



AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS PARA O AVALIADOR

Giovanna Dornelles Seimetz

PORTO ALEGRE

2018

GIOVANNA DORNELLES SEIMETZ

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS PARA O AVALIADOR

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Psicologia – Habilitação Psicólogo – do
Instituto de Psicologia da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à
obtenção do grau de Psicóloga, sob orientação
da Prof^a Dra. Cleonice Alves Bosa.

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Seimetz, Giovanna Dornelles
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS PARA O
AVALIADOR / Giovanna Dornelles Seimetz. -- 2018.
54 f.
Orientador: Cleonice Alves Bosa.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Bacharelado em Psicologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2018.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Avaliação
Psicológica. 3. Psicodiagnóstico. 4. Avaliador. I.
Bosa, Cleonice Alves, orient. II. Título.

GIOVANNA DORNELLES SEIMETZ

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS PARA O AVALIADOR

Conceito Final: _____

Aprovado em ____ de _____ de ____

COMISSÃO EXAMINADORA:

Comentadora Ms^a Kátia Carvalho Amaral Faro
Universidade Federal do Pará

Orientadora Prof^a Dr^a Cleonice Alves Bosa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PORTO ALEGRE

2018

AGRADECIMENTOS

À Kátia Faro por seus comentários e à Cleonice Bosa por sua orientação. Ao NIEPED por me acolher em seu grupo e proporcionar a oportunidade de realizar este trabalho.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul por estes anos de incrível aprendizado e crescimento, e por todos que conheci lá.

Ao meu namorado, Rafael, pelo apoio incondicional e por todos os momentos compartilhados – os bons e os nem tanto assim. Aos Meyers, que também foram meu pouso.

À minha família: Liduina, Claudir e José Giovanne. Mãe, pai e irmão, vocês me ensinaram tudo que eu sei.

Ao meu Deus, que me acompanhou nessa e em todas as caminhadas.

Enfim, a todos que se preocuparam genuinamente comigo, e que simplesmente estavam ao meu lado.

Muito obrigado!

Resumo

A pesquisa científica no campo da avaliação psicológica vem crescendo nas últimas décadas. No entanto, apesar do aporte científico, a avaliação pode não ser tarefa fácil na rotina de um psicólogo, especialmente quando se tratam de casos mais graves como na suspeita de Transtorno do Espectro Autista. O desafio para o avaliador decorre das características específicas desta condição – que impactam diretamente na interação deste com a criança – como, por exemplo, a dificuldade na comunicação de forma recíproca e espontânea, a rigidez comportamental, além da ampla variabilidade sintomatológica. Estas características, somadas a outras comorbidades, levantam grandes dúvidas sobre o diagnóstico diferencial o qual, por este motivo, tende a ser multidisciplinar. A avaliação psicológica, portanto, pode representar uma grande contribuição para o processo diagnóstico destes casos. Neste contexto, apresenta-se o seguinte trabalho, que versa sobre o processo de avaliação psicológica de um caso de suspeita de Transtorno do Espectro Autista. Para tanto, foi utilizado o delineamento transversal de estudo de caso único, e participou deste estudo uma criança do sexo masculino, encaminhada para avaliação psicológica pelo Serviço de Psiquiatria Infantil de um hospital público de Porto Alegre. À época da realização da avaliação, o menino estava com oito anos e cinco meses de idade, cursava o 3º ano do Ensino Fundamental de uma escola particular, e as queixas trazidas relacionavam-se principalmente a problemas de socialização. Diante da descrição e análise do processo, pôde-se discriminar as dificuldades que eventualmente são encontradas pelo avaliador na construção de um psicodiagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, e as técnicas que foram utilizadas.

Palavras-Chave: Autismo; Avaliação Psicológica; Psicodiagnóstico; Transtorno do Espectro Autista

Abstract

Scientific research in the field of psychological evaluation has been growing in the last decades. However, despite scientific contribution, an evaluation may not be an easy task in a psychologist's routine, especially when dealing with more serious cases such as in a suspected Autism Spectrum Disorder. The challenge for the evaluator stems from the specific characteristics of this condition - which directly affect the child's interaction - such as difficulty in communication in a reciprocal and spontaneous way, behavioral rigidity, and wide symptomatological variability. These characteristics, added to other comorbidities, raise great doubts about the differential diagnosis which, for this reason, tends to be multidisciplinary. Psychological evaluation, therefore, may represent a great contribution to the diagnostic process of these cases. In this context, the following assignment is presented, which deals with the process of psychological evaluation of a suspected Autism Spectrum Disorder case. Therefore, a cross-sectional study of a single case study was used, and a male child participated in this study, referred for psychological evaluation by the Child Psychiatry Service of a public hospital of Porto Alegre. At the time of the evaluation, the boy was eight years and five months old, attended the 3rd year of elementary school in a private school, and the complaints were mainly related to socialization problems. In light of the description and analysis of the evaluation process, it was possible to discriminate the difficulties that are eventually encountered by the evaluator in the construction of an Autism Spectrum Disorder psychodiagnosis, and the techniques that were used.

Keywords: Autism; Psychological Evaluation; Psychodiagnosis; Autism Spectrum Disorder

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	Transtorno do Espectro Autista: definição e características	9
1.2	Avaliação psicológica	13
1.3	Avaliação psicológica em casos de suspeita de TEA	14
1.4	Prática da hora lúdica na avaliação psicológica de TEA	16
1.5	Justificativa e Objetivo	20
2	MÉTODO.....	21
2.1	Participantes	21
2.2	Delineamento	21
2.3	Áreas avaliadas e Instrumentos.....	21
2.3.1	História clínica, avaliação emocional, comportamental e social.....	22
2.3.2	Rastreamento de sinais de TEA.....	22
2.3.3	Avaliação cognitiva	23
2.4	Procedimento de registro e análise dos dados.....	25
2.5	Considerações éticas	26
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
3.1	Apresentação do caso.....	27
3.2	Avaliação específica do Transtorno do Espectro Autista	29
3.3	Avaliação cognitiva	33
3.4	A experiência da avaliadora.....	36
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
5	REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

A avaliação psicológica tem por objetivo traçar o perfil de funcionamento psicológico da pessoa avaliada, destacando suas potencialidades para além de seus déficits, em vistas de possibilitar o direcionamento e planejamento de uma posterior prática interventiva eficiente e adequada a cada caso em suas especificidades. Em se tratando do Transtorno do Espectro Autista (TEA), essa avaliação tem de ser cuidadosamente ponderada, uma vez que as pessoas com TEA costumam apresentar os mais diversos perfis no que diz respeito a cognição, sociabilidade, comunicação, adaptabilidade e padrões de comportamento. Em função da ampla manifestação e variabilidade de seus sintomas, nos últimos anos, o autismo passou a ser classificado como constituindo um “espectro” comportamental.

Considerado de difícil identificação, pois não estão disponíveis biomarcadores específicos ou mesmo sinais clínicos que indiquem uma alteração biológica específica, o diagnóstico de TEA baseia-se exclusivamente na avaliação clínica (constituída de informações fornecidas pelos cuidadores e observação do comportamento da criança). Por ter um caráter crônico, traz grandes desafios para crianças, adolescentes e adultos – assim como para suas famílias – em função dos diversos déficits sociocomunicativos, tanto no que diz respeito à interação e integração social, quanto no que diz respeito à funcionalidade adaptativa.

Este trabalho está estruturado em quatro pilares:

- Introdução, contendo aspectos da definição e compreensão das características do Transtorno do Espectro Autista e dos processos envolvidos em uma avaliação psicológica, com ênfase no uso da brincadeira como ferramenta de avaliação;
- Método, que discorre sobre os participantes, o delineamento e os instrumentos utilizados no estudo, além de observações éticas gerais;
- Resultados e Discussão, que primeiramente apresenta os dados obtidos sobre o caso, a partir de avaliações cognitivas e de diagnóstico diferencial de TEA, para então apresentar o relato de experiência da avaliadora; e, por fim,
- Considerações Finais, obtidas a partir da realização e análise do estudo, onde há uma retomada e conclusão da avaliação, assim como algumas considerações da autora a respeito da composição deste trabalho.

1.1 Transtorno do Espectro Autista: definição e características

O termo *autismo* foi introduzido à comunidade científica e mundial no início do século XX. As primeiras citações do termo foram feitas por Eugen Bleuer, quando, em 1911, o psiquiatra descreveu um conjunto de sintomas similar ao quadro de esquizofrenia e que impossibilitava a comunicação do indivíduo (Ajuriaguerra, 1977). Posteriormente, em 1943, Leo Kanner usou o mesmo termo para descrever um grupo de crianças que apresentavam inabilidade de estabelecer contato afetivo ou social, além de maneirismos motores e estratégias de comunicação não usuais (Kanner, 1943). Concomitantemente, Hans Asperger desenvolvia estudos com crianças que apresentavam comportamentos e padrões similares de comunicação social prejudicada, porém, tinham suas capacidades cognitivas preservadas (Rutter & Schopler, 1992).

Depois de décadas de pesquisas na área, o TEA atualmente integra o conjunto de Transtornos do Neurodesenvolvimento. De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association [APA], 2014), o TEA caracteriza-se por déficits no desenvolvimento sociocomunicativo, bem como pela presença de comportamentos, interesses ou padrões restritos e estereotipados. Estes déficits manifestam-se precocemente no período do desenvolvimento infantil – antes dos três anos de idade – e marcam prejuízos persistentes, principalmente na comunicação social recíproca e na interação social em múltiplos contextos, limitando as diversas áreas de funcionamento da vida, quais sejam, acadêmicas, profissionais ou pessoais.

As dificuldades mais importantes dos indivíduos com TEA encontram-se na reciprocidade socioemocional e no prejuízo relacionado a habilidades para compreender comportamentos de comunicação não verbais, usados para interação social (e.g. olhar ou gestos), o que implica em uma dificuldade para desenvolver, manter e compreender relacionamentos sociais. Com relação à aquisição da linguagem, aproximadamente 20 a 25% das crianças com TEA apresentam um quadro de regressão desenvolvimental a partir dos dois anos de idade (Werner & Dawson, 2005), enquanto que cerca de 20 a 30% dos indivíduos permanecem não verbais (Klin, 2006). É pertinente destacar que o atraso na fala, juntamente com problemas de socialização, são os mais frequentes e mobilizadores sintomas relatados pelos pais, na busca por assistência profissional, de acordo com um estudo que buscou

investigar os primeiros sintomas percebidos pelos pais de 32 crianças pré-escolares com autismo, utilizando o instrumento *Autism Diagnostic Interview-Revised* (Zanon, Backes, & Bosa, 2014).

Outro critério importante ao qual os profissionais devem estar atentos é a presença de padrões específicos e repetitivos. Estes padrões podem incidir em comportamentos, interesses ou atividades, expressos através de rotinas e pensamentos inflexíveis ou de interesses altamente restritos. Também podem ser expressos através de estereotípias motoras (e.g. balançar-se, sacudir as mãos ou braços) e/ou verbais (e.g. repetir frases ou palavras de determinada maneira). Adicionalmente, pode-se encontrar como sendo um sinal de risco para TEA hipo ou hipersensibilidade a estímulos sensoriais externos (APA, 2014).

O impacto das características supracitadas na interação destas crianças com pares e familiares é bem documentado pela literatura. Pesquisando sobre os desafios nas relações de interação com pares, Camargo e Bosa (2009) realizaram uma revisão de literatura sobre a área de inclusão social e desenvolvimento de competência social, enquanto que Sanini, Sifuentes e Bosa (2013) ateram-se ao papel da brincadeira na promoção de competência social. Sobre o impacto dos desafios de interação no âmbito familiar, Semensato e Bosa (2014) investigaram as relações entre apego individual e apego compartilhado e, em 2017, as autoras investigaram a resiliência parental – ambas pesquisas realizadas com casais cujo filho apresentava TEA. Já Semensato, Schmidt e Bosa (2010), investigaram o papel do trabalho grupal com familiares de pessoas com autismo e a necessidade da valorização da escuta da percepção parental.

Essas características permeiam as áreas de comunicação, linguagem, comportamentos e competências cognitivas verbais e não verbais, interferindo em vários aspectos do desenvolvimento infantil e resultando em uma grande variabilidade sintomatológica e de perfis comportamentais em pessoas com TEA. Essa variabilidade justifica a denominação de “espectro”, utilizada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) desde 2014, e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2018, baseando-se tanto no que se refere a formas de expressão dos sintomas quanto à intensidade dos mesmos. Nessa perspectiva, a metodologia de classificação dimensional ultrapassa as dificuldades relacionadas à identificação dos sintomas, antes apoiada apenas no limiar da presença ou ausência de critérios diagnósticos.

Este é um movimento global na área da saúde mental, que passa a considerar que algumas categorizações de transtornos mentais são mais permeáveis do que se percebia. Princípiase a colocar em espectro certos grupos de transtornos, antes distintos, por apresentarem sintomas associados, além de fatores de risco ambientais, genéticos e possivelmente neuronais também compartilhados. Os grupos são identificados como um *continuum* único de prejuízos, com intensidades variáveis, visando melhorar a sensibilidade do clínico e auxiliar na busca de um tratamento mais efetivo (APA, 2014; WHO, 2018). Este movimento ocorre também com o Espectro da Esquizofrenia, por exemplo.

Quanto aos aspectos etiológicos, o TEA é caracterizado pela perspectiva comportamental como sendo um distúrbio crônico de etiologia multifatorial, derivado principalmente de maturação e funcionamento cerebrais prejudicados. Pesquisas recentes apontam cada vez mais para um fundamento genético, sendo sustentadas pela literatura deste campo (Griesi-Oliveira & Sertié, 2017). Embora se acredite no papel de determinados fatores ambientais, estima-se que o TEA seja hereditário em cerca de 50 a 90% dos casos (Ronald & Hoekstra, 2011; Sandin et al., 2014). Já os avanços tecnológicos que dizem respeito à testagem clínica genética permitem o estabelecimento de uma etiologia em 30 a 40% dos casos, quando é associada à testagem uma avaliação clínica global (Schaefer, Mendelsohn, & Professional Practice and Guidelines Committee, 2013). Apesar dos avanços, a origem precisa do TEA ainda é desconhecida em cerca de 80% dos casos, quando excluídas as síndromes genéticas já mapeadas (Carter & Scherer, 2013).

O mais recente relatório do *Centers for Disease Control and Prevention* (2014), demonstra que houve um considerável aumento da prevalência de TEA nos últimos anos. Uma a cada 59 crianças é diagnosticada com autismo, denotando um aumento na prevalência de 15,3% em quatro anos – quando comparado com o penúltimo relatório produzido. Este mesmo relatório indica que o diagnóstico é quatro vezes mais comum em meninos do que em meninas. A APA tem consciência deste aumento na prevalência; todavia, desconhece sua causa. Entre as hipóteses estão: a expansão dos critérios diagnósticos em comparação à penúltima edição do Manual Estatístico e Diagnóstico, de modo a incluir uma gama maior de casos; maior conscientização a respeito na comunidade mundial; diferenças metodológicas nos estudos realizados; ou, ainda, um aumento real na frequência do transtorno (APA, 2014).

Comumente, são encontradas comorbidades diversas associadas ao quadro de TEA. Segundo a APA (2014), três em cada quatro pessoas com TEA podem ter um transtorno mental comórbido, e 40% podem ter dois ou mais transtornos mentais comórbidos. Quando se parte para casos específicos, os números variam. Diversos estudos relatam a ocorrência de Deficiência Intelectual associada em cerca de 70% dos casos (Matson & Shoemaker, 2009), sintomas de Ansiedade em 40 a 70% dos casos (Mannion, Brahm, & Leader, 2014), Epilepsia associada em cerca de 30% (Gao et al., 2018), dentre outras comorbidades.

Os dados citados pelos relatórios de prevalência apontam para a importância de uma avaliação bem realizada, com profissionais devidamente qualificados para tal, uma vez que estas comorbidades afetam diretamente o processo avaliativo e o prognóstico da criança, além de interferirem na ocorrência de diagnósticos incorretos por falta de acurácia do psicodiagnóstico. Atenta-se principalmente ao fato de que um melhor prognóstico da criança com TEA está diretamente atrelado à identificação precoce de sinais de risco – comportamentos que indicam um possível desenvolvimento atípico que alerta para o autismo.

Apesar de manifestar-se muitas vezes precocemente, antes dos 24 meses em 75 a 88% dos casos, e entre 31 a 55%, antes dos 12 meses (Ferreira & Oliveira, 2016; Zanon et al., 2014; Zaqueu, Teixeira, Alckmin-Carvalho, & Paula, 2015), o diagnóstico acurado de TEA demora a acontecer, por diversas razões. O despreparo de profissionais da saúde da atenção primária, por exemplo, pode acarretar na não identificação de sinais de risco, ou mesmo, no obscurecimento do diagnóstico – quando há a tendência de deixar de diagnosticar outras condições comórbidas quando uma condição mais notável está presente. O diagnóstico incorreto de TEA pode também ocorrer através dos chamados diagnósticos falso-positivos, onde há a identificação equivocada de sintomas.

É pertinente, contudo, registrar que os critérios diagnósticos apresentados no início deste capítulo podem não se tornar plenamente manifestos até que a criança se depare com demandas sociais com as quais não convivia (e.g. entrada na escola) e que excedam suas capacidades, ou, ainda, que mais tardiamente possam vir a ser mascarados por estratégias diversas aprendidas pelo indivíduo (APA, 2014). Nesse sentido, a avaliação psicológica representa um papel importante na elucidação dos casos de TEA.

1.2 Avaliação psicológica

Uma das inúmeras ferramentas que o psicólogo pode utilizar em seu cotidiano laboral é a avaliação psicológica. De exclusividade da classe dos profissionais de Psicologia (Brasil, 1962), essa ferramenta pode ser utilizada com indivíduos, grupos ou instituições. Atrelado à resolução de uma demanda clínica específica, que pode ser relacionada ou não à presença de uma psicopatologia, o processo de avaliação tem duração limitada no tempo e atenta-se particularmente à compreensão das potencialidades e dificuldades do funcionamento psicológico do avaliado (Cunha, 2003). Deve-se observar, ademais, que os seres humanos estão em constante mudança e, por este motivo, toda e qualquer avaliação psicológica refere-se a um recorte específico da vida do indivíduo, grupo ou instituição, podendo os resultados diferirem em momentos distintos.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, a avaliação psicológica é considerada

um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2018, p. 2).

Segundo a mesma instituição, os instrumentos que podem ser utilizados em um processo de avaliação são testes psicológicos, escalas, inventários, questionários e métodos projetivos. Esta categoria de instrumentos é regularizada pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Ainda, o psicólogo pode servir-se de fontes fundamentais tal como de fontes complementares de informação. A primeira refere-se a técnicas e/ou instrumentos reconhecidos cientificamente para uso na prática profissional (testes psicológicos aprovados pelo CFP, entrevistas ou protocolos de registro de observação de comportamentos), e a segunda refere-se a procedimentos e recursos auxiliares (técnicas ou instrumentos não psicológicos que possuam respaldo da literatura científica e documentos técnicos de equipes multiprofissionais).

Krug, Trentini e Bandeira (2016) utilizam o termo psicodiagnóstico para denominar este tipo de procedimento, que, embora semelhante à avaliação psicológica, tem suas particularidades. O psicodiagnóstico é considerado um processo interventivo, apoiado em uma compreensão teórica, consistindo em

um procedimento científico de investigação e intervenção clínica, limitado no tempo, que emprega técnicas e/ou testes com o propósito de avaliar uma ou mais características psicológicas, visando um diagnóstico psicológico (descritivo e/ou dinâmico), construído à luz de uma orientação teórica que subsidia a compreensão da situação avaliada, gerando uma ou mais indicações terapêuticas e encaminhamentos (Krug, Trentini, & Bandeira, 2016, p. 18).

Sendo um processo investigativo relativamente estruturado – em função da delimitação do tempo e da resolução da demanda proposta – a avaliação psicológica exige que alguns passos sejam seguidos. Rigoni e Sá (2016) sugerem que: (a) o psicólogo estabeleça a demanda da avaliação e levante dados sobre a história clínica e pessoal do avaliado, a fim de definir as hipóteses e os objetivos do processo; (b) selecione as técnicas e os instrumentos a serem utilizados, definindo um plano de avaliação; (c) conduza a avaliação de acordo com os objetivos, aplicando os dispositivos selecionados; (d) corrija os resultados e integre os dados obtidos, com o intuito de formular as conclusões do processo; (e) redija um documento oficial com estes dados; e (f) comunique-os por meio de uma entrevista de devolução.

O processo de avaliação psicológica é dotado de extrema importância, uma vez que possibilita modificar ou confirmar possíveis impressões diagnósticas prévias, realizar diagnóstico diferencial em situações de dúvida e melhor identificar as necessidades terapêuticas e interventivas mais indicadas para o caso (Witternborn, 1999). Todas essas questões estão intimamente ligadas ao prognóstico de qualquer caso, uma vez que a correta identificação das dificuldades e das potencialidades permitem encaminhamentos mais adequados e direcionados às questões levantadas. Deve-se atentar, porém, ao fato de que uma avaliação psicológica é um procedimento investigativo que busca resolver uma demanda específica de encaminhamento e não uma modalidade de terapia, apesar de pesquisas indicarem o caráter interventivo deste tipo de atendimento (Barbieri, 2009, 2010; Heck, 2014).

1.3 Avaliação psicológica em casos de suspeita de TEA

No caso de avaliação psicológica de TEA, algumas especificidades devem ser levadas em consideração, além de seguirem-se as bases gerais citadas na seção 1.2. Casos encaminhados para diagnóstico diferencial com suspeita de autismo demandam um nível elevado de conhecimento a respeito do transtorno e de estratégias de avaliação específica que se adequem às necessidades do avaliado. Devido à variabilidade sintomatológica – inclusive relacionada a

níveis diversos de funcionamento intelectual, linguístico e comportamental – há um considerável potencial para a ocorrência de diagnósticos equivocados (Bandeira & Silva, 2017).

Visando evitar imprecisões, a avaliação desses casos deve incluir uma cuidadosa anamnese, detalhando-se histórico médico, clínico e desenvolvimental, além de uma avaliação integral das habilidades psicológicas, cognitivas, de comunicação, linguagem e interação, e do nível adaptativo do indivíduo (Klin, 2006). Podem ainda ser necessários exames adicionais para descartar possível prejuízo auditivo, uma vez que uma das preocupações dos pais é a ausência de resposta a certos estímulos auditivos, como, por exemplo, não responder quando chamado pelo nome (Zanon et al., 2014). De mesmo modo, a avaliação sociocomunicativa em casos de TEA é citada como fundamental, uma vez que se trata de um transtorno qualitativo do desenvolvimento, onde há grande dificuldade relacionada a habilidades que envolvem a compreensão e expressão de comportamentos sociocomunicativos em contexto social (Bosa, Backes, Romeira, & Zanon, 2017).

De igual importância no processo de construção de um psicodiagnóstico de TEA é a escolha de instrumentos que avaliem as áreas de cognição social, funcionamento adaptativo, funções executivas e de funções sensório-motoras. A literatura sobre cognição social, por exemplo, aponta para alterações nos domínios dessa área, principalmente relacionadas à Teoria da Mente, ocorrendo independentemente do nível cognitivo apresentado pelo indivíduo (South, Schultz, & Ozonoff, 2011). Quanto ao funcionamento adaptativo, Teixeira, Mecca e Silva (2017) sugerem a utilização dos inventários do Sistema Achenbach de Avaliação Baseada em Evidências (Achenbach, Dumenci & Rescorla, 2001), dado que problemas de comportamento podem ser preditores de déficits conceituais, sociais e práticos no TEA. No que tange a avaliação das habilidades relacionadas às funções executivas, a literatura aponta para a importância destas no entendimento do perfil de funcionamento do indivíduo, pois sua presença se relaciona com habilidades sociais e funcionamento adaptativo, além positivamente correlacionadas à brincadeira simbólica (Faja et al., 2016). Seabra, Bosa e Dias (2017) compilaram os diversos instrumentos disponíveis para avaliação de funções executivas no Brasil, como Figuras Complexas de Rey, Escalas Wechsler de Inteligência, entre outros.

Ainda, a avaliação de TEA envolve, majoritariamente, a identificação de sinais de alerta em marcos do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, muitas vezes utilizando-se

de entrevistas clínicas retrospectivas com cuidadores e profissionais. Além destas, podem ser utilizados instrumentos de rastreamento da presença de sintomas de TEA, bem como instrumentos que avaliem habilidades cognitivas, funcionalidade, desempenho acadêmico e social, e o que mais o avaliador responsável considerar pertinente à resolução do caso. A qualidade da avaliação irá depender da triangulação dos dados obtidos através das variadas fontes de informação utilizadas no processo.

O cenário brasileiro, no entanto, representa um grande desafio para a avaliação psicológica de TEA. De acordo com Bosa e Zanon (2016), faltam instrumentos de avaliação do desenvolvimento geral de pré-escolares; instrumentos de diagnóstico de TEA padrão-ouro adaptados e validados nacionalmente; produção nacional de instrumentos de diagnóstico; e também diretrizes que orientem os profissionais em suas práticas de psicodiagnóstico nessa área. Esta carência de instrumentos consolidados e difundidos de diagnóstico específico para TEA acaba por interferir inclusive no aprimoramento da prática clínica e da pesquisa no Brasil (Backes, Mônico, Bosa, & Bandeira, 2014).

Em contrapartida, uma ferramenta muito utilizada na avaliação infantil de TEA são protocolos de observação do comportamento em situações de brincadeira, evidenciando a relevância desta como uma ferramenta no contexto da avaliação. Nesse sentido, Pacífico e colaboradores (*in press*) citam alguns instrumentos que foram desenvolvidos e/ou validados para a realidade brasileira nos últimos cinco anos. Entre eles, estão: Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista, versão revisada (PROTEA-R) (Bosa & Salles, 2018); Protocolo de Observação Estruturada para Rastreamento do Autismo (OERA) (Alckmin-Carvalho, Teixeira, Brunoni, Strauss, & Paula, 2014); e o Exame do Estado Mental de Autismo (Grodberg et al., 2014).

1.4 Prática da hora lúdica na avaliação psicológica de TEA

Por se tratar de um processo complexo, o uso de testes psicológicos tradicionais em uma avaliação psicológica frequentemente acaba por não ser o método mais adequado ou mesmo possível de ser utilizado durante o processo de avaliação psicológica, principalmente em casos de suspeita de TEA. Isso pode ocorrer em função da escassez de instrumentos validados disponíveis para alcançar o objetivo deste tipo de avaliação, como visto anteriormente, ou, ainda, pela impossibilidade de aplicá-los com o paciente, pela usual baixa

taxa de resposta destes a métodos convencionais (Bandeira & Silva, 2017). Nesses casos, a ferramenta que irá ser usada é a avaliação clínica do próprio profissional. Essa ferramenta pode ser composta por entrevistas com os pais e profissionais que tem contato com o avaliado, e por observações do comportamento da criança – possibilitadas através de situações de hora lúdica.

A hora lúdica, ou entrevista lúdica, é uma técnica que remonta ao princípio da teoria psicanalítica, quando Freud contribuiu para a área ao declarar a brincadeira como meio de simbolização do mundo interno da criança. A partir dessa experimentação, em meados de 1930, Melanie Klein e Anna Freud desenvolveram as primeiras sistematizações da técnica do jogo como instrumento de valor para a investigação clínica (Werlang, 2000). Apesar de atualmente ser técnica amplamente praticada e difundida por profissionais que atuam com crianças, e de inúmeros trabalhos científicos terem sido produzidos alicerçando-a, não há uma padronização sobre quais os critérios de avaliação da hora lúdica, tampouco uma definição rígida de operacionalização (Kornblit, 2009). Todavia, a flexibilidade mostra-se como característica importante no uso da técnica da hora lúdica, permitindo uma variabilidade metodológica decorrente da pluralidade de referências e experiências profissionais (Krug, 2014).

Conforme Krug, Bandeira e Trentini (2016), a hora lúdica, além de ter sua condução flexível, é um procedimento técnico utilizado com o objetivo de conhecer e compreender a realidade da criança em processo de avaliação, através da interação com o avaliador. Permite, outrossim, que a análise dos resultados de outras técnicas utilizadas no processo avaliativo seja potencializada e o estabelecimento do diagnóstico seja o mais acurado possível, baseando-se no comportamento apresentado. Bandeira e Silva (2017) sugerem que a técnica se divida em uma combinação das formas livre e estruturada. A forma livre é composta de vários brinquedos e estímulos simultâneos que ficam à disposição do avaliado, e a forma estruturada é composta por uma seleção predeterminada de estímulos, apresentados individualmente e em uma ordem específica. Cada uma das formas é utilizada com objetivos preestabelecidos de acordo com o objetivo da avaliação e das hipóteses formuladas.

A brincadeira também é considerada parte fundamental do processo avaliativo e interventivo de crianças por Bosa e colaboradoras (2017), uma vez que as habilidades pertinentes ao brincar podem constituir importante preditor de atrasos ou desvios qualitativos no desenvolvimento infantil. Uma avaliação fundamentada na observação das dificuldades

infantis nas áreas comprometidas, assim como das potencialidades particulares da criança, permite o planejamento de intervenções pertinentes que contribuam para o desenvolvimento de suas habilidades. Na conjuntura do TEA, a observação infantil em contextos lúdicos é indispensável. Este tipo de contexto é capaz de proporcionar o estabelecimento de uma situação de interação social entre avaliador e criança, e é através da hora lúdica que poderão ser observados fatores de risco para este transtorno do desenvolvimento, como déficits nas habilidades sociocomunicativas ou de reciprocidade social.

Conforme teorias sociopragmáticas da interação, a ausência de reciprocidade social está associada a um prejuízo na Atenção Compartilhada, conceito surgido em meados de 1975, quando Scaife e Bruner notaram que crianças a partir de oito meses eram capazes de seguir o olhar de outras pessoas. A Atenção Compartilhada diz respeito à habilidade de coordenar a atenção entre dois ou mais parceiros sociais através de comportamentos, gestos, vocalizações e/ou olhares com o objetivo de compartilhar a experiência relacionada a objetos ou eventos externos (Mundy & Sigman, 1989). Manifesta-se primariamente durante o período triádico da comunicação, que surge no segundo semestre de vida da criança e possibilita que a relação diádica comece a se utilizar de um objeto de atenção terceiro em um crescente de intenções com relação ao mesmo – por meio de rejeições ou solicitações desse objeto ou evento (Bosa, 2002).

Neste momento, a criança começa a ter seus afetos melhor desenvolvidos e identificados, facilitando a comunicação com o meio e proporcionando uma maior consciência e atenção sobre seu *self*. Através de uma maior facilidade no interagir socialmente – proporcionada pela melhora na qualidade da comunicação – é possibilitado à criança perceber que podem haver diferentes significados, provenientes de diferentes pessoas, para um mesmo objeto. Esse movimento, viabilizado pela Atenção Compartilhada, é base sociocognitiva de fundamental importância para a aquisição da linguagem, uma vez que a criança passa a utilizar os diversos canais de comunicação (e.g. gestos, olhar, fala) que lhe estão disponíveis com o objetivo de transmitir as descobertas que faz aos outros. A brincadeira torna-se então laboratório social, posto que envolve a compreensão dos parceiros como agentes de intencionalidade, com quem se compartilha o contexto de representação lúdica e/ou simbólica (Tomasello, 1999).

Em casos de TEA, este compartilhamento encontra-se deficitário ou ausente. Quando comparadas a crianças sem queixas de desenvolvimento, as crianças com TEA apresentam

menor frequência de gestos sociais espontâneos, além de usualmente não mostrarem objetos de seu interesse durante a interação social, ou não atenderem ao chamado do outro de forma espontânea (Mundy, Sullivan, & Mastergeorge, 2009; Zwaigenbaum, Bryson, & Garon, 2013). Essa dificuldade afeta a compreensão e participação do indivíduo em jogos simbólicos, sendo a brincadeira simbólica importante indicador de risco. Quando presente, este tipo de brincadeira tende a ser rígida e repetitiva, geralmente atrelada aos interesses estereotipados da criança e a uma desorganização comportamental quando interrompida (Bosa et al., 2017).

Wing e Gould (1979) tentaram relacionar esta que chamariam de “ausência de atividades imaginativas” com a substituição das mesmas pelos comportamentos repetitivos e estereotipados, que formariam, juntamente com prejuízos na interação social e dificuldades na comunicação tanto verbal quanto não verbal, uma tríade de comprometimentos específicos e característicos do TEA.

1.5 Espaço do avaliador

Diante das questões apresentadas, referentes às características e à diversidade dos casos de TEA, assim como da importância de um diagnóstico bem realizado, o psicólogo apresenta-se com importante papel na avaliação diagnóstica e interventiva desses casos, integrando uma equipe multidisciplinar. Para tanto, o preparo desses profissionais, através de capacitações e formação acadêmica e profissional, é fundamental para a boa prática de atendimento e assistência (Bosa, 2002; Mateus et al., 2008). Quando se trata do atendimento de crianças com TEA, por exemplo, é esperado que o psicólogo esteja capacitado para escutar as queixas dos pais, a fim de reconhecer os sintomas característicos e diferenciais do transtorno, assim como para conduzir uma avaliação psicológica e sociocomunicativa adequada com a criança.

Nesse sentido, é necessária a inclusão de conteúdos curriculares que abranjam essa temática na formação de um psicólogo, desde a sua graduação. Paula, Belisário Filho e Teixeira (2016) procuraram descrever o nível de conhecimento de estudantes de psicologia sobre TEA. O estudo contou com 85 alunos do último ano de cursos de psicologia de cinco universidades públicas e particulares de São Paulo. A maioria dos participantes não soube responder a perguntas sobre conhecimentos básicos de TEA, dentre eles, taxas de prevalência, recorrência

familiar do transtorno e condições psiquiátricas associadas, o que pode comprometer suas ações no campo clínico.

Vários estudos apontam também para a relevância que a postura do avaliador tem em um processo de avaliação psicológica. Por exemplo, é fundamental que o profissional esteja atento às necessidades da criança, adequando o seu manejo para que, além das dificuldades da criança, suas potencialidades possam igualmente ser manifestadas (Bosa et al., 2017). Porém, a literatura que trata a respeito da interação da criança com o adulto na área do TEA traz pesquisas sobre a interação mãe-criança, professora-criança ou terapeuta-criança, observando-se uma carência de estudos que investiguem as situações interativas entre a criança e o avaliador, especificamente em contexto de avaliação psicológica (Romeira, 2018).

1.6 Justificativa e Objetivo

A revisão da literatura demonstrou que as características de crianças com TEA impactam a interação destas com outras pessoas. Embora haja fartas evidências deste impacto documentadas na literatura, especialmente nos pares e nos familiares, observa-se uma carência de estudos em relação ao espaço do avaliador no processo de avaliação psicológica. Compreender esta experiência é importante sobretudo porque o avaliador, juntamente com a equipe médica, é um dos primeiros profissionais a se relacionar com a criança. Mais importante ainda é investigar estes aspectos no contexto de formação do psicólogo, quando do início da qualificação neste campo, nos estágios curriculares e nos espaços de supervisão clínica. Conhecer as dúvidas, as expectativas, os sentimentos, e o processo de tomada de decisão do avaliador, em relação ao caso em que atua, é de fundamental importância para o campo.

Frente a essas questões, o presente estudo tem dois objetivos principais: (1) descrever o processo de construção do psicodiagnóstico de uma criança com suspeita de Transtorno do Espectro Autista; e (2) relatar a experiência da avaliadora neste processo de avaliação psicológica, por meio do mapeamento do seu processo de tomada de decisões e identificação de sentimentos. Para tanto, utilizou-se a metodologia qualitativa de estudo de caso único, no qual participaram a criança, seus pais e a avaliadora.

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Participou deste estudo uma criança, Rafael¹, encaminhada para avaliação psicológica pelo Serviço de Psiquiatria Infantil de um hospital público de Porto Alegre. Rafael é do sexo masculino, etnia branca, e à época da avaliação, estava com 8 anos e 5 meses, cursando o 3º ano do Ensino Fundamental de uma escola particular. Também foram parte integrante deste estudo os pais de Rafael, Vanessa e Carlos, ambos com Ensino Superior completo – ela pedagoga e ele contador. Estes trouxeram para a avaliação queixas relacionadas principalmente a problemas de socialização, retratando um menino isolado que não conseguia inserir-se no meio social da escola. Ao mesmo tempo, Rafael era descrito como disperso e apresentando algumas dificuldades escolares, além de ser muito dependente dos pais (principalmente em relação a autocuidado e medo de separação). A avaliadora, autora deste estudo, era estagiária de Psicologia cursando o nono semestre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2.2 Delineamento

Este trabalho trata de um estudo com delineamento transversal e exploratório, uma vez que utiliza um modelo de estudo de caso único que procura elencar elementos com a finalidade de investigar o caso com perspectivas de generalização naturalística. Apresenta validade e confiabilidade, uma vez que conta com coleta e análise de dados com múltiplas fontes de informação (Yin, 2014). Este modelo de estudo foi escolhido por ter um caráter de profundidade e detalhamento qualitativo suficiente para representar a experiência no que concerne ao psicodiagnóstico de TEA, envolvendo a criança, os cuidadores e a própria avaliadora. Portanto, este estudo caracteriza-se também como relato de experiência.

2.3 Áreas avaliadas e Instrumentos

Apresenta-se, a seguir, uma breve descrição técnica dos instrumentos utilizados para fins deste estudo, distribuídos de acordo com a área a que se propunham avaliar.²

¹ Os nomes utilizados neste trabalho foram alterados, a fim de manter a identidade dos participantes.

² É pertinente informar que foram utilizados instrumentos adicionais na avaliação, para o entendimento integral do caso. Contudo, em função do objetivo deste estudo, não serão citados todos os materiais.

2.3.1 História clínica, avaliação emocional, comportamental e social

- *Entrevista de anamnese*

A entrevista de anamnese é uma entrevista clínica semiestruturada com o objetivo de coletar informações sobre a história de vida da pessoa avaliada. Nesta entrevista, geralmente realizada no início de um processo psicodiagnóstico, investigam-se diversos aspectos relacionados a histórico e configuração familiar, marcos do desenvolvimento, escolarização, evolução da queixa, funcionamento psicossocial e adaptativo do avaliado, momento atual de vida, percepções sobre a queixa, entre outros. Nesta avaliação, a entrevista de anamnese foi realizada com os pais de Rafael, e foi utilizada uma adaptação do roteiro de anamnese do Sistema PROTEA-R de avaliação da suspeita de TEA (Steyer, Bosa, & Romeira, 2018).

- *Entrevista com a escola*

Consiste em uma entrevista clínica semiestruturada elaborada pela autora deste trabalho, realizada presencialmente com psicopedagoga designada pela escola do avaliado e previamente autorizada pelos pais. Esta entrevista busca investigar aspectos gerais de adaptação e desempenho escolar, relacionamento e comunicação interpessoal com colegas e professores, comportamento na escola, aspectos relacionados à brincadeira na escola, entre outros. O roteiro utilizado encontra-se no Apêndice A.

2.3.2 Rastreamento de sinais de TEA

- *PROTEA-R-NV*³

O Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de TEA – Versão Revisada – Não Verbal, visa o rastreamento da presença de comportamentos característicos à sintomatologia de TEA, e é considerado um instrumento de rastreio de segundo nível, ou seja, utilizado quando já há alguma suspeita do transtorno. O instrumento sistematiza a observação clínica da interação social entre a criança e o avaliador em um *setting* lúdico e permite uma avaliação criteriosa de habilidades pré-linguísticas e de qualidade da brincadeira.

³ Foi utilizada apenas a estrutura de administração do instrumento e as categorias qualitativas, uma vez que a pontuação para o cálculo de risco para TEA não foi possível em função da idade da criança.

O PROTEA-R-NV é destinado a crianças de 24 a 60 meses de idade, estruturando-se em três sessões de hora lúdica diagnóstica, de aproximadamente 45 minutos de duração cada, divididas em contexto de brincadeira livre e estruturada (Bosa & Salles, 2018; Bosa, Zanon, & Backes, 2016).

- *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*

Este é um reconhecido instrumento de rastreio precoce de TEA, utilizado por quaisquer profissionais da área da saúde. Composto por 23 itens do tipo sim/não, o instrumento visa identificar sinais de risco desse transtorno a partir de um questionário que pode ser autoaplicável pelos pais, levando em consideração suas observações do comportamento da criança com a idade entre 18 e 24 meses (Castro-Souza, 2011).

2.3.3 Avaliação cognitiva

- *Desenho da Figura Humana (DFH III)*

Este instrumento oferece uma medida não verbal de desenvolvimento cognitivo e maturidade conceitual em crianças de 5 a 12 anos de idade. Sua aplicação pode ser feita individual ou coletivamente, e requer o desenho de uma figura humana feminina e outra masculina, na ordem em que a criança preferir. O instrumento se propõe a avaliar dificuldades de aprendizagem, déficits de atenção e outras dificuldades dessa ordem através do apontamento de indicadores desenvolvimentais no desenho infantil (Wechsler, 2003).

- *Figuras Complexas de Rey*

Este instrumento objetiva avaliar as funções neuropsicológicas de percepção visual, organização viso-espacial, funções motoras e memória imediata, através da cópia de uma determinada figura geométrica complexa e sua posterior reprodução a partir da memória do avaliado. Com este instrumento, pode-se verificar o modo como o sujeito apreende os dados perceptivos que lhe são apresentados e suas funções de planejamento, desenvolvimento e execução de estratégias de ação. Divide-se ainda em Figura A e B, sendo que a Figura A, utilizada nesse estudo, é aplicada para a faixa etária dos 5 aos 88 anos de idade, e a Figura B é aplicada para a faixa etária dos 4 aos 8 anos de idade (Oliveira & Rigoni, 2010).

- *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven*

Este instrumento visa ser um teste de inteligência não verbal que avalia o fator geral de inteligência proposto por Spearman, através de medidas de raciocínio analógico, capacidade de abstração e de percepção do avaliado. Aplicável a crianças de 5 a 11 anos de idade, a versão colorida das Matrizes Progressivas de Raven é composta por 36 itens de múltipla escolha, onde a criança deve optar pela opção que melhor completar a figura em questão. O instrumento avalia a eficiência e a clareza da observação e o nível de desenvolvimento intelectual do avaliado (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999).

- *Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI)*

Esta é uma versão reduzida das Escalas Weschler de avaliação da inteligência, aplicável individualmente a pessoas de 6 a 89 anos de idade. O instrumento propõe, a partir de um formato breve de avaliação, o fornecimento de informações sobre os Quocientes de Inteligência Total, de Execução e Verbal, baseando-se nos resultados de quatro subtestes das escalas originais (i.e. Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial) (Trentini, Yates, & Heck, 2014).

- *Tarefas de Teoria da Mente*

Este conjunto de tarefas avalia o desenvolvimento da habilidade do indivíduo em atribuir estados mentais (e.g. pensamentos, intenções, emoções, etc.) a si mesmo e a outras pessoas com o intuito preditivo de comportamentos, capacidade essa que se refere ao conceito de teoria da mente. A escala utilizada é composta por sete tarefas de dificuldade crescente, e recomendada para uso com crianças de idades variadas (Domingues, 2015).

- *Entrevista de devolução*

Roteiro flexível adaptado das diretrizes para entrevista de devolução do Sistema PROTEA-R. A devolução inclui tópicos sobre retomada dos motivos que levaram os pais à busca pela avaliação, suas principais preocupações e impressões sobre o processo de avaliação, além da exposição das impressões do avaliador e os resultados do processo propriamente dito, identificando as dificuldades e potencialidades da criança. Ao final, são contemplados esclarecimentos de dúvidas, preocupações e sentimentos dos pais, além da construção conjunta de um plano terapêutico, relacionando as indicações terapêuticas sugeridas pelo avaliador (Romeira, Steyer, Bosa, & Semensato, 2018).

- *Relatos de supervisão*

Trata-se de material elaborado pela autora, contendo registros dos aspectos que seriam examinados e discutidos em supervisão clínica, bem como anotações realizadas durante e após a mesma. Este material é composto de esboços sobre o entendimento do caso, dúvidas e estratégias para tomada de decisão (e.g. escolha dos instrumentos, técnicas de engajamento na hora lúdica, de entrevista inicial com os pais e de entrevista devolutiva).

2.4 Procedimento de registro e análise dos dados

Os dados utilizados neste estudo foram coletados no Centro de Avaliação Psicológica (CAP), um serviço-escola da cidade de Porto Alegre, em parceria com o Centro Experimental Multidisciplinar de Avaliação em Autismo (CEMA), ambos serviços do Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Atenção à Saúde (CIPAS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados ocupou um período de dois meses, relativos a duração do processo de avaliação de Rafael, composto por duas sessões de anamnese, duas sessões de observação, quatro sessões de administração de testes e uma sessão de devolução. Todas as sessões de observação com a criança foram videogravadas para posterior análise clínica, com o prévio consentimento da família, conforme o Termo de Autorização para Filmagem que consta no Anexo 1. Tanto as informações fornecidas pelo paciente e pelos resultados dos instrumentos aplicados, quanto as observações e considerações feitas pelo avaliador foram tomadas em apreciação na análise dos dados coletados, visando não somente ao psicodiagnóstico, mas também a este estudo.

Os dados utilizados foram examinados também em supervisão clínica. Estas supervisões eram realizadas semanalmente, no grupo de pesquisa Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisa em Transtornos do Desenvolvimento (NIEPED), do Instituto de Psicologia supracitado. Registra-se que as supervisões clínicas perpassaram todo o processo de avaliação psicológica, desde a entrevista de anamnese até a entrevista de devolução, e o material proveniente das discussões foi levado em destacada consideração para a análise e entendimento do caso.

2.5 Considerações éticas

A resolução nº 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia, reúne os princípios éticos centrais para a pesquisa em psicologia, quais sejam: o bem-estar dos participantes e a minimização de potenciais riscos da pesquisa; a autonomia e consentimento dos mesmos; e a proteção de direitos como confidencialidade e privacidade. Em atenção a tais princípios, os procedimentos deste estudo ofereceram risco mínimo a seus participantes, uma vez que os mesmos não estavam expostos a atividades invasivas ou destituídas de quaisquer benefícios. O consentimento dos indivíduos, assim como direitos como confiabilidade e sigilo, foi garantido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), assinado pelos pais da criança. Tanto os pais quanto o avaliado foram comunicados no primeiro encontro sobre a possibilidade de seus dados e observações serem utilizados futuramente para pesquisa acadêmica, bem como sobre o processo de avaliação que seria realizado.

Além dos princípios éticos relativos à pesquisa, este trabalho ainda tange questões éticas relativas à avaliação psicológica. Ao longo de todo o processo de avaliação, o profissional deve estar atento a diversos aspectos que implicam em responsabilidades éticas que nortearão sua prática. Deve-se tomar cuidado com: a escolha das características a serem avaliadas; a escolha de instrumentos que investiguem adequadamente essas características; a validação e qualificação das características psicométricas destes instrumentos; e o processo de aplicação, correção e interpretação dos resultados (Wechsler, 2001). Em atenção ao cuidado ético do profissional, estes procedimentos são descritos e revisados periodicamente pela Associação Americana de Psicologia, através da construção de princípios éticos gerais e padrões éticos de conduta dos psicólogos (American Psychological Association, 2017).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número de CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 06289912.9.0000.5334.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está estruturado em quatro tópicos: Apresentação do caso; Avaliação específica do Transtorno do Espectro Autista; Avaliação cognitiva; e A experiência da avaliadora. Os três primeiros tópicos fazem referência ao primeiro objetivo do trabalho, apresentando os resultados relativos ao processo psicodiagnóstico propriamente dito e suas especificidades no que se refere ao caso Rafael, e o último tópico refere-se ao segundo objetivo do trabalho, apresentando o relato de experiência da avaliadora em função deste processo.

3.1 Apresentação do caso

A entrevista de anamnese com os pais revelou que Vanessa fez uso de medicação antidepressiva por dez anos antes da gestação, interrompendo o uso um ano e meio antes da gravidez planejada, quando o casal decidiu que teria um segundo filho. Segundo a família, não houve intercorrências na gestação e o parto foi vaginal e induzido, quando se completavam 42 semanas de gestação. Rafael nasceu com Apgar 10 no primeiro e no quinto minuto e o pós-parto ocorreu sem quaisquer dificuldades, mudanças ou perdas na família.

No que diz respeito a seu desenvolvimento, com dois meses, Rafael era capaz de firmar o pescoço; com três meses sentava-se sem apoio e com um ano de idade estava caminhando sem auxílio (não tendo engatinhado). Com 11 meses, começou a falar suas primeiras palavras e, logo após, as primeiras frases. Com relação a esses marcos, pesquisadores apontam para a importância de marcadores do desenvolvimento como preditores de TEA. No estudo de Ferreira e Oliveira (2016), onde os autores mostraram a correlação entre alguns marcos do desenvolvimento e a gravidade clínica do autismo, a fala tardia das primeiras frases associou-se a uma maior gravidade de TEA, predizendo uma menor funcionalidade e capacidade intelectual da criança. Os déficits na linguagem revelaram piores prognósticos na vida adulta.

Quanto ao padrão de sono, Rafael invertia os turnos quando bebê (“chorava à noite e dormia durante o dia” [*sic*]) e não dormia sozinho, dividindo o quarto com os pais. À época da avaliação, demorava muito para dormir e argumentava com os pais que “dormir era perda de tempo” [*sic*], assim como fazer necessidades fisiológicas – por vezes não ia ao banheiro e deixava “escapar” [*sic*] nas roupas íntimas, principalmente quando apreciava muito a atividade em curso.

Rafael começou a frequentar a creche com dois anos de idade. Aos três anos foi retirada a fralda diurna e, aos quatro, a noturna. Aos seis anos, ingressou no Ensino Fundamental de uma escola particular. No momento da avaliação, cursava o 3º ano da mesma escola, não havendo repetências em seu histórico escolar. Alfabetizado, Rafael não demonstrava dificuldade com a forma falada da Língua Portuguesa, utilizando corretamente vários elementos construtivos da comunicação oral. Quando de seu relacionamento com colegas, a família relatou que Rafael não mantinha uma boa convivência social com outras crianças, não sabendo como “entrar e se manter na brincadeira” [*sic*]. Não gostava de brincar ou manusear quaisquer tipos de brinquedos, sendo que sua atividade preferida era assistir canais no YouTube sobre jogos eletrônicos.

Rafael não apresentava nenhuma dificuldade ou desequilíbrio corporal, apenas relacionadas à motricidade fina, embora andasse na ponta dos pés e não gostasse de nenhuma atividade física. Com relação a aspectos sensoriais, o menino não comunicava sensações corporais (e.g. fome, calor, frio, dor, etc.), como se não as sentisse, e não gostava de algumas sensações físicas provocadas pelo contato com certos objetos (e.g. papel higiênico, escova de dentes, gotas de chuveiro), acarretando em uma funcionalidade não adequada para sua idade. O menino também apresentava movimentos repetitivos os quais não conseguia controlar (e.g. bater objetos diversos no chão), que ocorriam várias vezes por dia.

A esse respeito, estudos apontam que alterações sensoriais são uma característica muito frequente em quadros de TEA, presentes em até 95% dos casos, apesar de geralmente não serem compreendidas facilmente devido às dificuldades de comunicação desses indivíduos (Leekam, Nieto, Libby, Wing, & Gould, 2007; Suarez, 2012). As alterações podem se dar em diversas ordens – visual, auditiva, tátil, olfativa, proprioceptiva ou somatossensorial – e também afetam negativamente a vida dos familiares, por interferirem na funcionalidade do indivíduo, prejudicando seu comportamento em atividades diárias como alimentação, ciclo de sono, cuidados pessoais e saídas de casa. Posar e Visconti (2018) apontam para quatro categorias de padrões sensoriais principais: hipossensibilidade (e.g. alta tolerância a dor), hipersensibilidade (e.g. incômodo com contato físico), busca sensorial (e.g. atração por fontes de luz) e percepção aprimorada (e.g. registro de pequenos detalhes).

Sobre o contato prévio com outros especialistas, Rafael passou por alguns profissionais da saúde, que levantaram a suspeita de Transtorno do Espectro Autista. Fez duas avaliações neurológicas, aos três e aos sete anos, em função das dificuldades levantadas pela escola. Também passou por uma avaliação psiquiátrica com sete anos, e por uma avaliação fonoaudiológica, com oito. Rafael não fazia uso de medicamentos e não tinha histórico de internações médicas.

3.2 Avaliação específica do Transtorno do Espectro Autista

A possibilidade de um diagnóstico diferencial de TEA foi avaliada através de duas sessões de hora lúdica em contextos livre e dirigido de brincadeira, baseando-se no instrumento PROTEA-R-NV (Bosa & Salles, 2018). O contexto livre tinha duração aproximada de 30 minutos, e as brincadeiras eram baseadas na iniciativa do avaliado. Já o contexto dirigido tinha duração aproximada de 20 minutos, onde eram apresentados – separadamente – brinquedos previamente escolhidos pela avaliadora. Baseando-se em Bosa e Salles (2018), a avaliação destas sessões atentou-se para o rastreio de critérios de risco nas áreas de Comportamentos Sociocomunicativos, Qualidade da Brincadeira e de Movimentos Repetitivos e Estereotipados.

No que concerne às suas habilidades, Rafael não apresentou iniciativa de Atenção Compartilhada durante a avaliação, pois não dirigia espontaneamente o foco de atenção da avaliadora para brinquedos de seu interesse, e não aparentava coordenar gestos com contato visual ou expressões afetivas com propósito social. Quando a iniciativa de compartilhamento partia da avaliadora, demonstrava resposta de Atenção Compartilhada restrita. Ou seja, ele seguia o mesmo foco de atenção da avaliadora, entretanto, não coordenava contato visual ou expressões afetivas, sendo que seu interesse permanecia focado no objeto e não na interação social recíproca.

Pôde-se observar a ação de imitação de alguns comportamentos da avaliadora, referentes à manipulação dos brinquedos (e.g. girar o pião, encaixar os dedoches nos dedos, soprar as bolhas de sabão). Porém, não houve imitação de gestos ou frases, tão pouco a intencionalidade em compartilhar a imitação com o propósito de interagir socialmente. Mesmo em brinquedos voltados para a troca de turnos (i.e. alternância de participação na brincadeira, de forma recíproca), Rafael demonstrava resistência – várias vezes a avaliadora tentava pegar o brinquedo e ele relutava em entregar.

Quando a avaliadora propunha brincadeiras diádicas, sem a mediação de objetos (e.g. cantar, dançar, fazer cócegas), não foi observado comportamento espontâneo de engajamento social como resposta, assim como não houve iniciativa de engajamento por parte do menino. Em momentos muito restritos, Rafael aceitava o que a avaliadora propunha de forma rígida (e.g. aceitou cócegas sem expressar reação, apenas encolhendo-se e sorrindo sem coordenar contato visual). No entanto, deve-se fazer a ressalva de que, na maioria das vezes, não houve nenhum tipo de resposta (e.g. ignorou cócegas enquanto manipulava um objeto de interesse sensorial; não demonstrou reação quando chamado para dançar uma música).

Com relação a momentos em que Rafael poderia buscar assistência, não se observou este comportamento, mesmo quando tinha dificuldades em abrir um *container* ou manipular algum objeto. Quando essa situação ocorria, Rafael rapidamente largava o objeto e evitava buscar assistência, procurando, ao invés disso, explorar outros objetos que estivessem a seu alcance ou próximos de seu corpo. Do mesmo modo, não respondia quando a avaliadora oferecia ajuda. Relatou-se nas entrevistas com a família que Rafael não procurava por ajuda quando tinha que resolver problemas de ordem social ou acadêmica, em casa ou na escola. Bosa e colaboradores (2017) apontam a ocorrência atípica de busca de assistência como constituintes de indicador de risco para TEA. Segundo as autoras, seriam exemplos de ocorrências atípicas tentativas de escalar o corpo do adulto para alcançar objetos ou de utilizar a mão do adulto como ferramenta para alcançar a situação desejada (e.g. abrir um pote), sendo que estas manifestações aconteceriam sem o uso concomitante de outras formas comunicativas (e.g. gestos, contato visual ou vocalizações).

Rafael manifestou vários momentos de protesto ou retraimento, tentando evitar a interação de forma branda. Quando a avaliadora tentava se aproximar do menino em algumas ocasiões em que manipulava um objeto no qual tinha interesse, este se afastava ativamente daquela, indo para o canto oposto da sala e ficando de costas, ou afastando a mão quando a avaliadora tentava tirar o objeto dele. Durante a manipulação de objetos pelo qual demonstrou forte interesse, os comportamentos de esquiva eram mais ativos (além de esquivar a mão várias vezes, deitava no chão e virava de costas pra avaliadora).

Com relação à avaliação da qualidade da brincadeira, Rafael ficou um pouco receoso de explorar o ambiente no início da avaliação, mas, aos poucos e com incentivo da avaliadora,

interessou-se pela maior parte dos brinquedos disponíveis. Explorou os brinquedos de formas variadas, com ocorrência de algumas explorações atípicas (e.g. na manipulação da bola de estímulos, Rafael teve alguns comportamentos como deitar no chão e aproximar muito a bola do rosto, encostá-la no rosto e na cabeça).

Em relação à brincadeira funcional, Rafael operou a maior parte dos brinquedos de acordo com suas funções (e.g. apertar teclas, abrir e fechar tampas, encaixar peças), apesar de manusear alguns deles de maneira atípica e repetitiva (e.g. ficar rodando uma geleca com as mãos). Em alguns momentos, apresentou brincadeira simbólica (faz-de-conta em que se possibilita à criança reviver situações quotidianas e reorganizá-las em suas estruturas mentais, estabelecendo relações lógicas entre as ideias), atribuindo propriedades diferentes a alguns objetos. Entretanto, o fez com poucos brinquedos e de forma pouco espontânea e empobrecida. Foi capaz de construir certa associação entre tais episódios de brincadeira simbólica, porém, não foram sequências muito elaboradas.

Hipotetiza-se que este movimento tenha sido eliciado pela dificuldade simbólica de Rafael, corroborada pelo relato da escola (o menino apresentava dificuldade com interpretação de textos) e por outros momentos da avaliação. Embora a principal técnica utilizada em ocasiões de hora lúdica diagnóstica com crianças seja o método de condução livre (Affonso, 2012), desenhos, jogos ou contação de histórias espontâneas não foram práticas bem aceitas por Rafael. Apesar das tentativas da avaliadora, o menino ficava imediatamente frustrado e irritado quando lhe era proposto desenhar ou contar histórias, recusando-se a executar essas tarefas.

Há uma série de prejuízos relacionados ao TEA que concordam com os comprometimentos apresentados por Rafael na área da comunicação. Os prejuízos citados por Klin (2006) nesse âmbito podem incluir atrasos no desenvolvimento da linguagem verbal, não acompanhados por tentativas de compensação através de meios alternativos de comunicação (e.g. gesticulação); incapacidade de iniciar ou manter conversas com outras pessoas; uso estereotipado e repetitivo da linguagem (e.g. ecolalias); e ausência ou escassez de brincadeira simbólica ou de imitação social.

Para Piaget e Inhelder (1993), a brincadeira simbólica é possibilitada somente através da imitação, que consiste em reproduzir um objeto na presença do mesmo, permitindo sua assimilação funcional. Em suas pesquisas, os autores apontam que a imitação passa por várias

etapas evolutivas até o momento em que a criança é capaz de representar um objeto na ausência do mesmo. Este episódio remete à existência de uma evocação simbólica de realidades ausentes, permitindo uma ligação entre a imagem e o conceito; ligação essa capaz de originar o jogo simbólico.

Com relação a outro critério diagnóstico de TEA, Movimentos Repetitivos e Estereotipados, houve ocasiões em que Rafael manifestava agitação motora (e.g. balançava as mãos e dava “pulinhos” de forma estereotipada, andava na ponta dos pés), principalmente quando se empolgava com algum estímulo, como quando esperava a avaliadora pegar outro brinquedo em contexto estruturado, ou quando se agitava olhando as bolhas de sabão caírem no chão. Em certos momentos, sem motivo aparente, cerrava as mãos e as apertava em frente ao rosto, mantendo os braços esticados. Os movimentos repetitivos eram frequentes e de baixa intensidade, podendo ser facilmente distraídos para outro estímulo.

Notou-se ainda um padrão restrito e rígido, tanto de conduta, quanto de interesses. Rafael tendia a repetir as mesmas brincadeiras em várias sessões, utilizando frases e ações idênticas às utilizadas em outras situações. Quando a avaliadora tentava mudar o tópico, aceitava em um primeiro momento, contudo, voltava ao mesmo padrão depois de poucos minutos. Na entrevista com a escola, informou-se que Rafael era muito apegado a rotinas fixas, mantidas também em casa, desorganizando-se quando algo inesperado acontecia (e.g. sua professora de referência entrou em licença-saúde, e o menino ficou mais agitado e agressivo).

A rigidez também era percebida por intermédio da alimentação restrita; os pais relatavam que Rafael preferia alimentos pastosos e resistia a mudanças no prato rotineiro (i.e. arroz, feijão e carne). Klin (2006) refere alguns fatores em que a rigidez pode ser percebida no TEA, e que se relacionam com as circunstâncias supracitadas: preocupações expressivas com a manutenção de padrões estereotipados e restritos de interesse; rotinas ou rituais específicos, inflexíveis e geralmente não-funcionais; movimentações corporais ou verbais estereotipadas; e atenção persistente a sensações corporais ou a objetos.

Os resultados foram confirmatórios ao relato dos pais e da escola. A família referiu que desde a idade de um ano e quatro meses, Rafael apresentava o mesmo padrão de comportamento apontado pela avaliação. O instrumento utilizado para verificação destes comportamentos foi o M-CHAT, onde a pontuação mínima para que haja a presença de risco

para TEA é de dois itens críticos e três itens não críticos (Castro-Souza, 2011). Neste instrumento, o menino pontuou quatro itens críticos e sete itens não-críticos. Entre estes itens, foram destacadas questões como desinteresse por outras crianças, ausência de brincadeira simbólica, deficiências na imitação, e ausência de checagem das expressões faciais dos adultos.

3.3 Avaliação cognitiva

Com relação à avaliação de inteligência, Rafael apresentou um desempenho cognitivo classificado como dentro da média esperada para sua idade, podendo ser considerada uma classificação médio superior em função do intervalo de confiança (Quociente de Inteligência Total = 107, intervalo de confiança: 100-114), conforme apresentado nas Tabelas 1 e 2, retiradas e adaptadas do manual da WASI (Trentini et al., 2014). O Quociente de Inteligência Verbal foi classificado como médio superior e o Quociente de Inteligência de Execução foi classificado como estando dentro da média esperada. Estes dados demonstram uma boa capacidade de abstração, especialmente tendo em consideração os conhecimentos adquiridos formalmente, a resolução de problemas e o raciocínio lógico.

Tabela 1
Classificações de QI's

Classificação	QIT	QIV	QIE
Muito superior			
Superior			
Médio superior		X	
Médio	X		X
Médio inferior			
Limítrofe			
Extremamente Baixo			

	Média	X	Avaliado
--	-------	---	----------

Nota.

QIT = Quociente de Inteligência Total. Reflete o nível de funcionamento global.

QIV = Quociente de Inteligência Verbal. Reflete a capacidade de lidar com símbolos abstratos; qualidade da educação formal e estimulação do ambiente; compreensão, memória e fluência verbal.

QIE = Quociente de Inteligência de Execução. Reflete o grau e a qualidade de contato não verbal do indivíduo com o ambiente; a capacidade de integrar estímulos perceptuais e respostas motoras; a capacidade de trabalhar em situações concretas; a habilidade para trabalhar rapidamente; a capacidade de avaliar informações visuoespaciais.

Tabela 2
Classificações de Subtestes

Desvio Padrão	Verbal		Execução	
	VC	SM	CB	RM
+3DP				
+2DP				
+1DP		X		
Médio	X		X	X
-1DP				
-2DP				
-3DP				

	Média	X	Paciente
--	-------	---	----------

Nota.

VC = Vocabulário. Reflete o desenvolvimento da linguagem.

SM = Semelhanças. Reflete a capacidade de raciocínio lógico e formação conceitual verbal (pensamento abstrato).

CB = Cubos. Reflete a capacidade de análise e síntese e de conceituação visuoespacial.

RM = Raciocínio Matricial. Raciocínio fluido não verbal.

Da mesma forma, no instrumento Matrizes Progressivas de Raven (Angelini et al., 1999), mais especificamente com relação à atividade mental educativa (capacidade de extrair novos *insights* e informações daquilo que já é conhecido, requerendo percepção contextual) e à atividade mental reprodutiva (que inclui o domínio, a lembrança e a reprodução de materiais), Rafael obteve resultados acima da média esperada, condizentes com a facilidade em aprender relatada por pais e escola.

Na avaliação de funções executivas, investigadas por meio do instrumento Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010), o menino obteve classificação inferior à média no que tange à riqueza e exatidão da cópia. Essa classificação está atrelada à habilidade de percepção visual, na qual Rafael apresentou um prejuízo significativo, tendendo a fazer distorções de forma e localização, bem como omissão de elementos. Pôde-se notar uma dificuldade de análise visuoespacial, possivelmente por se atentar muito a detalhes, o que lhe dificulta a construção de objetivos a médio e longo prazo, resultado condizente com o relato da escola. Já com relação à memória, apresentou um funcionamento superior à média, evidenciando excelente desempenho da memória de trabalho, além das capacidades de prestar atenção, de concentração e de memória imediata.

Os resultados supracitados ratificam o relato dos pais, que afirmavam o lugar de Rafael como um menino muito inteligente, e entendiam seu desempenho como superior ao de outras crianças em algumas tarefas como, por exemplo, em jogos de videogame ou em matemática. As avaliações escolares mostravam notas altas, apesar de Rafael passar muito pouco tempo em sala de aula – o menino saía frequentemente e por longos períodos da sala de aula, além de não permanecer o turno inteiro na escola – e não acompanhar as aulas, conforme relato da escola.

Na avaliação da habilidade de Teoria da Mente, pôde-se observar que, apesar de não ser capaz de explicar este fenômeno ou mesmo os motivos para que ocorresse, Rafael era capaz de identificar que outras pessoas têm emoções e pensamentos próprios, não necessariamente sendo os mesmos que os seus, o que evidencia a possibilidade de desenvolvimento de habilidades sociais. Baron-Cohen (1991, 1995), em seus estudos com indivíduos com TEA, associou o comprometimento na habilidade de Teoria da Mente a um comprometimento na capacidade de interagir socialmente, o que causaria prejuízos na linguagem e no comportamento social como um todo. Pavarini e Souza (2010) encontraram resultados que confirmam essa relação. Segundo as autoras, a motivação pró-social está significativamente associada à Teoria da Mente, sugerindo que a compreensão dos estados mentais subjacentes às ações influencia positivamente o comportamento pró-social, não sendo, entretanto, requisito para uma resposta emocional empática.

A avaliação do desenvolvimento infantil por meio do desenho da figura humana é uma medida cognitiva não verbal e, por este motivo, também está avaliando as deficiências de linguagem do indivíduo. Ao utilizar-se o DFH III (Wechsler, 2003), denotou-se uma maturação mental não compatível com a idade do menino, no que diz respeito à auto representação gráfica. Com relação a essa medida, Rafael apresentou algumas deficiências relacionadas à linguagem não verbal, ficando com uma classificação abaixo da média/fronteira. Na literatura (Alves, 2015), descobriu-se que um resultado desfavorável no Desenho da Figura Humana não é necessariamente atrelado à falta de recursos cognitivos. Observou-se, ademais, dificuldade de coordenação motora fina e o desagrado do menino em desenhar, o que pode ter influenciado o resultado.

Deve-se assinalar que, embora os resultados obtidos com os testes aplicados sejam de extrema importância para o entendimento do caso, os mesmos podem não retratar de forma fiel

o desempenho do avaliado. Bosa e Teixeira (2017) afirmam que, em uma avaliação psicodiagnóstica, o uso de instrumentos psicológicos pode acarretar em uma estimulação sensorial muito intensa para o indivíduo com suspeita de TEA, em um ambiente ao qual ele não está acostumado. Esta instabilidade sensorial pode gerar uma sobrecarga emocional e consequente alteração no comportamento. Em consequência, os resultados estatísticos dos instrumentos utilizados nessas situações não reproduzirão com coerência o desempenho do avaliado.

A superestimulação pôde ser observada em vários momentos em que Rafael não estava disposto a engajar-se nas atividades, revelando irritação e impaciência. Nessas ocasiões, tomava decisões impulsivas e ficava ansioso frente às atividades propostas, tendo a intenção de acabar a tarefa o mais rápido possível, mesmo aparentando compreender a mesma. Este comportamento pode ter prejudicado seu desempenho nas atividades de avaliação, e consequentemente, seus resultados na testagem.

3.4 A experiência da avaliadora

Nesta seção, serão apresentados dados relativos ao papel da avaliadora no processo de avaliação psicológica, com base na seguinte estrutura: (a) impressões da avaliadora sobre a entrevista de anamnese com os pais; (b) impressões da avaliadora sobre a hora lúdica com a criança e sobre seu desempenho na avaliação cognitiva; (c) impressões da avaliadora sobre a supervisão clínica. Nesta estrutura, as impressões apresentadas referenciam as principais dificuldades encontradas pela mesma, quais sejam: dúvidas no manejo com os pais; primeira impressão com relação ao funcionamento global do menino; e encerramento do processo de avaliação tendo se formado um bom vínculo entre avaliadora e avaliado.

O processo descrito neste trabalho teve seu início com a entrevista de anamnese realizada com os pais. A expectativa criada pela avaliadora para tal entrevista predizia pais falantes e de fácil manejo, como os que já havia acompanhado em outras situações. Neste primeiro momento, porém, a avaliadora percebeu que os pais de Rafael não condiziam com sua expectativa, ambos passando a impressão de pais distantes, um tanto quanto apáticos com aquela situação. Por este motivo, a entrevista foi conduzida com certa dificuldade, principalmente no que se referia à extração de informações importantes sobre aspectos do funcionamento de Rafael, pois os pais forneciam somente respostas curtas. Esta impressão de

desvinculação permaneceu ao longo da avaliação, o que gerava certa ansiedade na avaliadora. Estes aspectos foram discutidos em supervisão, focando-se nas consequências do impacto de transtornos do desenvolvimento tanto no contexto familiar (Semensato & Bosa, 2017; Semensato et al., 2010), quanto no contexto profissional (Romeira et al., 2018), assim como aspectos relativos à saúde mental dos pais e eventual presença de traços do Fenótipo Ampliado do Autismo (Endres, Lampert, Schuch, Roman, & Bosa, 2015).

Ao final da avaliação, os pais trouxeram a informação que ambos teriam sido diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (DSM-V 296.00), fato que esclareceu muitas das dúvidas da avaliadora a respeito dos sentimentos dos pais e de sua relação com a criança. Sanini, Brum e Bosa (2010), em sua pesquisa, apontam que a depressão materna impacta no desenvolvimento infantil dos filhos, e destacam a importância da presença do pai ou de outro adulto, não deprimido, bem como o uso de intervenções de suporte social para abrandamento do estresse. No entanto, Hastings e colaboradores (2005), em uma pesquisa sobre stress e percepções positivas em pais e mães de crianças com autismo, verificaram que tanto pais quanto mães sentem ansiedade e depressão, não existindo diferenças significativas entre eles, o que interfere muito na relação com o filho ou com outros profissionais. Apesar disso, o estudo demonstrou que as mães são mais suscetíveis a depressão do que os pais, sendo muitas vezes ligada aos problemas de comportamento do filho e à depressão do parceiro. Entretanto, os eventos estressores parecem variar: pais sensibilizam-se mais com comportamentos externalizantes do que mães, enquanto que ambos sensibilizam-se com as dificuldades sociais da criança (Davis & Carter, 2008).

Quanto às impressões relacionadas ao desempenho do menino, o primeiro encontro com Rafael deu-se em uma sessão de observação da brincadeira, que acabou por ser bastante mobilizadora para a avaliadora. Partindo do relato dos pais, a mesma havia criado a expectativa de que o menino representasse os clássicos casos de autismo (e.g. não interagia com ninguém, não tinha autonomia ou funcionalidade, etc.), representando uma criança com muitos prejuízos à primeira vista. Em oposição a essa imagem, a avaliadora encontrou um menino que era capaz de simular um roteiro estruturado e detalhado de brincadeira, usando muitos brinquedos simultaneamente e, principalmente, assemelhando-se a uma brincadeira simbólica. Conforme a sessão evoluía, a avaliadora surpreendia-se com a suposta brincadeira do menino. Inclusive, suas anotações pós-sessão foram sobre como Rafael era uma criança interativa, tendo a

brincadeira simbólica preservada (pois havia conseguido contar histórias) e habilidades aparentemente adequadas para a idade. Contudo, durante supervisão, essa impressão pôde ser discutida. A construção feita foi que, de fato, o menino não correspondia a uma “caricatura” desenvolvida pelo senso comum em relação ao autismo, mas em alguns aspectos, era notável que sua brincadeira não era tão criativa, espontânea ou simbólica como a avaliadora pensara.

De fato, na segunda sessão de observação de brincadeira, após ter passado por supervisão clínica, o olhar apresentado pela avaliadora era mais apurado, possibilitando a observação de vários detalhes que anteriormente haviam passado despercebidos. Pôde-se notar que a brincadeira representava uma espécie de *script* que Rafael havia adotado, satisfazendo superficialmente a uma necessidade de interação social demandada a ele. No entanto, com o decorrer dos encontros e o aguçamento da percepção da avaliadora, percebeu-se que o menino trazia este *script* a todas as sessões, repetindo o tópico da brincadeira inclusive ao longo da mesma sessão.

É importante ressaltar que todas as observações feitas ao longo da supervisão basearam-se em evidências teóricas. Por exemplo, uma das técnicas sugeridas em supervisão foi a interrupção da história contada pelo menino, através da adição de detalhes da avaliadora, para que pudesse se observar a reação de Rafael (que não aceitava bem a interferência). Esta técnica está referenciada em Bosa e colaboradoras (2017), assim como a sugestão de utilizar-se um estilo de interação baseada em compartilhamento de tópicos com a criança, favorecendo seu engajamento.

Sobre os aspectos cognitivos, como esperado, a avaliação de Rafael apontou para um ótimo resultado, reforçando a hipótese de que ele aprendera algumas estratégias para responder às demandas sociais que se apresentam para ele na escola e em outros espaços. Seu excelente desempenho nas áreas de memória e atenção, evidenciado pela avaliação de funções executivas, demonstra sua capacidade de aprender com o ambiente e criar novas respostas para atender ao que lhe é esperado. Ainda assim, suas respostas podem ser observadas como diferentes daquelas emitidas por crianças com desenvolvimento típico. Essa percepção sutil é crucial na diferenciação de um caso de TEA possivelmente “mascarado”, quando o indivíduo já tem algumas estratégias de compensação. Deve-se lembrar que os aspectos observados em uma

avaliação por vezes são sutis e sempre comparados com parâmetros de crianças da mesma faixa etária (Bosa et al., 2017).

No que concerne ao encerramento do processo de avaliação, esta dificuldade refere-se ao bom vínculo formado entre avaliadora e avaliado, construído ao longo de toda a avaliação. Rafael apresentou-se um pouco retraído na primeira sessão, todavia, ao longo do processo mostrou-se um menino atento, observador e comunicativo, e engajou-se na maioria das tarefas propostas, demonstrando interesse pelo que lhe era apresentado. Como já mencionado, em algumas ocasiões apresentou um comportamento agitado e, mesmo quando com maior dificuldade na interação, foi perceptível seu esforço para acompanhar o que lhe era solicitado, demonstrando ter criado um bom vínculo com a avaliadora. Este encerramento, abordado e conversado com Rafael com antecedência de duas semanas do término da avaliação, também foi trabalhado em supervisão clínica.

Deve-se atentar ao fato de que este processo de avaliação psicológica se deu em contexto de estágio curricular de Psicologia, em um período em que a avaliadora iniciava sua experiência de atuação no campo prático. Todas as dificuldades citadas ao longo dessa seção foram extensivamente analisadas em supervisão coletiva e individual, cruciais para o bom andamento do processo neste período de formação. Em supervisão, foram trabalhadas estratégias de manejo com os pais e com a criança em avaliação, assim como técnicas utilizadas durante as sessões – desde técnicas de engajamento da criança, até orientações relativas ao encerramento do processo.

Assim como em qualquer prática do campo psicológico, a importância da supervisão clínica é apontada em vários livros relativos à avaliação psicológica. O acompanhamento em supervisão é citado em Silva e Yates (2017) como sendo fundamental na elaboração de um psicodiagnóstico, através da construção conjunta de estratégias adaptadas para a atuação em cada atendimento, bem como para ajudar no manejo clínico necessário ao avaliador. Através desse tipo de experiência, a supervisão fomenta o pensar crítico e fornece um olhar amplo e ético sobre o avaliado e sobre o contexto em que ele está inserido, evitando-se a função de mera checagem de sintomas.

No livro Psicodiagnóstico, Yates (2016) esclarece sobre as diversas modalidades de supervisão existentes: individual, coletiva, através de discussão de casos, acompanhamento em

sala de espelho – entre outras. O modelo de supervisão adotado para este caso foi baseado no relato verbal da avaliadora e no material produzido em avaliação (através de dados de testes psicológicos e questionários), além da análise das sessões videogravadas. A soma das técnicas utilizadas acabou por facilitar a supervisão em certo modo e por produzir um relato mais fidedigno do processo, o que contribuiu para que as diversas técnicas elegidas fossem mais efetivas. Além disso, a supervisão deu-se de modo coletivo e individual, em vias de utilizar-se da experiência e sugestões/opiniões do grupo, bem como para analisar em detalhe o preparo e condução da prática da avaliadora.

Yates (2016) ainda pontua a relevância de *feedbacks* do supervisor com relação à prática do avaliador. Igualmente significativos são os elogios às atitudes corretas e as críticas objetivas e reservadas a questões específicas. Neste sentido, a supervisão realizada para o caso apresentado neste trabalho foi fundamental, visto que a supervisora orientou adequadamente a avaliadora perante as manifestações em diferentes aspectos do TEA, no julgamento clínico e interpretação crítica dos critérios diagnósticos, graças à sua experiência clínica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação psicológica de Rafael foi realizada com o propósito de investigar a ocorrência de dificuldades sociocomunicativas e comportamentais. Para tanto, foram utilizados instrumentos diversos de entrevista, observação e interação em contexto de hora lúdica, assim como medidas cognitivas e de rastreio. Também foram utilizadas informações provenientes de entrevistas clínicas com os pais e com a escola do menino. Ao longo do processo, foram observadas diversas dificuldades relacionadas a momentos de interação e comunicação social, além de comportamentos repetitivos e restritos. Estas dificuldades podem ser explicadas pelo diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (DSM-5 299.00; CID-10 F84.0), o que confirma a suspeita previamente levantada por outros profissionais da área da saúde.

Ressalta-se o fato de que Rafael apresentou um desempenho cognitivo preservado, sendo ligeiramente acima do esperado para crianças da sua idade. Também notável foi o esforço empregado pelo menino nas tentativas de engajamento em interações sociais, e seu desejo com relação a tal. Neste sentido, entendeu-se que havia possibilidade de um bom prognóstico no que se refere ao desenvolvimento de um repertório mais adaptativo de comportamentos em situações de interação. Com este fim, recomendou-se acompanhamento psicológico e psiquiátrico, e destacou-se a importância da frequência ao ambiente escolar e da inserção em atividades extracurriculares em grupos, objetivando estimular a socialização com outras crianças, respeitando um limite adequado a suas dificuldades, e explorando sua potencialidade em aprender habilidades sociais.

A retomada teórica da conceituação e do entendimento de TEA, assim como da condução e dos cuidados da avaliação psicológica, contribuiu para que as indicações terapêuticas fossem as mais efetivas para o caso avaliado, e, para que à luz da teoria, a prática profissional da avaliadora fosse a mais adequada. A supervisão clínica e o aporte de uma base teórica sólida para a utilização da técnica de hora lúdica diagnóstica e dos demais instrumentos foram essenciais para uma observação apurada das sutilezas presentes no brincar infantil, principalmente quando outras fontes técnicas de informação se mostraram insuficientes perante as particularidades do caso. As indicações, juntamente com a história clínica do sujeito, corroboraram a hipótese da relevância de um diagnóstico adequado quando em contexto de sintomas “mascarados” do TEA.

5 REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. *Vermont Research*, 1–9. Recuperado de <http://www.childbehaviorchecklist.com/research/DSM6-18ratings.pdf>
- Affonso, R. M. L. (2012). *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: ArtMed.
- Ajuriaguerra, J. (1977). Las psicosis infantiles. In *Manual de Psiquiatria Infantil* (4ª ed., p. 673–731). Barcelona: Torray-Masson.
- Alckmin-Carvalho, F., Teixeira, M. C. T. V., Brunoni, D., Strauss, V. G., & Paula, C. S. (2014). Identificação de sinais precoces de autismo segundo um Protocolo de Observação Estruturada: Um estudo de seguimento. *Psico*, 45(4), 505–512. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.15873>
- Alves, I. C. B. (2015). O Desenho da Figura Humana para avaliação da inteligência de adultos analfabetos. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 35(88), 75–92. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2015000100006
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-V* (5ª Edição). Porto Alegre: ArtMed. <https://doi.org/1011769780890425596>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: manual profissional*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Backes, B., Gomes Mônico, B., Alves Bosa, C., & Bandeira, D. R. (2014). Propriedades

psicométricas de instrumentos de avaliação do Transtorno do Espectro do Autismo: Uma revisão sistemática de estudos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 154–164. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000020>

Bandeira, D. R., & Silva, M. A. da. (2017). Psicodiagnóstico em casos de suspeita de Transtorno do Espectro Autista. In C. A. Bosa & M. C. T. V. Teixeira (Orgs.), *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica* (p. 43–61). São Paulo: Hogrefe.

Barbieri, V. (2009). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, 59(131), 209–222. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000200007

Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: Confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505–513. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300013>

Baron-Cohen, S. (1991). Do people with Autism understand what causes emotion? *Child Development*, 62(2), 385–395. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01539.x>

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness*. Cambridge, MA, US: The MIT Press.

Bosa, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 77–88. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100010>

Bosa, C. A., Backes, B., Romeira, G. M., & Zanon, R. B. (2017). Avaliação sociocomunicativa nos casos de suspeita de autismo: diretrizes para a hora lúdica diagnóstica. In C. A. Bosa & M. C. T. V. Teixeira (Orgs.), *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica* (p. 83–102). São Paulo: Hogrefe.

Bosa, C. A., & Salles, J. F. (2018). *Sistema PROTEA-R de avaliação do Transtorno do Espectro Autista [Manual]*. São Paulo: Vetor.

Bosa, C. A., & Teixeira, M. C. T. V. (2017). *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica* (1ª ed.). São Paulo: Hogrefe.

- Bosa, C. A., & Zanon, R. B. (2016). Psicodiagnóstico e Transtorno do Espectro Autista. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (p. 308–322). Porto Alegre: ArtMed.
- 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. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p194-205>
- Brasil. Lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. (1962). Portal Câmara dos Deputados. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4119-27-agosto-1962-353841-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Camargo, S. P. H., & Bosa, C. A. (2009). Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 65–74. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/08.pdf>
- Carter, M. T., & Scherer, S. W. (2013). Autism spectrum disorder in the genetics clinic: A review. *Clinical Genetics*, 83(5), 399–407. <https://doi.org/10.1111/cge.12101>
- Castro-Souza, R. M. (2011). *Adaptação brasileira do M-CHAT: Modified Checklist for Autism in Toddlers*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years — Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR. Surveillance Summaries*, 67(6), 1–23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2018). *Resolução nº 009/2018*. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Resolucao-CFP-n-09-2018-com-anexo.pdf>
- Cunha, J. A. (2003). *Psicodiagnóstico - V* (5ª Ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with Autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and*

Developmental Disorders, 38(38:1278). <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10803-007-0512-z>

- Domingues, S. F. da S. (2015). Uso da escala de tarefas em teoria da mente nas pesquisas brasileiras. *Boletim de Psicologia*, 65(143), 229–242. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Endres, R. G., Lampert, S. S., Schuch, J. B., Roman, T., & Bosa, C. A. (2015). O Fenótipo Ampliado do Autismo em genitores de crianças com Transtorno do Espectro Autista - TEA. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 285–292. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032268285292>
- Faja, S., Dawson, G., Sullivan, K., Meltzoff, A. N., Estes, A., & Bernier, R. (2016). Executive function predicts the development of play skills for verbal preschoolers with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 9(12), 1274–1284. <https://doi.org/10.1002/aur.1608>
- Ferreira, X., & Oliveira, G. (2016). Autismo e marcadores precoces do neurodesenvolvimento. *Acta Medica Portuguesa*, 29(3), 168–175. <https://doi.org/10.20344/amp.6790>
- Gao, R., Piguel, N. H., Melendez-Zaidi, A. E., Martin-de-Saavedra, M. D., Yoon, S., Forrest, M. P., ... Penzes, P. (2018). CNTNAP2 stabilizes interneuron dendritic arbors through CASK. *Molecular Psychiatry*, 1–19. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0027-3>
- Griesi-Oliveira, K., & Sertié, A. L. (2017). Transtornos do Espectro Autista: Um guia atualizado para aconselhamento genético. *Einstein*, 15(2), 233–238. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017RB4020>
- Grodberg, D., Weinger, P. M., Halpern, D., Parides, M., Kolevzon, A., & Buxbaum, J. D. (2014). The autism mental status exam: Sensitivity and specificity using DSM-5 criteria for Autism Spectrum Disorder in verbally fluent adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 609–614. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1917-5>
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F. degli, Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5),

635–644. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0007-8>

- Heck, V. (2014). *A influência das invasões ambientais nos sintomas de ansiedade infantil: Uma experiência de psicodiagnóstico interventivo*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: Uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), S3–S11. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>
- Kornblit, A. (2009). Por um modelo estrutural da hora do jogo diagnóstica. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Picollo (Orgs.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Krug, J. S. (2014). *Entrevista lúdica diagnóstica psicanalítica: Fundamentos teóricos, procedimentos técnicos e critérios de análise do brincar infantil*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Krug, J. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2016). Entrevista lúdica diagnóstica. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (p. 73–98). Porto Alegre: ArtMed.
- Krug, J. S., Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2016). Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (p. 16–20). Porto Alegre: ArtMed.
- Leekam, S. R., Nieto, C., Libby, S. J., Wing, L., & Gould, J. (2007). Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 894–910. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0218-7>
- Mannion, A., Brahm, M., & Leader, G. (2014). Comorbid Psychopathology in Autism Spectrum Disorder. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1(2), 124–134. <https://doi.org/10.1007/s40489-014-0012-y>
- Mateus, M. D., Mari, J. J., Delgado, P. G. G., Almeida-Filho, N., Barrett, T., Gerolin, J., ...

- Saxena, S. (2008). The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(12). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1107–1114. <https://doi.org/10.1016/J.RIDD.2009.06.003>
- Mundy, P. C., & Sigman, M. (1989). Specifying the nature of the social impairment in autism. In G. Dawson (Org.), *Autism: New perspectives on nature, diagnosis, and treatment* (p. 3–21). New York: Guildford.
- Mundy, P., Sullivan, L., & Mastergeorge, A. M. (2009). A parallel and distributed-processing model of joint attention, social cognition and autism. *Autism Research*, 2(1), 2–21. <https://doi.org/10.1002/aur.61>
- Oliveira, M. da S., & Rigoni, M. dos S. (2010). *Figuras Complexas de Rey: Teste de cópia e reprodução de memória de figuras geométricas complexas: manual profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pacífico, C., Paula, C., Namur, V., Lowenthal, R., Bosa, C. A., & Teixeira, M. C. T. V. ([s.d.]). Validity process of the Autism Diagnostic Observation Schedule: translation, cross-cultural adaptation for brazilian portuguese. *Trends in Psychiatry and Psychoterapy*.
- Paula, C. S., Belisário Filho, J. F., & Teixeira, M. C. T. V. (2016). Estudantes de psicologia concluem a graduação com uma boa formação em autismo? *Psicologia: Teoria e Prática*, 18(1), 206–221. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100016
- Pavarini, G., & Souza, D. de H. (2010). Teoria da mente, empatia e motivação pró-social em crianças pré-escolares. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 613–622. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000300019>
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1993). *A psicologia da criança*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Posar, A., & Visconti, P. (2018). Sensory abnormalities in children with autism spectrum

disorder. *Jornal de Pediatria*, 94(4), 342–350.
<https://doi.org/10.1016/J.JPED.2017.08.008>

Rigoni, M. dos S., & Sá, S. D. (2016). O processo psicodiagnóstico. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (p. 27–34). Porto Alegre: ArtMed.

Romeira, G. M. (2018). *Transtorno do espectro autista: estilo interativo do avaliador durante a hora lúdica diagnóstica*. Porto Alegre.

Romeira, G. M., Steyer, S., Bosa, C. A., & Semensato, M. R. (2018). Entrevista devolutiva do Sistema PROTEA-R de avaliação da suspeita de Transtorno do Espectro Autista e instruções para sua condução. In C. A. Bosa & J. F. Salles (Orgs.), *Sistema PROTEA-R de avaliação do Transtorno do Espectro Autista [Manual]* (p. 117–122). São Paulo: Vetor.

Ronald, A., & Hoekstra, R. A. (2011). Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 156(3), 255–274. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.31159>

Rutter, M., & Schopler, E. (1992). Classification of pervasive developmental disorders: Some concepts and practical considerations. *Journal Autism Developmental Disorder*, 22, 459–482.

Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C. M., & Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autism. *JAMA*, 311(17), 1770. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.4144>

Sanini, C., Brum, E. H. M. de, & Bosa, C. A. (2010). Depressão materna e implicações sobre o desenvolvimento infantil do autista. *Journal of Human Growth and Development*, 20(3), 809–815. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Sanini, C., Sifuentes, M., & Bosa, C. A. (2013). Competência social e Autismo: O papel do contexto da brincadeira com pares. *Psicologia: Teoria e Crítica*, 29(1), 99–105. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n1/12.pdf>

- Scaife, M., & Bruner, J. S. (1975). The capacity for joint visual attention in the infant. *Nature*, 253, 265. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/253265a0>
- Schaefer, G. B., Mendelsohn, N. J., & Professional Practice and Guidelines Committee. (2013). Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genetics in Medicine*, 15(5), 399–407. <https://doi.org/10.1038/gim.2013.32>
- Seabra, A. G., Bosa, C. A., & Dias, N. M. (2017). Funções executivas: Definição do constructo, principais alterações no Transtrono do Espectro Autista e instrumentos de avaliação no contexto nacional. In C. A. Bosa & M. C. T. V. Teixeira (Orgs.), *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica* (p. 179–204). São Paulo: Hogrefe.
- Semensato, M. R., & Bosa, C. A. (2014). Apego em casais com um filho com Autismo. *Fractal: Revista de Psicologia*, 26(2), 379–400. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/839>
- Semensato, M. R., & Bosa, C. A. (2017). Crenças indicativas de resiliência parental no contexto do Autismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e33416>
- Semensato, M. R., Schmidt, C., & Bosa, C. A. (2010). Grupo de familiares de pessoas com autismo: Relatos de experiências parentais. *Aletheia*, 32, 183–194. Recuperado de <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3532/2624>
- Silva, M. A. da, & Yates, D. B. (2017). A prática da supervisão em avaliação psicológica em casos de suspeita de Transtorno do Espectro Autista. In C. A. Bosa & M. C. T. V. Teixeira (Orgs.), *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica* (p. 43–62). São Paulo: Hogrefe.
- South, M., Schultz, R. T., & Ozonoff, S. (2011). Social cognition in ASD. In D. Fein (Org.), *The neuropsychology of autism*. New York: Oxford University Press.
- Steyer, S., Bosa, C. A., & Romeira, G. M. (2018). Entrevista de anamnese do Sistema PROTEA-R de avaliação da suspeita de Trasntrono do Espectro Autista e instruções para sua condução. In C. A. Bosa & J. F. Salles (Orgs.), *Sistema PROTEA-R de avaliação do Transtorno do Espectro Autista [Manual]* (p. 109–116). São Paulo: Vetor.

- Suarez, M. A. (2012). Sensory processing in children with Autism Spectrum Disorders and impact on functioning. *Pediatric Clinics of North America*, 59(1), 203–214. <https://doi.org/10.1016/J.PCL.2011.10.012>
- Teixeira, M. C. T. V., Mecca, T. P., & Silva, N. A. (2017). Funcionamento adaptativo no Transtrono do Espectro Autista: conceito e formas de avaliação. In C. A. Bosa & M. C. T. V. Teixeira (Orgs.), *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica* (p. 135–150). São Paulo: Hogrefe.
- Tomasello, M. (1999). *The cultural origins of human cognition*. Harvard University Press. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.
- Trentini, C. M., Yates, D. B., & Heck, V. S. (2014). *Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI): manual profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, S. M. (2001). Princípios éticos e deontológicos na avaliação psicológica. In L. Pasquali (Org.), *Técnicas de Exame Psicológico. Volume I: Fundamentos das Técnicas Psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, S. M. (2003). *DFH III O Desenho da Figura Humana: Avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras* (3ª ed). Campinas: Impressão Digital.
- Werlang, B. G. (2000). Entrevista lúdica. In J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico V* (5ª Ed). Porto Alegre: ArtMed.
- Werner, E., & Dawson, G. (2005). Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 889–895. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.889>
- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(1), 11–29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF01531288>
- Witternborn, J. R. (1999). Psychological assessment in treatment. In A. P. Goldstein & L. Krasner (Orgs.), *Handbook of psychological assessment* (2nd Ed.). New York: Pergamon.

- World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases 11th Revision. Recuperado 13 de setembro de 2018, de <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>
- Yates, D. B. (2016). Técnicas e modalidades de supervisão em psicodiagnóstico. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (p. 194–203). Porto Alegre: ArtMed.
- Yin, R. K. (2014). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (5ª ed). Porto Alegre: Bookman.
- Young, R. L., Brewer, N., & Pattison, C. (2003). Parental identification of early behavioural abnormalities in children with Autistic Disorder. *Autism*, 7(2), 125–143. <https://doi.org/10.1177/1362361303007002002>
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>
- Zaqueu, L. da C. C., Teixeira, M. C. T. V., Alckmin-Carvalho, F., & Paula, C. S. de. (2015). Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 293–302. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032243293302>
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., & Garon, N. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research*, 251, 133–146. <https://doi.org/10.1016/J.BBR.2013.04.004>

APÊNDICE 1

Entrevista Semiestruturada com a Escola

Paciente:

Psicopedagoga:

Escola:

Data:

Seguem as perguntas montadas pela avaliadora para o roteiro da entrevista:

1. Como são as relações do menino na escola? Tem amigos próximos?
2. Como é sua comunicação e interação social?
3. O menino é ativamente excluído pelos colegas na escola, de alguma forma? Se sim, como isso acontece?
4. Como é a brincadeira com os pares? E a brincadeira individual?
5. Como é a qualidade da brincadeira (explora de maneira adequada, coordenada, funcional e simbólica)?
6. Dirige o foco de atenção de outra pessoa (Atenção Compartilhada)?
7. Tem engajamento social (ex. Convida para brincadeiras sem objetos)?
8. Busca assistência?
9. Apresenta alguma dificuldade para manter-se em uma atividade (com ou sem interação social)?
10. Apresenta algum tipo de movimentos repetitivo ou estereotipado? Padrões ou interesses restritos?
11. Tem dificuldades de aprendizagem? Há alguma queixa da parte de colegas ou professoras?
12. O que o menino gosta e o que não gosta na escola?

ANEXO 1



CENTRO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA E ATENÇÃO À SAÚDE
CENTRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

AUTORIZAÇÃO PARA FILMAGEM OU GRAVAÇÃO DE ATENDIMENTO

Após ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para uso em pesquisa dos dados coletados em avaliação psicológica minha ou de meu dependente, autorizo:

- Filmagem
 Gravação de áudio
 Observação em sala de espelho da minha sessão de avaliação (ou de meu filho/a), no dia ___/___/___ para:

- uso exclusivo para levantamento de dados em supervisão (apenas o estagiário responsável pelo caso e seu supervisor poderão assistir/ouvir às gravações)
 Reprodução do áudio/vídeo em grupo de supervisão ou sala de aula para fins de ensino na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
 Uso para análises em pesquisas, garantindo-se o sigilo e anonimato do paciente.

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente (ou Responsável): _____

Nome por extenso do Responsável (caso se aplique): _____

Assinatura do Estagiário/Profissional: _____

Nome por extenso do Estagiário/Profissional: _____

Assinatura do Supervisor do caso: _____

Nome por extenso do Supervisor do caso: _____

Data: ___/___/___

Se tiver qualquer dúvida, poderei entrar em contato com o Centro de Avaliação Psicológica (CAP) UFRGS pelo telefone (51) 3308-5453 e obter informações com qualquer profissional do serviço que esteja disponível.

Rua Ramiro Barcelos, 2777 – 3º andar. Bairro Santana. CEP: 90035-007 | Porto Alegre, RS
E-mail: cipas@ufrgs.br | Fone: 3308-5453

ANEXO 2



CENTRO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA E ATENÇÃO À SAÚDE CENTRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por meio deste, declaro ter sido informado(a) adequadamente, de forma clara e detalhada, sobre o processo de avaliação que realizarei ou que meu dependente realizará nesta instituição e estou de acordo com os critérios listados a seguir:

- Autorizo a utilização dos materiais (testes, questionários, entrevistas, escalas) produzidos ao longo dos meus atendimentos e/ou do meu dependente para pesquisas que investigam o processo psicodiagnóstico através do estudo das informações fornecidas durante a avaliação psicológica, com o objetivo de:
 - (a) investigar o funcionamento do CAP;
 - (b) acompanhar os casos após as avaliações realizadas e investigar sobre motivos de desistências e abandonos do processo de avaliação;
 - (c) realizar estudos de caso sobre o funcionamento psicológico das pessoas que participaram de um processo de avaliação psicológica no CAP.
- Além disso, autorizo o contato dos profissionais do CAP mesmo após o término do processo de avaliação psicológica, caso haja necessidade, e me disponho a contribuir fornecendo informações adicionais para pesquisas com esse caráter.
- Estou ciente da possibilidade de colaborar em estudos acadêmicos permitindo que outras pessoas observem os atendimentos realizados comigo e/ou do meu dependente, caso haja necessidade.
- Entendo que, na possibilidade dos dados serem utilizados em pesquisas futuras, não haverá identificação dos participantes e se manterá o caráter confidencial das informações registradas a fim de manter a privacidade dos envolvidos.

Em relação aos meus direitos, estou ciente que será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Somado a isso, poderei obter esclarecimentos sobre o desenvolvimento das possíveis pesquisas desenvolvidas, bem como de seus resultados. É garantido o sigilo, assegurando a privacidade das informações. As pesquisas desenvolvidas não apresentarão riscos ou malefícios diante de minha participação.

Se tiver qualquer dúvida, poderei entrar em contato com o Centro de Avaliação Psicológica (CAP) UFRGS pelo telefone (51) 3308-5453 e obter informações com qualquer profissional do serviço que esteja disponível. Da mesma forma, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, no qual esse projeto foi aprovado, pelos telefones (51) 3308-5698 c/ Ricardo Rambo (Secretário) ou (51) 3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia).

Confirmo ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar das pesquisas que poderão ser desenvolvidas com as informações obtidas no processo de avaliação psicológica realizado comigo e/ou com meu dependente e por isso dou meu consentimento. Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Porto Alegre, de de 20

Assinatura do Participante ou Responsável

Assinatura do Profissional do CAP/UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2777 – 3º andar. Bairro Santana. CEP: 90035-007 | Porto Alegre, RS

E-mail: cipas@ufrgs.br | Fone: 3308-5453