coisas que querem compartilhar. Algumas arrastam os pais, quando querem pegar algum objeto. Sua comunicação não verbal também apresenta importante prejuízo. São crianças que tem dificuldade de bater palminhas. Muitas delas não soltam beijinhos, e para aprenderem a dar tchau há que se trabalhar muito.

É importante fazer uma ressalva: as crianças que têm transtornos de fala, atraso de fala, apraxia de fala e as crianças que pertencem ao TEA são significativamente diferentes. Por isso é preciso prestar atenção à qualidade das situações, observar a frequência e a intensidade de cada fenômeno para se chegar a essa diferenciação. Vale lembrar que na criança que tem transtorno de fala existe uma dificuldade para se comunicar, mas não existe prejuízo na intencionalidade de comunicar-se com outras pessoas.

A outra condição é a presença do comportamento estereotipado e restritivo. Faz tudo do mesmo modo, não varia, não aceita alteração, é apegado a rotinas rígidas. Comumente temos observado pessoas TEA que costumam sacudir as mãos, que apresentam balanceamento de tronco, que costuma pular, andar de um lado para o outro, ou outro padrão de natureza mais motora. Esse comportamento precisa se repetir em múltiplos ambientes. Ele não é aleatório. Para Silva (2020, p. 100): “No TEA, todo comportamento estereotipado tem padrão motor, tem padrão sensorial, tem padrão comportamental e, num ponto mais difícil de inteligibilidade, tem padrão intelectual”. Cada ato tem significado em seu conjunto. E aqui podemos pensar naquelas crianças que comem sempre as mesmas coisas, dormem sempre com os mesmos lençóis, fazem sempre os mesmos caminhos etc.

Além desses elementos centrais e imprescindíveis, é importante não desconsiderar que o TEA, via de regra, vem com comorbidades. Como apontam Pereira, Riesgo e

Wagner (2012, p. 487): “Somando-se aos sintomas principais, crianças autistas frequentemente apresentam distúrbios comportamentais graves, como automutilação e agressividade em resposta às exigências do ambiente, além de sensibilidade anormal a estímulos sensoriais”. Podem ocorrer deficiência intelectual, transtorno do sono, transtornos alimentares etc. Embora não componham o diagnóstico principal, é importante que sejam pontuados, sobretudo, para o processo de habilitação e reabilitação.

INSTRUMENTOS AUXILIARES DO DIAGNÓSTICO

Como dissemos acima, o diagnóstico em TEA permanece clínico. Dissemos também que por ser clínico, ele nada tem de subjetivo, que se orienta por critérios rigorosos. Dada à complexidade dessa temática, visando auxiliar o diagnóstico clínico, a comunidade de especialistas, ao longo desse século de existência do TEA, tem criado, multiplicado, replicado, traduzido e adaptado transculturalmente vários instrumentos de rastreios. Comumente esses instrumentos têm sido chamados de escalas. Segundo Mosquera e Teixeira (2010, p. 108): “As Escalas de Avaliação foram criadas para auxiliar as áreas médica e escolar exatamente pelas dificuldades dos profissionais em encerrar um tratamento ou originar um planejamento curricular”. Além disso, conforme Losapio e Pondé (2008) estes instrumentos podem contribuir para uma identificação precoce do TEA. Porém, como bem revelam Seize e Borsa (2017, p. 162): “Os instrumentos para rastreamento têm por finalidade identificar os sinais precoces de risco do autismo, e não de diagnosticar o transtorno”. Portanto, as escalas não têm a palavra final. Elas são instrumentos para rastrear.

Neste tópico discutiremos sobre três dessas escalas de rastreamentos: ATA; CARS, M-CHAT. Priorizamos a apresentação dessas três escalas por razões simples. Todas estão disponibilizadas gratuitamente na internet, isso implicando uso a baixo custo. Embora exijam bom manuseio, todas exigem apenas um treinamento mais curto. Todas estão validadas para a população nacional. Por fim, não são instrumentos exclusivos ou privativos de nenhuma profissão particular.

A ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS - ATA é um instrumento de mapeamento comportamental bastante amplo, cobrindo 23 questões fundamentais do TEA. Ela tem servido para validação de várias outras escalas. Cada subitem pode ser pontuado. E, conforme instrução de seu criador, a pontuação a partir de

15 pode apresentar preocupação para TEA, sugerindo que os avaliadores precisam de complementação. Se estiver abaixo disso, a hipótese para TEA deve ser descartada. Embora não tenha uma idade pré-determinada, julgamos ser de bom alvitre, em sua aplicação, que seja feito um trabalho de retorno mnêmico aos 03 primeiros anos de vida do sujeito investigado. Conforme os profissionais que a validaram para o Brasil: “Ela é aplicada por profissional conhecedor do quadro, embora não necessariamente médico, sendo ele o responsável pela avaliação das respostas dadas, em função de cada item”. (Assumpção Jr; Kuczynki; Gabriel & Rocca, 1999, p. 24). E aqui cabe um destaque para a interpretação das respostas. É o profissional que aplica o instrumento que é o responsável por considerar se a resposta dada é válida ou não. Embora isso valha para todas as escalas, importa saber com segurança se as pessoas que estão respondendo estão dominando os conceitos cruciais perguntados, por exemplo.

A CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE - CARS é também em nosso meio uma escala muito conhecida e utilizada. Trata-se de uma escala distribuída em 15 itens. Tem sido aconselhada para crianças acima de 02 anos de idade. Também segue pontuação com critérios de gravidades variados. Essa escala admite que um sujeito que obtém até 30 pontos não apresenta risco para o TEA, localizando-se nesse escore o seu ponto de corte. Acima desse percentual, o TEA pode ser confirmado. Para os validadores dessa escala: “A Childhood Autism Rating Scale (CARS) foi desenvolvida ao longo de 15 anos e é especialmente eficaz na distinção de casos de autismo leve, moderado e grave, além de discriminar crianças autistas daquelas com retardo mental” (Pereira; Riesgo & Wagner, 2008, p. 488). Assim, como bem informam Santos et al (2012, p. 105): “A pontuação localizada entre 31 e 36 representa autismo leve a moderado e acima de 37 indica autismo grave”.

A MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS - M-CHAT é uma escala que visa avaliar o risco precoce para o TEA. Seus tradutores e adaptadores para o público brasileiro a entendem como uma ferramenta extremamente simples. “Consiste em 23 questões do tipo sim/não, que deve ser autopreenchida por pais de crianças de 18 a 24 meses de idade, que sejam ao menos alfabetizados e estejam acompanhando o filho em consulta pediátrica”. (Losapio & Pondé, 2008, p. 222). Talvez seja uma das escalas mais traduzidas ao redor do mundo. Embora tenha importantes críticas a essa escala, Seize e Borsa (2017) informa que ela é a única recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil como ferramenta importante para o rastreamento de precoce de TEA. As autoras acima

referidas ainda sugerem que “Uma maneira de melhorar os resultados obtidos com M-CHAT talvez seja utilizá-la como parte de um processo de avaliação mais amplo e não isoladamente” (Seize & Borsa, 2017, p. 171).

Embora de acordo com Zanon, Backes e Bosa (2014, p. 26): “Devido à convivência diária, envolvendo diferentes contextos e ocasiões, reconhece-se que, na maioria das vezes, são os pais, e não os profissionais, os primeiros a suspeitarem de problemas no desenvolvimento da criança”, nem sempre o diagnóstico ocorre cedo na vida dos sujeitos do TEA. Em muitos casos, especialistas pouco treinados ou pouco sensibilizados para as questões relativas ao TEA têm estimulado a que mães e pais esperem mais um pouco. Isso tem sido ruim porque atrasa toda possibilidade de intervenção precoce. Há caso em que pais e mães negam a situação, mesmo quando familiares os advertem. E há situações em que pais e mães são chamados à atenção apenas quando seus filhos entram na creche ou na escola.

Criar uma paranoia com os aspectos diferentes do desenvolvimento não é a solução, mas também negá-los não tem sido favorável aos indivíduos TEA. O professor Facion (2005) fez uma compilação interessante de pontos que os pais e cuidadores que desconfiam de TEA em seus filhos devem observar: 1 – Não se mistura com outras crianças; 2 – Age como se fosse surdo; 3 – Resiste ao aprendizado; 4 – Não demonstra medo de perigos reais; 5 – Resiste à mudança de rotina; 6 – Usa as pessoas como ferramentas; 7 – Risos e movimentos não apropriados; 8 – Resiste ao contato físico; 9 – Acentuada hiperatividade física (ou hipoatividade); 10 – Não mantém contato visual; 11 – Apego não apropriado a objetos; 12 – Gira objetos de maneira bizarra e peculiar; 13 – Às vezes é agressivo e destrutivo; 14 – Modo e comportamento indiferente e arredo. Para Facion (2005, p. 37-38): “Se uma pessoa apresentar, pelo menos, 05 desses sintomas de forma persistente e em idade inadequada, pode-se aventar a hipótese de autismo e a família deve ser orientada a buscar um médico especialista”.

CONCLUSÃO

A ausência de marcadores biológicos precisos para a detecção do TEA transformou a sua identificação em um processo baseado numa avaliação qualitativa de padrões comportamentais e colheita dos relatos parentais acerca do percurso do desenvolvimento da criança avaliada.

Nesta perspectiva, é importante o domínio dos elementos estabelecidos pelo DSM-V como imprescindíveis para o diagnóstico. É necessária a observância aos aspectos vinculados à dimensão comunicativa e seus desdobramentos, tais como: a intenção de estabelecer contatos e alterações da fala; a avaliação da inclinação da criança para interagir com membros da sua família ou compartilhar brincadeiras com seus pares; e, por fim, a análise da presença de padrões de comportamento restritivos e repetitivos e intolerância a mudanças. O cumprimento desses critérios permite encontrar o elo entre quadros que variam bastante em relação à severidade e aos níveis de funcionalidade.

No protocolo de avaliação de uma criança com suspeita de TEA os instrumentos de rastreios utilizados com maior frequência consistem em questionários de triagem compostos por itens que avaliam comportamentos característicos desse transtorno. Essas escalas são consideradas métodos que favorecem a identificação precoce do TEA em crianças.

Como o diagnóstico clínico deve ser realizado preferencialmente por uma equipe interdisciplinar, optamos neste trabalho por discutir três escalas acessíveis e autorizadas para o uso de diversos profissionais. A ATA é centrada na análise de condutas autistas e demonstra eficiência na detecção de quadros suspeitos de TEA. A CARS, que por ser uma escala de gravidade organizada em quatro pontos (déficit ausente, leve, moderado ou grave), auxilia na avaliação da severidade do quadro apresentado. A M-CHAT apresenta como ponto forte dar suporte para a identificação de sinais de risco para o autismo a partir dos 18 meses.

É importante ressaltar que os dados coletados a partir da observação sistemática do comportamento e da aplicação das escalas, além de contribuírem para a elaboração da hipótese diagnóstica, também podem direcionar o planejamento de estratégias interventivas que possam se adequar às especificidades da criança avaliada. Por fim, consideramos que o processo avaliativo não acaba no diagnóstico, ele também está comprometido em dar encaminhamentos que respondam às demandas identificadas.

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO JR, F. B., KUCZINSKI, E., GABRIEL, M. R., ROCCA, C. C. Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. **Arq Neuropsiquiatr** 1999;57(1):23-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v57n1/1531.pdf>. Acesso em 29 jun. 2020.

BIANCHINI, N. C. P., SOUZA, L. A. de . Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa. **Distúrb. Comun**, São Paulo, 26(3): 624-626, setembro, 2014. Disponível em: <https://ken.pucsp.br/dic/article/viewFile/18180/15224>. Acesso em 22 dez. 2020.

BOSA, C. A.; ZANON, R. B., BACKES, B. Autismo: construção de um protocolo de avaliação do comportamento da criança - Protea-R. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 18(1), 194-205. São Paulo, SP, jan.-abr. 2016. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/8183>. Acesso em 05 jul. 2020.

CAMPOS, RODRIGO CARNEIRO de. Transtorno do Espectro Autista – TEA. Sessões Clínicas em Rede – Atualização Técnica – Abril de 2019. Disponível em: https://www.acoesunimedbh.com.br/sessoesclinicas/wordpress/wp-content/uploads/2019/04/08.05-Sess%C3%B5es-Cl%C3%ADnicas_Espectro-Autista_.pdf. Acesso em 04 de jan. 2021.

CARVALHO, J. A., SANTOS, C. S. S., CARVALHO, M. P., SOUZA, L. S. Nutrição e Autismo: considerações sobre a alimentação do autista. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.5, n.1, Pub.1, Janeiro 2012. Disponível em: <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/revista/51/1.pdf>. Acesso em 26 jun. 2020.

FACION, J. R. **Transtornos invasivos do desenvolvimento e transtornos de comportamento disruptivo**. 2ª Ed. Curitiba: IBPEX, 2005.

FEZER, G. F., MATOS, M. B., NAU, A. L., ZELGEIBOIN, B. S., MARQUES, J. M., & LIBERALESSO, P. B. N. Características perinatais de crianças com transtorno do espectro autista. **Rev Paul Pediatr.**:35(2):130-135, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n2/0103-0582-rpp-35-02-00130.pdf>. Acesso em 21 de dez. 2020.

GRIESI-OLIVEIRA, K., & SERTIE, A. L. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. **Einstein**, 15(2):233- 238, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v15n2/pt_1679-4508-eins-15-02-0233.pdf. Acesso em 05 jul. 2020.

GUPTA, A. R., S. M. W. Autismo: genética. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 28, supl. 1, p. s29-s38, maio de 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a05v28s1.pdf>. Acesso em 16 jun. 2020.

LOSAPIO, M. F., & PONDE, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 30, n. 3, p. 221-229, Dec. 2008. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n3/v30n3a11.pdf>. Acesso em 29 jun. 2020.

MAGALHÃES, C. J. S., MORAES, C. S., CRUZ, J. G. M., & SAMPAIO, L. M. T. Práticas inclusivas de alunos com TEA: principais dificuldades na voz do professor e mediador. **RPGE– Revista on line de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, v.21, n. esp.2, p. 1031-1047, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/10386/6961>. Acesso em 26 jun. 2020.

MOSQUERA, C. F. F., TEIXEIRA, R. M. de M. O diagnóstico do autismo e a construção da linguagem no ensino da arte inclusivo. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba v.1, p.1-141, 2010. Disponível em: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/173/174>. Acesso em 29 jun. 2020.

NIKOLOV, R., JONKER, J., & SCAHILL, L. Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. s39-s46, maio de 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/en_a06v28s1.pdf. Acesso em 26 jun. 2020.

OLIVEIRA, G. C., ROSA, V. DE S. V., CARVALHO, W., FREITAS, E. F. Considerações da Aplicação do Método PECS em Indivíduos com TEA. **Revista EVS - Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, Goiânia, v. 42, n. 3, p. 303-314, ago. 2015. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/4129/2359>. Acesso em 28 jun. 2020.

PEREIRA, A., RIESGO, R. S., & WAGNER, M. B. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 84, n. 6, p. 487-494, dezembro de 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v84n6/v84n6a04.pdf>. Acesso em 29 jun 2020.

ROJAS, V., ANDREA, R., & NILO, N. Actualización en diagnóstico e intervención temprana del Trastorno del Espectro Autista. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 90, n.5, p.478-484, 2019. Disponível em: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1294/1257>. Acesso em 04 jul. 2020.

SANTOS, R. K., & VIEIRA, A. M. E C. S. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): do reconhecimento à inclusão no âmbito educacional. **Revista Includere**, V. 3 N. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufersa.edu.br/index.php/includere/article/view/7413>. Acesso em 22 dez. 2020.

SANTOS, T. H. F., BARBOSA, M. R. P., PIMENTEL, A. G. L., LACERDA, C. A., BALESTRO, J. I., AMATO, C. A. H., & FERNANDES, F. D. M. Comparação dos instrumentos Childhood Autism Rating Scale e Autism Behavior Checklist na identificação e caracterização de indivíduos com distúrbios do espectro autístico. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 24(1), 104-106, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jsbf/v24n1/v24n1a18.pdf>. Acesso em 29 jun. 2020.

SEIZE, M. DE M.; & BORSA, J. C.(2017). Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, Itatiba, v. 22, n. 1, pág. 161-176, abril de 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psuf/v22n1/2175-3563-psuf-22-01-00161.pdf>. Acesso em 20 jan. 2021.

SILVA, A. L. Comportamento estereotipado no Transtorno do Espectro Autista. **Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. 1, p. 96-108, 24 mar. 2020. Disponível em:

<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/7764/16524>.
Acesso em 26 jun. 2020.

UNTOIGLICH, G. As oportunidades clínicas com crianças com sinais de autismo e seus pais. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 3, pp. 543-558. set./dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v18n3/v18n3a8.pdf>. Acesso em 26 jun. 2020.

VILARINHO-REZENDE, D., FLEITH, D. S., LIMA, S. A., EUNICE MARIA. Desafios no diagnóstico de dupla excepcionalidade: um estudo de caso. **Revista de Psicologia**, Lima, v. 34, n. 1, p. 61-84, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v34n1/a04v34n1.pdf>. Acesso em 22 de dez. 2020.

ZANOLLA, Thais Arbocese; FOCK, Rodrigo Ambroiso; PERRONE, Eduardo; GARCIA, Aline Correa PEREZ, Ana Beatriz Alvarez; BRUNONI, Décio. Causas genéticas, epigenéticas e ambientais do Transtorno do Espectro Autista. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.15, n.2, p. 29-42, 2015. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11278/7014>. Acesso em 05 jul. 2020.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 30 n. 1, pp. 25-33, Jan-Mar 2014. Disponível em: http://ppga.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/186/2018/08/Artigo_01.pdf. Acesso em 26 jun. 2020.

WEINHOLD, Bob. Epigenetics: the science of change. **Environ Health Perspect**, 114(3): A160-A167, 2006. Disponível em: <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/pdf/10.1289/ehp.114-a160>. Acesso em 05 jul. 2020.

Recebido em: 21/08/2022

Aprovado em: 23/09/2022

Publicado em: 29/09/2022