UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Medicina

Curso de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso

Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de sujeitos com Transtorno do Espectro do Autismo: a importância da intervenção e do papel do psicólogo

Isadora Albrecht Pellegrini

Pelotas, 2016

ISADORA ALBRECHT PELLEGRINI

Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de sujeitos com Transtorno do Espectro do Autismo: a importância da intervenção e do papel do psicólogo

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: prof. Drª Rita de Cássia Morem Cóssio Rodriguez

Pelotas, 2016

ISADORA ALBRECHT PELLEGRINI

Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de sujeitos com Transtorno do Espectro do Autismo: a importância da intervenção e do papel do psicólogo

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Faculdade de Medicina, Curso de Psicologia, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa:

Banca examinadora:

Profª Drª. Rita de Cássia Morem Cóssio Rodriguez, Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profª. Msc. Maria da Graça Gonçalves Cunha Neves, Mestre em Letras pela Universidade Católica de Pelotas

Agradecimentos

Aos meus pais, que foram incansáveis no incentivo aos meus estudos, dedico essa conquista para eles.

Aos meus irmãos, meus companheiros, que mesmo em momentos distantes, estiveram sempre presentes e me apoiando.

Ao meu namorado, por todo amor, carinho, compreensão e paciência durante toda a minha trajetória universitária.

À minha família que sempre me incentivou a buscar meus objetivos.

Às minhas amigas, que perto ou longe, sempre estiveram presentes, incentivando e confiando no meu potencial.

Aos meus amigos, que a Psicologia me presenteou, pelo privilégio de tê-los ao meu lado nessa importantíssima etapa da vida.

Aos amigos do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cognição e Aprendizagem (NEPCA) pelas trocas, estudos e trabalhos, que sem dúvida, complementaram muito a minha caminhada acadêmica.

Aos meus mestres, por ensinarem a Psicologia pela qual sou apaixonada.

Às instituições que me permitiram a realização deste trabalho

À minha querida orientadora por todos esses anos de estudo, aprendizagem, orientação, supervisão, amizade, este Trabalho não teria acontecido se não fosse o incansável amor e incentivo dela à pesquisa.

Obrigada a cada um de vocês que contribuiu de forma única e muito significativa na minha vida.

Resumo

PELLEGRINI, Isadora Albrecht. **Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de sujeitos com Transtorno do Espectro do Autismo: a importância da intervenção e do papel do psicólogo**. 2016. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Medicina, Curso de Psicologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia que tem como objetivo refletir acerca de como são os processos de avaliação, diagnóstico, tratamento, intervenção e encaminhamento de pessoas que apresentam Transtornos do Espectro Autista, observando o papel do psicólogo, em duas instituições locais. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que aborda o conceito e a história do autismo, encaminhando-se para possíveis explicações e entendimentos desse transtorno de neurodesenvolvimento. Além disso, são detalhas as classificações, de acordo com os manuais atuais, e características diagnósticas de autismo. Maneiras de avaliar e diagnosticar também são analisados, bem como instrumentos utilizados, além de sugestões interventivas. A avaliação psicológica, ou seja, o psicodiagnóstico foi também abordado, junto com a sugestão de diversos testes psicológicos que podem compor esse processo. O trabalho apresenta metodologia quantitativa e qualitativa. Foi escolhido como método de pesquisa, o exploratório-descritivo e para a análise dos dados foi selecionado o método de análise descritivo-inferencial. Como resultados de pesquisa, observou-se que a maior parte dos sujeitos, quando receberam o diagnóstico de autismo, tinham 3 anos. A avaliação diagnóstica é composta majoritariamente pela observação clínica, seguida de aplicação de instrumentos, tais como ASQ, M-CHAT e CARS. Em relação às intervenções para autistas, o Atendimento Educacional Especializado e a Estimulação Precoce são oferecidos a todos os alunos atendidos em uma das instituições, a idade do sujeito é o que determina qual atendimento será oferecido. Educação Física, Tecnologia Assistiva, Arteterapia, Ludoterapia e Psicomotricidade são também as principais atividades oferecidas na mesma instituição. O tratamento medicamentoso contempla 64 sujeitos, o que demonstra alto índice de medicação para sintomas considerados inadequados, uma vez que o TEA não tem cura. A partir do estudo realizado, percebeu-se que a avaliação diagnóstica não é realizada por equipes multiprofissionais, conforme é sugerido na literatura. Além disso, foi observado que as intervenções são oferecidas aos alunos não só conforme a necessidade deles, mas também de acordo com a disponibilidade do local, tanto de horários quanto de profissionais. Em relação ao papel do psicólogo foi concluído que não há a participação desse profissional em ambas as instituições, em se tratando de avaliação diagnóstica ou intervenção psicológica. A participação da Psicologia ocorre somente junto às famílias dos sujeitos com autismo. Entretanto, foi salientada a necessidade do psicólogo junto às equipes.

Palavras-chave: transtorno do espectro autista; avaliação diagnóstica; avaliação psicológica; intervenção psicológica

Abstract

PELLEGRINI , Isadora Albrecht. **Evaluation, diagnosis and intervention of individuals with Autism Spectrum Disorder: the importance of intervention and the psychologist's role**. 2016. 66p Course Conclusion Work - Faculty of Medicine, Psychology Course, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2016

This is a Course Conclusion Work of Psychology that aims to reflect on how it is evaluation procedures, diagnosis, treatment, intervention and referral of people with Autism Spectrum Disorder, watching the psychologist's role in two local institutions. Initially, a literature search was conducted, which addresses the concept and the history of autism, referring to possible explanations and understandings of this neurodevelopmental disorder. Moreover, the deta are rated in accordance with current manual and diagnostic characteristics of autism. Ways to assess and diagnose are also analyzed, as well as instruments used, and interventional suggestions. Psychological assessment, it means the psychodiagnostic, it was also addressed, along with the suggestion of several psychological tests that can make this process. The work presents quantitative and qualitative methodology. Was chosen as a research method, exploratory-descriptive and the data analysis was selected the method of descriptive and inferential analysis. As search results, it was observed that most subjects, when they received the diagnosis of autism, were 3 years. The diagnostic evaluation is mostly composed by clinical observation, followed by application of instruments such as ASQ, M-CHAT and CARS. Regarding interventions for autism, the Care Specialized Education and Early Stimulation are offered to all students who attend one of the institutions, the age of the child is what determines which service will be offered. Physical Education, Assistive Technology, art therapy, play therapy and psychomotor therapy, they are also the main activities offered at the same institution. Drug treatment includes 64 people, demonstrating high medication rate for symptoms considered inadequate, since the TEA has no cure. From the study, it was observed that the diagnostic evaluation is not carried out by multidisciplinary teams, as suggested in the literature. Moreover, it was observed that the interventions are offered to students not only as their need, but also according to the local availability , both times as professionals. Regarding the role of the psychologist, it was concluded that there is no participation of this professional in both institutions, in the case of diagnostic evaluation and psychological intervention. Participation of psychology is with the families of individuals with autism. However, it was stressed the need of psychologist with the teams.

Keywords: autism spectrum disorder; diagnostic evaluation; psychological evaluation; intervention; psychological intervention

Lista de Tabelas

Tabela 1 Estado da Arte.....15
Tabela 2 Nível de Gravidade e Apoio (DSM-5).....17

Lista de Abreviaturas e Siglas

ASA	Associação Americana de Autismo
APA	Associação Americana de Psiquiatria
AMPARHO	Associação de Amigos, Mães e Pais de Autistas e Relacionados com Enfoque Holístico
AEE	*Atendimento Educacional Especializado*
ABC	*Autism Behavior Checklist [Lista de checagem de comportamento autístico]*
ADI	*Autism Diagnostic Interview* [Entrevista diagnóstica para autismo]
ADI-R	*Autism Diagnostic Interview-Revised* [Entrevista diagnóstica para autismo revisada]
ADOS	*Autism Diagnostic Observation Schedule* [Protocolo de observação para diagnóstico de autismo]
ASQ	*Autism Screening Questionnaire* [Questionário de Triagem de Autismo]
AI	*Autismo Infantil*
BSID-II	*Bayley Scales of Infant Development*
BVS-PSI	Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention [Centros de Controle e Prevenção de Doenças]*
CHAT	*Checklist for Autism in Toddlers* [Escala para rastreamento de autismo em crianças com até 3 anos]
CARS	*Childhood Autism Rating Scale* [Escala de avaliação para autismo infantil]
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ATA	*Escala d'avaluació dels Trests Autistes* [Escala de avaliação de traços autistas]
AGF	Escala de Avaliação Global de Funcionamento
WISC-IV	Escala de Inteligência de Wechsler – quarta edição

DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
M-CHAT	*Modified Checklist for Autism in Toddlers* [Escala para rastreamento de autismo modificada]
NEPCA	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cognição e Aprendizagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEDI	*Pediatric Evaluation of Disability*
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SA	Síndrome de Asperger
SNAP-IV	Swanson, Nolan e Pelham-IV
TAT	Teste de Apercepção Temática
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
MÉTODO TEACCH	Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados com a Comunicação
USP	Universidade de São Paulo
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WAIS-IV	*Wechsler Adult Intelligence Scale*
WPPSI-III	*Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (third edition)*

Sumário

1 INTRODUÇÃO 11

2 REVISÃO DE LITERATURA 13

2.1 ESTADO DA ARTE 13

2.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO 14

2.3 ENTENDIMENTOS E EXPLICAÇÕES DO TEA 18

2.4 AVALIAÇÕES E DIAGNÓSTICO DE SUJEITOS COM SUSPEITA DE TEA 22

2.5 AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA E O PAPEL DO PSICÓLOGO NO DIAGNÓSTICO DE TEA 30

3 METODOLOGIA 37

4 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS 39

4.1 DADOS COLETADOS NO AMBULATÓRIO DE NEURODESENVOLVIMENTO 39

4.1 ENTREVISTA NO AMBULATÓRIO DE NEURODESENVOLVIMENTO 42

4.2 ENTREVISTAS DO CENTRO 43

4.2.1 Entrevista com a direção do Centro 43

4.2.2 Entrevista com a psicóloga 45

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 47

CONSIDERAÇÕES FINAIS 53

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 55

ANEXO 60

APÊNDICES 62

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende dar seguimento à pesquisa intitulada “Processos Mentais e de Aprendizagem de Sujeitos com Síndrome de Asperger” desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cognição e Aprendizagem, cuja participação iniciou no ano de 2012 e se mantém na atualidade como bolsista PBIP/UFPel. Entre o fim do ano de 2013, e início de 2014, como uma das etapas da pesquisa, foi realizado um levantamento de dados de todas as crianças com suspeita ou diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) em um Ambulatório de Neurodesenvolvimento da cidade. Tal perspectiva buscou avançar em aspectos apontados em etapas anteriores da pesquisa que haviam demonstrado a carência de pesquisas específicas no campo do autismo, bem como a necessidade de tanto os profissionais da área da saúde quanto da educação na temática, principalmente no que se refere à identificação, diagnóstico, proposições de intervenção e atuação que possibilitem avanços no desenvolvimento, inclusão e escolarização dos sujeitos que apresentem TEA. Foi proposto como Trabalho de Conclusão de Curso, um novo levantamento dos sujeitos atendidos no Ambulatório, tendo em vista a criação de legislações e de um Centro de Referência em Atendimento ao Autista, ou seja, houve mudanças significativas para o atendimento e intervenção de sujeitos com TEA. Sendo assim, pretende-se analisar o quanto o Centro tem proporcionado intervenções para os sujeitos com TEA atendidos no Ambulatório, principalmente enfocando ao trabalho da Psicologia. Além da atualização dos dados, pretende-se analisar quantos sujeitos foram diagnosticados nos anos de 2014 e 2015, quais são as formas de avaliação, diagnóstico, tratamento, intervenção e encaminhamentos propostos pelo Ambulatório. Por fim, pretende-se observar a importância do atendimento psicológico aos sujeitos com TEA e suas famílias, buscando compreender o papel do psicólogo nestes contextos.

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo geral analisar os processos de avaliação, diagnóstico, tratamento, intervenção e encaminhamento de pessoas com TEA, atendidas no Ambulatório e Centro, compreendendo o papel do

psicólogo nestes contextos. Além disso, foram elencados três objetivos específicos, são eles: comparar o número de diagnósticos e idade dos sujeitos atendidos no Ambulatório nos últimos anos; analisar os tratamentos e intervenções dos sujeitos com TEA, no Ambulatório e no Centro e pesquisar o número de atendimento psicológico para os sujeitos e famílias, tanto oferecido pelo Centro quanto pelo Ambulatório. Como problema de pesquisa, pretende-se responder as seguintes questões: como estão sendo realizados as avaliações, diagnósticos, tratamentos, intervenções e encaminhamentos no Ambulatório; como o Centro avalia e encaminha os sujeitos para os seus serviços; o atendimento psicológico é requisitado e qual sua importância.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ESTADO DA ARTE

Para a realização do Estado da Arte (tabela 1), que visa estabelecer um panorama das produções científicas no campo em estudo, foram selecionados os seguintes indicadores para busca: diagnóstico e autismo; avaliação e autismo; intervenção psicológica e autismo. As obras foram buscadas nos bancos de teses e dissertações da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Universidade de São Paulo (USP), além da Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil (BVS-PSI), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e dos Periódicos da CAPES, entre os de 2012 e 2015, apresentadas em um total de 226 trabalhos coletados. Destes, 9 foram selecionados para aprofundamento, tendo em vista apresentarem aspectos específicos de interesse deste trabalho e da análise teórica intencionalizada.

Tabela 1:

	UFRGS	UFSM	BVS	USP	SciELO	Per. Capes	Total	Selecionados para estudo
Diagnóstico e autismo	0	0	47	24	25	15	143	8
Avaliação e autismo	1	0	24	19	23	14	82	1
Intervenção psicológica e autismo	0	0	1	0	0	0	1	0

A partir da análise oportunizada pelo Estado da Arte e aprofundamento teórico das obras referenciadas, apresenta-se a seguir a revisão de literatura propriamente dita, subdividida em quatro sub-capítulos, a saber: Transtorno do Espectro do Autismo, Entendimentos e Explicações do TEA, Avaliações e Diagnóstico de Sujeitos com Suspeita de TEA e Avaliação e Intervenção Psicológica e o Papel do Psicólogo no Diagnóstico de TEA.

2.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Leo Kanner, em 1943, descreveu pela primeira vez o autismo, através de seu artigo "*Autistic disturbances of affective*" [Distúrbios autísticos de contato afetivo]. Seu trabalho foi realizado com 11 crianças, entre os 2 anos e meio e 8 anos. Nesse artigo Kanner delineou as características clínicas da afecção, a saber, retraimento autístico, necessidade de imutabilidade, estereotipias, distúrbios da linguagem, inteligência e desenvolvimento físico. (Ferrari, 2012)

Paralelamente à Kanner, Hans Asperger (1944), pediatra austríaco, desenvolvia sua tese de doutorado "*Die Autistischen Psychopathenin Kindesalter*", na qual descrevem crianças com perturbações idênticas as citadas por Kanner, ressalta-se que Asperger não havia conhecimento do trabalho anterior. Indo além nos seus estudos, Asperger institui uma nova síndrome, *Asperger syndrome*, que foi posteriormente nomeada por Wing. As competências linguísticas e cognitivas são as principais diferenças do que havia sido definido por Kanner, uma vez que são mais elevadas do que em crianças com autismo clássico. (Rodriguez, 2014; Lima, 2012)

Em 1969, Lorna Wing, pesquisava indicadores que pudessem demarcar o desenvolvimento atrasado do autismo. Foram delimitadas quatro condutas de risco para o autismo, são elas "extremos na manifestação do humor, relação social anormal, contato pelo olhar anormal e interesses não usuais." (Araújo, p.179, 2011). Posteriormente, o conceito "Transtornos do Espectro do Autismo" (TEA) foi desenvolvido por Wing e Gould, em 1979, sendo estabelecida a tríade de prejuízos do Autismo Infantil, a saber, sociabilidade, comunicação e linguagem e padrão alterado do comportamento. O objetivo maior da conceptualização do TEA é firmar a

ideia de que esses sintomas podem acometer os sujeitos em variados graus de intensidade, além de serem manifestados de variadas formas. (Sato, 2008)

Com o passar dos anos e os avanços nos estudos sobre o autismo, não só o conceito de Autismo Infantil sofreu alterações, mas também as possíveis causas. Ou seja, o autismo deixou de ser uma doença com causas parentais para ser considerado como um transtorno do desenvolvimento de causas neurobiológicas. É essencial ressaltar que não há um único marcador biológico que esteja presente em todos os casos diagnosticados com TEA, e há a possibilidade de isso não acontecer, visto que já foram identificadas diversas “causas” para o transtorno (Schwartzman, 2011). Conforme aponta Rodriguez (2014) e Frith (2012), teorias psicogenéticas, teorias biológicas e teorias cognitivas procuram explicar o TEA, contudo estudos atuais apontam para a multiplicidade de fatores e causas, sugerindo, então, uma interação entre fatores genéticos e ambientais.

Acredita-se que a utilização de critérios descritivos permita a uniformização da terminologia, além de permitir identificação relativa de pacientes com quadros clínicos parecidos (Schwartzman, 2011). Sendo assim, existem três definições de autismo reconhecidas no meio médico, a da ASA (Associação Americana de Autismo), a da OMS (Organização Mundial da Saúde), e da Associação Americana de Psiquiatria (APA), através do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), que analisa o autismo dentro de uma categoria mais abrangente dos Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Segundo a ASA (1978), o autismo é considerado como uma inadequacidade no desenvolvimento e é manifestado por toda a vida. Geralmente, os sintomas aparecem nos três primeiros anos de vida. Vinte entre cada dez mil nascidos é a prevalência encontrada, além de ser quatro vezes mais comum no sexo masculino do que no feminino. O autismo é encontrado em famílias de qualquer configuração racial, étnica e social no mundo todo. Em 2012, os CDC *(Centers for Disease Control and Prevention)* [Centros de Controle e Prevenção de Doenças], publicaram que a prevalência de casos de TEA, nos Estados Unidos, em crianças com 8 anos de idade, é de uma para sessenta e oito, e o TEA ainda é muito mais comum em meninos do quem em meninas.

O Autismo Infantil (AI), pela OMS, encontra-se na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), de 1991, sendo incluído no grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, junto com Autismo Atípico, Síndrome de Rett, Outros Transtornos Desintegrativos da Infância, Transtorno de Hiperatividade associado a Retardo Mental e Movimentos Estereotipados, Síndrome de Asperger, Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento e o Transtorno Global do Desenvolvimento Não Especificado. A definição de AI é de uma perturbação global do desenvolvimento que envolve desenvolvimento anormal ou alterado, que seja manifestado antes dos 3 anos de idade, além de apresentar comprometimento no funcionamento de três domínios, sendo interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo.

O DSM, em sua quarta edição, de 1994, apresenta os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento que abarcam o Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Esses transtornos são caracterizados por prejuízo severo e invasivo em diversos domínios, a saber, habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesse e atividades estereotipados.

Sendo assim, considera-se o autismo como um transtorno do desenvolvimento, no qual os sujeitos apresentam comprometimentos em três grandes áreas, são elas: interação social, comunicação e linguagem, e comportamentos. (Schwartzman, 2011).

Entretanto, em 2013, com a publicação do DSM-5, o autismo sofreu algumas alterações, sendo encontrado, então, dentro dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, o Transtorno de Espectro Autista (TEA). O TEA é dividido em três níveis (leve, moderado e severo), exceto a Síndrome de Rett, que mantém a nomenclatura anterior. Pires (2007) concorda com a nova nomenclatura, uma vez que a autora defende que existe vários autismo, pois cada indivíduo com autismo é singular, além de que o diagnóstico não é homogêneo, ou seja, muitas são as diferentes manifestações dentro do espectro. Por outro lado, é muito complexa a abrangência do termo “autismo”, pois existem muitas patologias diferentes que

podem ser confundidas com os TEA, sendo assim, é ressaltada a importância do diagnóstico diferencial (Assumpção Jr., 2014).

Além das modificações de nomenclatura apresentadas, o DSM-5 alterou os critérios diagnósticos do autismo. O DSM-IV apresentava três categorias diagnósticas (prejuízo social, linguagem e comunicação, comportamentos repetitivos e restritos), com a atualização, utilizam-se somente duas categorias: dificuldades na comunicação persistente e interação social e padrões de comportamentos restritos e repetidos. Na área de comunicação estão inseridas as dificuldades na reciprocidade sócio-emocional, que são utilizados, a partir da comunicação não verbal, para a interação social. Além de preverem tipos de padrões repetitivos de comportamento "movimentos estereotipados ou não, motores repetitivos, insistência ou adesão inflexível a rotinas, hiper ou hipossensibilidade sensoriais, interesses incomuns em aspectos sensoriais do meio ambiente" (Rodriguez, 2014). Com o objetivo de realizar uma avaliação mais completa do indivíduo diagnosticado com TEA, a partir das modificações do DSM-5 citadas anteriormente, Reis, Pereira e Almeida (2013) criaram e validaram um instrumento que contempla quatro domínios, são eles: interação, comunicação verbal e não-verbal, comportamento e interesses repetitivos e o processamento sensorial. A inclusão do quarto domínio, o processamento sensorial, é justificada devido a grande frequência de disfunções nessa área em indivíduos com TEA. Além disso, o instrumento, criado dentro do contexto português, integra diversas características a serem avaliadas em contextos naturais aos sujeitos, a partir da avaliação de seus pais e profissionais envolvidos.

Através disso, foram excluídas subcategorias do DSM-IV, passando a ser embasado no nível de apoio que o sujeito requer através da gravidade (tabela 2). Apesar das modificações ocorridas, é salientada a necessidade de discussões acerca das mesmas, além de avançar nos atendimentos multidisciplinares, levando em consideração a subjetividade de cada sujeito e a diversidade de fatores que podem ser associados ao surgimento do TEA. (Rodriguez, 2014)

Tabela 2:

Nível de gravidade e apoio (DSM-5)

Nível de gravidade	Apoio
Nível 3	Apoio muito substancial
Nível 2	Um apoio substancial
Nível 1	Necessita de apoio

Fonte: adaptado por RCMCR, 2014

Foi optado por utilizar a terminologia encontrada no CID-10, devido a facilidade de descrição de cada subcategoria, além de que é através desse manual, realizados os laudos diagnósticos. De acordo com o Decreto nº 8.368 de 02 de dezembro de 2014, fica definida a CID-10 como manual padrão de diagnóstico.

2.3 ENTENDIMENTOS E EXPLICAÇÕES DO TEA

Como ainda não existem causas conhecidas sobre os TEA, a seguir serão apresentadas algumas formas de entender esse universo. Inicialmente, será trabalhada a Teoria da Mente, seguida pelo entendimento psicanalítico, e, por fim, possíveis conclusões genéticas. Araújo (2011) corrobora esse pensamento, e ainda, completa, afirmando que as compreensões, principalmente psicodinâmicas, sofreram grandes mudanças desde Leo Kanner e Hans Asperger até os dias de hoje. Reconhece-se que não há uma explicação única para os TEA, sendo assim, vem-se abrindo não só um leque de possibilidades de se pensar hipóteses, mas também novas propostas terapêuticas.

A Teoria da Mente, para Surian, é a capacidade que

> todas as crianças com desenvolvimento típico adquirem nos primeiros anos de vida, não é, porém, necessariamente um conhecimento consciente. Às vezes é um conhecimento tácito, implícito, semelhante aos conhecimentos gramaticais: noções sobre as quais a criança não sabe refletir conscientemente, mas que, entretanto, orientam seus processos de compreensão e ação. (Surian, p. 59, 2010)

Existe um modelo explicativo de Teoria da Mente proposto por Baron-Cohen (1996, apud Caixeta e Nitrini, 2002 apud Monteiro, Queiroz e Rössler, 2010) que compreende quatro módulos cerebrais que propiciam a leitura mental, a saber,

módulo de intencionalidade, direção do olhar, atenção compartilhada e teoria da mente.

A partir de pesquisas realizadas por Frith e Baron-Cohen (1984 apud Araújo, 2011), verificou-se que, as crianças com TEA apresentam comprometimentos para atribuir estados intencionais aos outros. Cabe salientar que “estados intencionais são todos os estados mentais com conteúdo e, não apenas o estado particular de ter uma intenção de agir. Correspondem a estados intencionais com conteúdo: acreditar em algo, esperar algo, desejar algo.” (Araújo, p. 185). Ou seja, as crianças com TEA, incluindo aquelas que têm a inteligência preservada, tem um déficit na aquisição da Teoria da Mente. Estudos de Caixeta e Nitrini (2002 apud Monteiro, Queiroz e Rössler, 2010) afirmam que sujeitos com Síndrome de Asperger demonstram dificuldades significativas no entendimento dos estados mentais de terceiros. Klin et al. (2002 apud Araújo 2011), encontraram como resultados de uma pesquisa que sujeitos com TEA utilizam estratégias compensatórias para conseguirem reconhecer faces e as expressões respectivas.

Essa dificuldade gera prejuízo no desenvolvimento da representação simbólica e do comportamento social, uma vez que a capacidade de representar estados mentais alheios (metarrepresentação) encontra-se alterada. Além de prejudicar a compreensão dos estados mentais alheios, esse déficit na Teoria da Mente compromete também o entendimento dos próprios estados mentais. Araújo (2011) aponta que perceber o estado afetivo, ou seja, a autoavaliação, que a Teoria da Mente propõe, em sujeitos com TEA é prejudicada. Existem estudos que apontam controvérsias quanto ao reconhecimento de emoções consideradas básicas, que são: alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa e angústia, através de emoções faciais ou vozes gravadas. “Entretanto, todos os estudos que buscavam avaliar o reconhecimento de emoções complexas e estados mentais complexos em pessoas com TEA encontram evidencia de dificuldade no reconhecimento de emoções”. (Araújo, p. 189, 2011). A autora entende por emoções complexas como a atribuição tanto de uma emoção quanto de um estado cognitivo simultâneo e que depende do contexto e da cultura.

Foi Happé (1993 apud Araújo, 2011) quem demonstrou que os déficits na Teoria da Mente afetam a compreensão dos aspectos pragmáticos e não literais na

linguagem, pois é sabido que a metáfora, para sujeitos com autismo, é algo muito difícil de ser entendido. Tanto os sujeitos com Síndrome de Asperger, quanto os autistas de alto funcionamento, são capazes de compensar diversas de suas dificuldades com a Teoria da Mente, por volta do fim da infância, devido à inteligência preservada e por possuírem capacidades verbais.

Baron-Cohen (s.d. apud Surian 2010) afirma que não só há déficits na teoria da mente, mas também na capacidade empatia dos sujeitos. A empatia é a competência de reconhecer, raciocinar e atribuir estados mentais a terceiros ou até mesmo antecipá-los, além de ser responsável pela reação apropriada às situações em que estejam envolvidas emoções e estados mentais. Sendo assim, é possível compreender a ausência de reações e reciprocidade emocionais ou empáticas dos sujeitos com autismo.

Por outro lado, a psicanálise durante muitos anos vem estudando o autismo, buscando compreendê-lo e aprimorando formas de intervenção terapêutica. Para que seja possível entender o prisma dessa linha teórica, é necessário, primeiramente, descrever o desenvolvimento “normal” de um bebê. Quando o bebê nasce, ele estabelece com a mãe (ou cuidador) uma relação afetiva, na qual há uma intensa troca de expressões não verbais do bebê e o recebimento e entendimento dessas pela mãe, que proverá os cuidados adequados a ele. Sendo assim,

> além da função provedora, a mãe se oferece como uma mente pensante, capaz de dar sentido às emoções que o bebê projeta, recebendo angústias terríveis [...], aliviando-o delas com cuidados adequados – o que inclui necessariamente uma sintonia afetiva muito especial. A parte inicial desta sintonia, apoiada na intuição, é uma experiência quase física, imediata, seguida da palavra, mas não intermediada por ela. Simultaneamente a essas vivências tão cruas, o bebê vai sendo inserido pela mãe, ela mesma um ser falante e pensante, no universo simbólico da linguagem. E se tudo correr bem será nessa relação afetiva com sua mãe que o bebê vai adquirir uma crescente capacidade de linguagem. (Barros, p. 29, 2011)

Todavia, nos casos de autismo, o bebê é confrontado com uma realidade de separação dessa mãe, e por não possuir os mecanismos de defesa necessários para suportar essa perda, ele defende-se de forma extrema, suspendendo a vida mental. Essa separação é vivida de forma tão traumática, que o bebê sente que perdeu uma parte si, pois no estágio em que isso aconteceu, ele ainda não percebia a mãe como outro ser, mas sim uma simbiose entre mãe e filho. Tustin (s.d. apud Amy, 2001) afirma que o “desenvolvimento psicológico “havia sido paralisado, em

um estágio precoce da vida do bebê, por uma tomada de consciência traumática da separação do corpo da criança do da mãe.””. Nesse momento, o bebê sente uma angústia, chamada angústia de aniquilamento, que é a dificuldade em introjetar o objeto continente, no caso, a mãe. E é através da autossensualidade que o bebê procura preencher o vazio que sente, devido à perda do seu objeto, que era considerado parte de si mesmo.

Além dos entendimentos de TEA que foram apresentados, é possível e importante levar em conta questões genéticas para explicações de autismo. Diversas pesquisas genéticas objetivam determinar qual ou quais genes podem ser os responsáveis pelo TEA, entretanto ainda não foi descoberta uma causa para o autismo. Surian (2010) aponta que embora possa haver fatores genéticos, o ambiente também contribui para o surgimento do TEA, ou seja, não se sabe qual a intensidade e modalidade que tanto fatores genéticos como ambientais influenciam para o desenvolvimento do TEA. Acredita-se que há alguma herança genética, visto que estudos apontam que características dos indivíduos com TEA são também encontrados nos pais deles, porém a maneira como ocorre à transmissão genética ainda é desconhecida. Surian afirma que

> o papel dos componentes genéticos na etiopatogênese autista é já certo, e o autismo é considerado um dos distúrbios do desenvolvimento em que esse papel é mais forte. Todavia, não se conhecem ainda os genes responsáveis. É, porém, aconselhável usar o plural porque é muito improvável que exista só um gene patogênico (Surian, p. 51, 2010)

Conclui-se então que há um modelo poligênico que intervém na causa do TEA, além de fatores ambientais. Ferrari (2012) sugere que a interação ambiental poderia estimular as predisposições genéticas e consequentemente ao desenvolvimento do TEA. Brunoni (p. 62, 2011) entende que há a “superindicação de exames laboratoriais, muitos deles incessíveis a amplos contingentes da população”, incluindo-se aqui os genéticos. Sendo assim, devido ao desconhecimento de causas genéticas determinadas para o TEA, o imprescindível para a realização do diagnóstico é a avaliação multiprofissional.

Existem estudos dos sistemas límbico-corticais frontais e temporais dos sujeitos com TEA, a partir de exames de neuroimagem. A amígdala e o giro fusiforme, são áreas cerebrais ligadas a cognição social e ao reconhecimento de faces, respectivamente, apresentaram menor ativação em pessoas diagnosticadas

com autismo, em comparação com pessoas de desenvolvimento “normal” (Nunes e Serra-Pinheiro, 2011)

2.4 AVALIAÇÕES E DIAGNÓSTICO DE SUJEITOS COM SUSPEITA DE TEA

Assumpção Jr. (p. 11, 2013) entende que realizar um diagnóstico “é reconhecer algo, uma patologia ou um indivíduo enfermo com um propósito específico, em nosso caso, clínico com finalidade terapêutica, isso com o intuito de agilizar e tornar mais eficazes os encaminhamentos e os tratamentos propostos.”.

Para se realizar o diagnóstico de TEA, sugere-se que sejam feitas diversas avaliações, por exemplo, clínica, psicológica, fonoaudiológica e pedagógica. Ou seja, há o reconhecimento de que é necessária uma equipe multiprofissional que atue junto ao sujeito com suspeita de TEA. Foucault (2015) corrobora esse pensamento, uma vez que defende que para se diagnosticar o sujeito, além de observar os sintomas, neste caso os do TEA, é necessário também olhar para o todo. Devido a grande variação do espectro autista, a construção diagnóstica é extremamente difícil e complexa, pois o autismo pode ser confundido ou associado a diversas patologias (Assumpção Jr., 2013).

Não obstante, para que a avaliação possa ser compreendida pelos pais e educadores, aos profissionais envolvidos é indicado integrar e consolidar todas as informações coletadas, a fim de repassar um quadro simples e coeso do sujeito e das suas especificidades. É recomendado também, para uma avaliação completa, além do histórico da criança, informações acerca dos comportamentos característicos delas, podendo ser observados em ambientes não só estruturados, mas também naturais a eles. A participação e observação dos pais são ideais nesse processo avaliativo (Saulnier, Quirmbach, Klin, 2011). Dessa forma, o sujeito será avaliado de forma global, e se assim diagnosticado com TEA, terá os tratamentos e intervenções específicos, de acordo com sua singularidade. Barros (2011) afirma que cada criança autista tem sua personalidade, potencialidades e déficits. Portanto, salienta-se a importância de uma equipe multiprofissional que possa articular e orientar as intervenções mais adequadas. Foram elencados quatro fatores que

podem gerar atraso na realização do diagnóstico: “variabilidade na expressão dos sintomas do TEA; limitações da própria avalição de pré-escolares [...]; a falta de profissionais treinados/habilitados para reconhecer as manifestações precoces do transtorno; e a escassez de serviços especializados.” (Skilos e Kerns, 2007 apud Zanon, Backes, Bosa, 2014)

Jendreieck (2014) aponta a importância da realização do diagnóstico precoce, e aborda a dificuldade diagnóstica como um propiciador de atraso nos encaminhamentos para atendimentos específicos à criança, uma vez que quanto mais cedo for às intervenções melhores serão as condições para o sujeito se desenvolver. Além disso, Jendreieck sugere que as consultas médicas sejam mais frequentes e prolongadas e que sejam realizadas conversas com os profissionais envolvidos com a criança, isso permite maior conhecimento da criança e de sua família.

Corroborando esse pensamento, Silva (2011) afirma que

> Ainda não há cura para as PEA [*perturbações do espectro do autismo]*, mas um diagnóstico precoce e uma intervenção atempada, durante a fase de maior plasticidade cortical e consequentemente fase do maior potencial evolutivo, podem alterar o curso do desenvolvimento e o futuro das pessoas com autismo. (Silva, 2011, p. 6)

Devido ao fato de que o presente trabalho é da área da Psicologia, serão abordados alguns processos de realização de avaliação, diagnóstico e intervenção psicológica. Além de refletir a importância do papel do psicólogo dentro da equipe multiprofissional.

Para a realização do diagnóstico de TEA é realizado uma avaliação essencialmente clínica, visto que não existem exames ou testes específicos que comprovem o TEA. Sendo assim, há uma tendência para a criação de instrumentos, sejam eles escalas ou questionários, proporcionando, então, parâmetros mensuráveis que servem como ferramentas ao profissional que está avaliando o sujeito. Esses instrumentos têm como finalidade orientar o profissional no raciocínio clínico-investigativo (Sato, 2008). Com isso, é de suma importância uma avaliação completa (anamnese e observações clínicas) e multiprofissional. Assumpção Jr. (2014) sugere que se tenha o cuidado de escolher instrumentos confiáveis e válidos.

Existem, atualmente, escalas que auxiliam o profissional a avaliar um sujeito com suspeita de TEA, são elas: *Autism Screening Questionnaire* [Questionário de Triagem de Autismo] (ASQ), *Childhood Autism Rating Scale* [Escala de avaliação para autismo infantil] (CARS), *Modified Checklist for Autism in Toddlers* [Escala para rastreamento de autismo modificada] (M-CHAT), *Autism Behavior Checklist* [Lista de checagem de comportamento autístico] (ABC), *Autism Diagnostic Interview* [Entrevista diagnóstica para autismo] (ADI), *Autism Diagnostic Observation Schedule* [Protocolo de observação para diagnóstico de autismo] (ADOS), *Checklist for Autism in Toddlers* [Escala para rastreamento de autismo em crianças com até 3 anos] (CHAT), *Escala d'avaluació dels Trests Autistes* [Escala de avaliação de traços autistas] (ATA) e *Autism Diagnostic Interview-Revised* [Entrevista diagnóstica para autismo revisada] (ADI-R). Lebovici e Mazet (1991) afirmam que as conclusões que essas escalas fornecem não podem, em hipótese alguma, ser interpretadas de forma isolada ou dissociada, necessitando, então, de avaliações multiprofissionais.

A seguir serão descritas somente três escalas, ASQ, CARS e M-CHAT. A escolha das escalas ocorreu devido à maior utilização das mesmas no local de pesquisa, ou seja, os profissionais que realizam as avaliações no Ambulatório tem como procedimento padrão o auxílio desses instrumentos, de acordo com a pesquisa anterior.

O ASQ é composto por 40 questões, autoaplicáveis, e deve ser respondido pelos pais ou responsáveis do paciente. O desenvolvimento do sujeito, hábitos de vida desde a infância até o momento da avaliação são aspectos presentes no questionário, além de incluir as três grandes áreas de prejuízo do Autismo Infantil (sociabilidade, linguagem e comportamento). O questionário foi traduzido e adaptado à cultura brasileira por Sato (2008).

Desenvolvida ao longo de 15 anos, a escala CARS, a partir de seus resultados, distingue casos de autismo leve, moderado e grave, e também diferencia crianças com TEA e com retardo mental. A escala pode ser aplicada em crianças de todas as idades, preferencialmente a partir dos 02 anos. A CARS é composta por 15 itens, sendo divididos em 14 áreas que geralmente são afetadas pelo TEA, além de mais uma categoria geral de impressão de autismo. Esses itens incluem as seguintes categorias:

> relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. (Pereira, Riesgo, Wagner, 2008).

Cada categoria pode ser respondida com a variação de escore entre 1, considera-se dentro do limite da normalidade, e 4, sintomas autistas graves. Portanto, a pontuação final do instrumento varia de 15 até 60, sendo 30 o ponto de corte para autismo. A CARS foi traduzida e validada por Pereira, Riesgo, Wagner (2008). Estudos de Kleinman et al. (2008 apud Araújo, 2011) apontaram que tanto a escala ADOS quanto a CARS apresentaram-se estáveis ao longo do tempo, em relação ao diagnóstico de TEA. Apesar da estabilidade e validação, o padrão-ouro para diagnóstico de TEA ainda é o julgamento clínico.

A escala M-CHAT é indicada para avaliação precoce de traços autísticos em crianças entre 18 e 24 meses. Levando em conta as observações dos pais em relação aos comportamentos da criança, são respondidas 23 questões, os 9 primeiros itens são os mesmo da versão inicial (CHAT) e os outros 14 correspondem aos sintomas frequentemente presente em crianças com autismo. A escala contempla questões como iniciação e resposta a situações de atenção compartilhada, jogo intencional, anormalidades sensório-motoras e comportamentos repetitivos (Araújo, 2011). Como o diagnóstico de TEA é corroborado a partir dos 03 anos de idade, a escala contribui com a possibilidade de levantar suspeitas de TEA, propiciando o diagnóstico precoce. A escala M-CHAT foi traduzida e adaptada por Losapio, Pondé (2008). Araújo (2011) afirma que para as crianças pequenas, os instrumentos diagnósticos ainda são considerados relativamente novos e podem estar em fase de desenvolvimento e/ou validação, através disso, justifica-se a falta de recursos para realizar avaliação e diagnóstico precoce.

A partir do surgimento do DSM e do CID, o conceito e diagnóstico do Autismo Infantil ficaram mais específicos, visto que foram estabelecidos critérios diagnósticos. No Brasil, o Ministério da Saúde, através do Decreto nº 8.368, utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a CID como manual padrão de diagnóstico, com isso, o DSM é utilizado como uma ferramenta ao profissional. Na CID-10, os Transtornos invasivos do desenvolvimento estão organizados na categoria denominada “F84”, havendo subcategorias, a saber,

Autismo Infantil (F84.0), Autismo Atípico (F84.1), Síndrome de Rett (F84.2), Outro transtorno desintegrativo da infância (F84.3), Transtorno de hiperatividade associado a retardo mental e movimentos estereotipados (F84.4), Síndrome de Asperger (F84.5), Outros transtornos invasivos do desenvolvimento (F84.8) e Transtorno invasivo do desenvolvimento, não especificado (F84.9).

O Autismo Infantil é caracterizado por apresentar, antes dos 3 anos de idade, desenvolvimento anormal ou alterado nas interações sociais, comunicação, comportamento restrito e repetitivo. Geralmente, são acompanhadas por manifestações inespecíficas, tais como: dificuldades no sono e alimentação, fobias, agressividade e/ou autoagressividade (Schwartzman, 2011). É possível melhor detalhar e exemplificar esses prejuízos nas três esferas do Autismo Infantil, quanto às interações sociais, percebe-se o isolamento, inflexibilidade, rotinas e rituais. Sobre a comunicação identifica-se a possível ausência da fala ou uma fala sem a função comunicativa e ecolalia. Os comportamentos restritos e repetitivos são caracterizados como repetições e estereotipias de movimentos e o desenvolvimento neuropsicomotor é considerado normal. Ainda caracterizando os comportamentos, os sujeitos demonstram dificuldades em adotar atitudes antecipatórias, podem dar respostas peculiares a determinados sons e objetos e podem rejeitar certas situações. A falta de contato visual é marcante em sujeitos com Autismo Infantil. (Rodriguez, 2006). De acordo com o CID-10 o Autismo Infantil “ocorre em garotos três ou quatro vezes mais frequentemente que em meninas.” (p. 247,1993).

O Autismo Infantil e o Autismo Atípico diferem-se quanto a idade de manifestação dos sintomas ou devido ao não preenchimento dos três critérios diagnósticos do Autismo Infantil. Ou seja, o desenvolvimento anormal e/ou com prejuízos desponta, pela primeira vez, após os 3 anos de idade e com características “insuficientes em uma ou duas das três áreas de psicopatologia requeridas para o diagnóstico de autismo” (CID-10, p. 249, 1993). O Autismo Atípico por vezes ocorre em sujeitos que manifestam atraso mental profundo ou grave transtorno da linguagem do tipo receptivo.

A terceira subcategoria dos Transtornos invasivos do desenvolvimento é a Síndrome de Rett. Na nova classificação do DSM 5, essa Síndrome é a única que manteve a designação antiga, ou seja, ela não foi incluída dentro dos Transtornos do

Espectro do Autismo. Ocorrendo predominantemente em meninas, a síndrome é uma encefalopatia grave, ligada ao cromossomo X, que se manifesta entre os primeiros 5 e 30 meses de vida. Desaceleração do crescimento craniano e retardo intelectual são alguns déficits no desenvolvimento do sujeito acometido da Síndrome. Quando a Síndrome se manifesta, podem ser observados que há “a perda da manipulação voluntária de objetos, que é substituída por movimentos estereotipados de membros superiores [...], bruxismo em vigília quanto alterações respiratórias”. (Assumpção Jr., Kuczynski, p. 48, 2011). Silva (2012) aponta que o desenvolvimento é típico durante os dois primeiros anos de vida, contudo, a partir dos dois anos há perda de capacidades aprendidas anteriormente, além da manifestação de sintomas autísticos. A diferença para o autismo é que o sujeito até os 6/8 meses, apresenta desenvolvimento (neurológico e psíquico) normal, após esse período há a perda de funções já adquiridas. Outras diferenças encontradas é a ausência de interesses específicos e jogos estereotipados, apego em excesso de objetos, entre outros (Schwartzman, 2011).

Diferindo do Autismo Infantil, por não haver atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou de linguagem, a Síndrome de Asperger (SA) é uma subcategoria dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. A SA é caracterizada por manifestar pobre contato social, ausência de empatia, dificuldade em situações concretas, em adotar atitudes antecipatórias, em se adaptar a novas rotinas. Há contato visual, porém pobre e superficial. O sujeito pode apresentar problemas na postura e coordenação ampla, movimentos repetidos e estereotipados em situações estressantes. Na área de interação social, é demarcada a presença de rituais e rotinas, a inflexibilidade é relativa, interesses específicos não usuais, podendo apresentar hiperlexia, o isolamento social é resultante da falta de compreensão intuitiva das regras de comportamento social (Rodriguez, 2006). Como citado anteriormente, de maneira geral, não há atraso no desenvolvimento da linguagem, a fala é

> superficialmente perfeita em sua expressão, embora com alterações de prosódia, timbre, tom e altura, além da compreensão diferente do que lhe é dito, incluindo interpretações literais. Os problemas na comunicação não verbal se apresentam a partir do uso limitado de gestos, linguagem corporal desajeitada, expressões faciais limitadas ou impróprias (Assumpção Jr., Kuczynski, p. 48, 2011)

Além da diferenciação da linguagem, a SA também difere quanto à idade em que se realiza o diagnóstico. Rodriguez (2006) aponta que se a criança foi diagnosticada em idade precoce, em volta dos 3 anos de idade, as manifestações apresentadas podem levar ao diagnóstico de autismo clássico. Portanto, é sugerido pela autora que o diagnóstico seja revisto quando o sujeito estiver em fase escolar, por volta dos 8 anos de idade, visto que as capacidades de comunicação apresentam melhoras significativas após essa fase. Através disso, observa-se a importância da avaliação e diagnóstico com esses sujeitos, para que sejam articulados os melhores caminhos que possam propiciar o desenvolvimento deles. A falta do diagnóstico correto pode acarretar que eles sejam

> tratados como bizarros, estranhos, sofrendo processos discriminatórios. Pelo fato de apresentarem uma inteligência mais preservada, podem sofrer ao tomar consciência de suas limitações em relação aos demais que os circundam, buscando pertencimento e aceitação social, embora não saibam como proceder e, muitas vezes, não sejam compreendidos. [...] Considero que o mais importante na educação de sujeito Asperger é a compreensão da sua singularidade pelas pessoas que o circundam, individualizando a intervenção e o entendimento de seus processos de socialização e aprendizagem. (Rodriguez, p. 61,2006)

Attwood (2010) sugere que sejam realizas duas etapas para realizar o diagnóstico da SA. A primeira fase abrange pais e professores, através do preenchimento de um questionário com diversos quesitos para identificar crianças que possam ser acometidas pela síndrome. O questionário é composto por 24 questões, que englobam competências sociais e afetivas, de comunicação, cognitivas, interesses específicos, de motricidade e outras características. Já a segunda fase é composta pela avaliação diagnóstica, realizada por clínicos com experiência na área, através de critérios já estabelecidos que forneçam uma clara descrição da SA. “A avaliação de diagnóstico tem a duração mínima de uma hora e consiste no exame de aspectos específicos relacionados com as competências sociais, linguísticas, cognitivas e motoras, bem como de aspectos qualitativos dos interesses da criança.” (Attwood, p. 31, 2010). Especialmente em relação à SA, Caminha et. al (2011) sugere que a intervenção com esses sujeitos pode ser composta por auxilio pedagógico, psicoterapêutico, e caso haja comorbidades, por exemplo transtornos de ansiedade, o tratamento farmacológico pode ser indicado. Entretanto, como são poucos os estudos realizados com a SA o melhor a fazer é analisar caso a caso e determinar, individualmente, as intervenções.

Os manuais diagnósticos são utilizados para a realização do diagnóstico, ou seja, após as devidas avaliações e resultados positivos de TEA, o profissional recorre a esses meios para determinar qual é a subcategoria que o sujeito se encaixa. Essa “categorização” é importante, visto que os transtornos apresentam diferenças significativas entre si, além de os prognósticos variarem consideravelmente. Não obstante, os sujeitos que pertencem a uma mesma categoria apresentam características e comportamentos bem variados. Sendo assim, é essencial que o diagnóstico seja reavaliado com certa regularidade, com o objetivo de observar o desenvolvimento do sujeito dentro do espectro, possibilitando a adaptação do plano de intervenção (Attwood, 2010).

Embora o diagnóstico de Autismo possa ser confirmado por volta dos 3 anos de idade, Araújo (2011) aponta que a partir da literatura especializada, o diagnóstico de autismo tem ocorrido por volta dos 4 anos de idade ou até mais tarde. Contudo, as dúvidas e suspeitas dos pais apareçam por volta dos 17 meses de vida. Devido a grande variação da intensidade e dos sintomas, déficits na linguagem e na interação social, podem não ser notados tão precocemente, sendo somente observado quando a criança entra em contato com outras de sua idade. A autora ressalta a importância do diagnóstico e intervenção precoce, pois isso pode “determinar prognóstico substancialmente melhor, incluindo mais rapidez na aquisição da linguagem, melhor desenvolvimento das interações com pessoas e mais facilidade no funcionamento adaptativo.” (Araújo, p. 178, 2011).

Ferrari (2012) acredita que a dificuldade de se estabelecer um diagnóstico precoce ocorre devida há baixa sensibilização dos profissionais em perceber sinais precoces de autismo. Geralmente, nos exames de rotina é observado o desenvolvimento nas áreas motora, intelectual e perceptiva, entretanto a comunicação e interação social, que são domínios com prejuízo nos TEA, não são examinados. O autor alerta que

> os sinais só adquirem sentido e importância na relação interativa da criança pequena com seu ambiente. Nenhum deles é por si só suficiente, e o diagnóstico precoce só pode emergir da reunião de vários sinais, bem como da constatação de sua persistência ao longo da evolução. (Ferrari, p. 96, 2012)

Assumpção Jr. (2014) propõe um diagnóstico multiaxial abrangendo 5 eixos principais: transtornos clínicos; transtornos de personalidade e retardo mental;

condições médicas gerais; problemas psicossociais e ambientais; e avaliação global de funcionamento. No primeiro eixo é apontado o uso de escalas específicas, tais como CARS e ATA, exame psíquico, anamnese do sujeito, englobando fatores hereditários pré, peri e pós-natais, além de avaliação neuropsiquiátrica. O eixo II será melhor detalhado no próximo sub-capítulo deste trabalho. O terceiro eixo compreende exame clínico (pediátrico e neurológico), exames laboratoriais, teste de audição e oftalmológicos e genéticos, entre outros. O eixo IV prevê atenção à família, qual é a sua dinâmica, quem faz parte da família, o papel de cada um nela, como é a situação econômica, por exemplo. Por fim, o eixo de Avaliação global do funcionamento, indica a utilização de duas escalas: Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) e a *Pediatric Evaluation of Disability* (PEDI).

A partir de tudo o que foi estudado até o momento, é importante ter a percepção que realizar um diagnóstico, de autismo, não é somente preencher critérios de acordo com os sintomas observados e descritos, mas é compreender o sujeito como um todo, através do olhar de diversos profissionais especializados. Ou seja, o trabalho articulado permite estruturar estratégias terapêuticas adequadas às necessidades daquele autista. (Assumpção Jr., 2013)

2.5 AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA E O PAPEL DO PSICÓLOGO NO DIAGNÓSTICO DE TEA

Como abordado anteriormente, para compor a avaliação de um sujeito com suspeita de TEA, o psicólogo dá sua contribuição através do delineamento do perfil de desenvolvimento do paciente, delimitando áreas de competência e de comprometimento, além de compreender a inclusão dele no contexto familiar e social. O psicodiagnóstico proporciona o entendimento do sujeito, auxilia o planejamento de intervenção e orientação à família, caso o diagnóstico seja positivo para a suspeita. Em relação ao psicodiagnóstico de TEA, devido ao não comprometimento de todas as áreas cognitivas, as escalas de desenvolvimento auxiliam a clarificar e construir um perfil individualizado daquele sujeito, mapeando as especificidades e apontando as intervenções mais adequadas ao caso (Araújo, 2011). Ferrari corrobora esse pensamento afirmando que

> a avaliação psicológica visa, por um lado, apreciar o nível intelectual e a capacidade cognitiva da criança; por outro, apreciar as características de sua personalidade e, principalmente, colocar em evidência os diversos mecanismos psicopatológicos conscientes ou inconscientes atuantes na psicose por meio de diversos testes projetivos. (Ferrari, p. 79, 2012)

Para a realização do psicodiagnóstico é essencial que seja realizado por um profissional formado em Psicologia, e que tenha formação na área clínica e específica de psicodiagnóstico. Esse processo é composto por uma série de etapas: anamnese, exame psicológico e avaliação psicológica. A anamnese engloba a queixa, história pregressa pessoal e de antecedentes. No exame psicológico observa-se aparência, postura, desenvolvimento físico, interação, adaptação à nova situação, conduta cognitiva. E a avaliação psicológica é composta por instrumentos que avaliam a área intelectual, neuropsicológica e afetivo-emocional, é preciso ter atenção quanto ao uso de testes psicológicos, pois é preciso que os mesmo estejam atualizados e aptos à idade do paciente. Araújo (2011) apresenta brevemente alguns instrumentos, são eles: BSID-II, WPPSI-III, WISC-IV, WAIS-IV, Leiter International Performane Scale-Revised, NEPSY-II, Psicodiagnóstico de Rorschach e Testes de Apercepção Temática.

Podendo ser aplicada em crianças de um mês até os 42 meses, o *Bayley Scales of Infant Development* (BSID-II) é composto por três escalas, são elas: mental, motora e comportamental. O objetivo principal do instrumento é avaliar atrasos no desenvolvimento, além de propiciar planejamentos de estratégias interventivas. Já o instrumento *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (third edition)* (WPPSI-III) é aplicável em crianças entre 2 anos e 6 meses e 7 anos e 3 meses. Ele avalia o processamento verbal, perceptivo, a velocidade de processamento e a linguagem. O WISC-IV (Escala de Inteligência de Wechsler – quarta edição) verifica o quociente de inteligência, a partir de quatro esferas (compreensão verbal, organização perceptiva, memória de trabalho e velocidade do processamento da informação) e pode ser aplicado em crianças a partir dos 7 anos até adolescentes de 16 anos e 11 meses. O teste WAIS-IV (*Wechsler Adult Intelligence Scale*) quarta edição, mede a compreensão verbal, raciocínio perceptivo, memória de trabalho e velocidade do processamento da informação. Pessoas de 16 até 90 anos de idade e 11 meses podem realizar o teste. Construída para perceber as funções cognitivas a *Leiter International Performance Scale Revised*, propõe avaliar a inteligência verbal, inteligência fluida, além de atenção e memória visoespacial. Podendo ser aplicado

em crianças de 2 anos até jovens de 20 anos e 11 meses, esse “instrumento não verbal foi especialmente desenvolvido para avaliar crianças com distúrbios importantes na comunicação, atrasos cognitivos, distúrbios de audição, distúrbios motores, transtorno de atenção e transtorno de aprendizagem.” (Araújo, p. 175, 2011).

O teste, NEPSY-II: avaliação neuropsicológica do desenvolvimento foi publicado em 2007, e apresenta atualizações de sua primeira versão. O teste é composto por seis domínios (atenção/função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, percepção social, processamento visuoespacial e sensório-motor), subdividos em 32 subtestes e quatro tarefas tardias. (Argollo, 2010)

O teste de Rorschach é composto por lâminas e o examinando deve responder o que vê nelas. Existem quatro fases que compõe o teste: administração propriamente dita, inquérito, período de analogia e teste de limites. O teste permite compreender a personalidade do sujeito e quais áreas carecem ser trabalhadas na psicoterapia. É importante ressaltar que para realizar um psicodiagnóstico são necessárias outras ferramentas, além do teste. (Cunha, 2000).

Considerado como uma técnica para compreender a dinâmica da personalidade, o Teste de Apercepção Temática (TAT), é composto por lâminas que compõe um conjunto de imagens, fazendo com que o sujeito conte histórias a partir do que observa. (Werlang, 2000). No total, existem 30 lâminas, das quais 11 são aplicadas a todos as pessoas que farão o teste, além de 9 serem destinadas para os homens adultos, 9 para as mulheres adultas, 9 para jovens do sexo masculino e 9 para jovens do sexo feminino. (Freitas, 2000). Entretanto as informações obtidas nesse instrumento

> são pouco sistemáticas. Ora esclarecem aspectos dinâmicos, ora são descritivas em termos das verbalizações de sujeitos que apresentam determinados estados afetivos, ora pretendem apontar indicadores diagnósticos para certo nível de funcionamento ou relacionam manifestações encontradas em algum quadro clínico. São, portanto, bastante vagas, se levarmos em conta os critérios diagnósticos específicos incluídos nas classificações nosológicas recentes. (Freitas, p. 408, 2000)

A utilização de testes padronizados, com os resultados, possibilita organizar uma intervenção mais específica às necessidades do sujeito assim como comparar os progressos ao longo das intervenções (Surian, 2010). Contudo, Saulnier, Quirmbach

e Klin (p. 160, 2011) entendem que generalizar os escores globais pode “super ou subestimar grosseiramente o verdadeiro nível de funcionamento do indivíduo.”. Sendo assim, poderá prejudicar a qualidade e tipo de intervenção proposta, consequentemente afetando o aprendizado do sujeito.

Permitir que a criança situe-se e adapte-se ao local onde será realizada a avaliação psicológica; que mãe, pai ou responsável estejam presentes durante a avaliação; que sejam realizados intervalos ou aumentar o número de sessões de avaliação são algumas adaptações que podem ser propostas para o melhor andamento do processo avaliativo. Além dessas, Araújo (2011) propõe também que seja pensada a questão dos interesses específicos, para que esses não prejudiquem o processo avaliativo da criança; e também cuidar a linguagem do profissional, para que ele seja compreendido pelo sujeito e além de saber manejar a falta de atenção e de contato visual.

Com isso, conclui-se que a avaliação psicológica pretende compreender como é o desenvolvimento do sujeito em questão, percebendo áreas mais desenvolvidas e comprometidas, considerando o contexto familiar e social (Araújo, 2011). Cabe salientar que o “psicodiagnóstico é parte do diagnóstico multidisciplinar e auxilia no planejamento das intervenções reabilitadoras, na orientação à família, e possibilita prognóstico, permitindo também o planejamento de intervenções preventivas.” (Araújo, p. 178, 2011).

Assim que concluída as avaliações, diagnosticado o autismo, o próximo passo é planejar as estratégias de intervenção. Quanto aos profissionais envolvidos na intervenção com sujeitos TEA é sugerida à participação de psicólogos e neuropsiquiatras para programar e realizá-las, além da família, professores e demais profissionais que estejam envolvidos com o sujeito. Para determinar quais intervenções desenvolver é necessário ter conhecimento detalhado em três domínios principais do indivíduo, a saber, médico, psicológico e comportamental (Surian, 2010). A partir disso, serão apresentadas, brevemente, sugestões de intervenções psicológicas para sujeitos com TEA.

O método *Teacch* (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados com a Comunicação) foi desenvolvido nos Estados Unidos da América e valoriza o auxílio visual e não verbal para a transmissão de informações. (Surian,

2010) “As informações são frequentemente transmitidas através de figuras e fotografias que a criança pode manipular ou observar presas na parede.”. (Surian, p. 106, 2010). Essa filosofia entende o autismo como cultura, em que há especificidades cognitivas e comportamentais. Sendo assim, há a proposta de estruturação do ambiente, para que o sujeito tenha autonomia. Quatro são os componentes que propiciam essa autonomia, a saber, preparação do ambiente físico, calendário visual, locais de trabalho e organização das tarefas a serem desenvolvidas (Nunes e Serra-Pinheiro, 2011). Além de abranger áreas de elaboração de instrumentos para avaliação diagnóstica e psicoeducacional, auxiliar na orientação aos pais, preparação de profissionais, o método TEACCH permite a “criação de locais de atendimento em escolas para crianças e adolescentes, bem como residências e locais de trabalho para adultos.” (Leon, Osório, p. 264, 2011)

Outra indicação é a reabilitação neuropsicológica, pois ela objetiva desenvolver a Teoria da Mente, a partir dos processos de reconhecimento e compreensão das emoções, estimulando, também, o raciocínio dos estados mentais. Existem quatro níveis de complexidade em que as intervenções são realizadas. O primeiro propõe o reconhecimento de emoções básicas, o segundo relaciona as emoções e determinados eventos que produzam estados emocionais, já o terceiro pretende compreender o desejo no cultivo de estados emocionais. Por fim, o quarto nível integra desejos, estados cognitivos e eventos externos. É indicado inserir os pais ou responsáveis nesse tipo de intervenção, uma vez que eles podem utilizar das técnicas e aplicá-las em situações da vida diária. (Surian, 2010).

Por fim, a psicoterapia, de orientação analítica, é outro campo de intervenção para ser explorado com sujeitos TEA. É sugerido aos terapeutas que se familiarizem com filmes, desenhos e histórias infantis, pois esses são meios de comunicação importantíssimos de crianças com TEA (Pires, 2007). Contudo, como existem linhas de pensamentos diferentes, serão, brevemente, apresentadas duas: a perspectiva intersubjetiva e a kleiniana.

A perspectiva intersubjetiva entende que a criança e seu cuidador estabelecem uma relação, na qual a criança tem a experiência consistente de ser cuidada e de ser reativa a alguém. Esse sistema permite o estabelecimento de uma noção de si, por parte da criança, que é baseada na relação que ela tem com o cuidador. A partir

daí, é que começa a se desenvolver a “representação de si”, além da noção do outro (Araújo, 2011). Entretanto,

> na criança com TEA não se desenvolve este poder transformador na relação com seus cuidadores. A “representação de si” se organiza ao redor das experiências de regulação, que não foram vividas como sintonizadas com estados afetivos. A experiência resultante de não ligação, baseada na falta de sintonia, leva ao isolamento dessas experiências e à falta do seu poder transformador. A criança não adquire a noção do eu-em-relação. (Roser, Buchholz, 1996 apud Araújo 2011)

Com isso, o tratamento psicanalítico é baseado na interação entre dois mundos subjetivos, que tem diferenças em sua organização, do terapeuta e a do paciente. O objetivo inicial é a criação de uma relação entre a dupla, que preze pela experiência reativa e sintonia. Encontra-se como desafio no processo terapêutico o funcionamento do sujeito, uma vez que há presença de mecanismo de defesa que impedem a aquisição de experiências novas tanto para si quanto para o outro. (Araújo, 2011).

A psicanálise kleiniana dá ênfase à interação entre a personalidade do sujeito com TEA e a sua sintomatologia. Essa linha de pensamento compreende que para as pessoas com autismo há uma falta de sentido de mundo no qual as pessoas têm mente, e que essas pessoas podem ser interessantes como estarem interessadas nelas. A partir disso é proposto, assim como na perspectiva intersubjetiva, o trabalho terapêutico em cima da relação terapeuta-paciente, visto que o maior prejuízo da pessoa com TEA é a interação social. O processo terapêutico é composto por três fatores essenciais, a saber, “regularidade e consistência do *setting*; o uso da transferência; e o uso da contratransferência.” (Araújo, p. 231, 2011). Existe uma diferença quanto à técnica, por parte do terapeuta, que é importante ser ressaltada. O psicoterapeuta, além de ser mais ativo no setting, tem a função de ser, simultaneamente, interessante e interessado. Isso se dá a partir da importância de manter a atenção da pessoa com TEA e de estabelecer uma relação entre a dupla. (Araújo, 2011).

Em suma, Amy (2001) afirma que o trabalho primordial do terapeuta é auxiliar na estrutura e organização do mundo interno da pessoa com TEA. Ou seja, compreender e significar os fantasmas, as angústias e os mecanismos defensivos que o sujeito não consegue lidar. Orientar à família, realizar atendimento psicológico, estimular a integração social, terapia fonoaudiológica, e educação especial são

exemplos de intervenções multidisciplinares que auxiliam os sujeitos e seus familiares a se desenvolverem e enfrentarem o autismo, dependendo de suas singularidades (Assumpção Jr.). Por fim, é sempre importante ter em mente que

> tanto para as pessoas autistas quanto para seus pais, é crucial manter uma pluralidade de abordagens, bem como interlocutores oriundos de vários horizontes. A pedra angular dessa batalha consiste em permitir que cada criança elabore, com seus pais, um caminho próprio, e prossiga nele na idade adulta. E isso levando em consideração a incrível variedade de sintomas que o denominado “espectro do autismo” abarca. Trata-se, pois, de uma batalha pelo respeito à diversidade. (Laurent, 2014, p. 19)

3 METODOLOGIA

O presente trabalho tem abordagem qualitativa, envolvendo, entretanto, uma primeira etapa quantitativa. Entende-se por pesquisa qualitativa

> qualquer tipo de pesquisa que gera resultados que não foram alcançados por procedimentos estatísticos ou outro tipo de quantificação. Pode referir-se a pesquisas sobre a vida das pessoas, histórias, comportamentos e também ao funcionamento organizativo, aos movimentos sociais ou às relações e interações. Alguns dos dados podem ser quantificados, porém, a análise em si mesma é qualitativa. (Strauss e Corbin 1990 apud Esteban, p. 124, 2010)

Foi escolhido como método de pesquisa, o exploratório-descritivo. Entende-se a pesquisa exploratória como promotora de maior conhecimento do problema, permitindo explicitá-los. Já a pesquisa descritiva prevê a descrição das características que determinam, nesse estudo, a avaliação, diagnóstico e intervenção de sujeitos com TEA. (Gil, 1991).

A fim de organizar o número de participantes da pesquisa, foram utilizados dois critérios para que os sujeitos compusessem a pesquisa: ser participante da pesquisa anterior e ser atendido no Centro ou ter sido diagnosticado em 2014 ou 2015 e ser atendido no Centro. Com isso, compuseram o estudo sujeitos diagnosticados com TEA, que participaram da pesquisa realizada anteriormente (39), e que foram atendidos entre os anos de 2014 e 2015 (41), ambos os grupos realizam atividades no Centro de Referência em Atendimento ao Autista.

Os dados da pesquisa foram coletados a partir de análise documental (prontuários do Ambulatório). Através disso, foi elaborada a tabela (Apêndice D), com o intuito de tabular todos os dados coletados. A partir da tabulação, observaram-se quais são os instrumentos de avaliação utilizados, analisou-se também o número de diagnósticos nos dois últimos anos (2014 e 2015). Os dados foram coletados no Centro para análise das intervenções que os sujeitos participam, a fim de complementar os dados da coleta inicial.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados, que foi realizada a partir de análise documental com os prontuários do Ambulatório e também com entrevistas semi-estruturadas, estão disponíveis nos apêndices A, B e C. Para a análise dos dados foi selecionado o método de análise descritivo-inferencial. A fim de organizar, resumir e descrever, a análise descritiva, objetiva reunir características relevantes da coleta de dados e compará-las entre si (Reis, Reis, 2002).

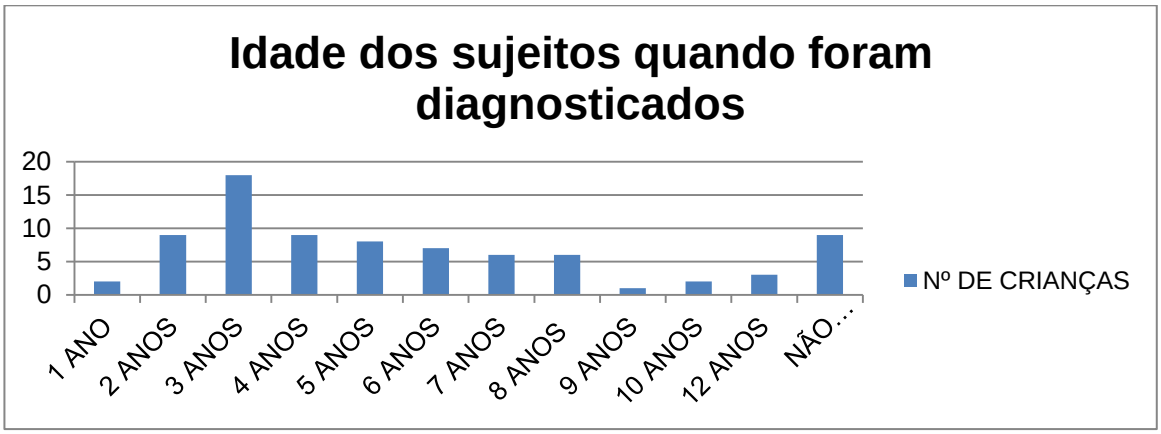
Como o trabalho envolve pesquisa em seres humanos, o projeto foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa e foi aprovado, sob nº 56172616.2.0005317.

4 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.1 Dados coletados no Ambulatório de Neurodesenvolvimento

Fazem parte da pesquisa 80 pessoas, porém foram revisados 78 prontuários, ou seja, dois prontuários não puderam ser atualizados, devido à indisponibilidade deles no local. A partir da revisão algumas informações foram selecionadas: idade dos sujeitos quando foram diagnosticados, quantos diagnósticos foram realizados por ano, instrumentos utilizados para avaliação diagnóstica, intervenções realizadas no Centro e tratamento medicamentoso dos sujeitos. As informações podem ser observadas nos gráficos 1,2,3,4 e 5 a seguir:

Gráfico 1 – Idade dos sujeitos quando foram diagnosticados

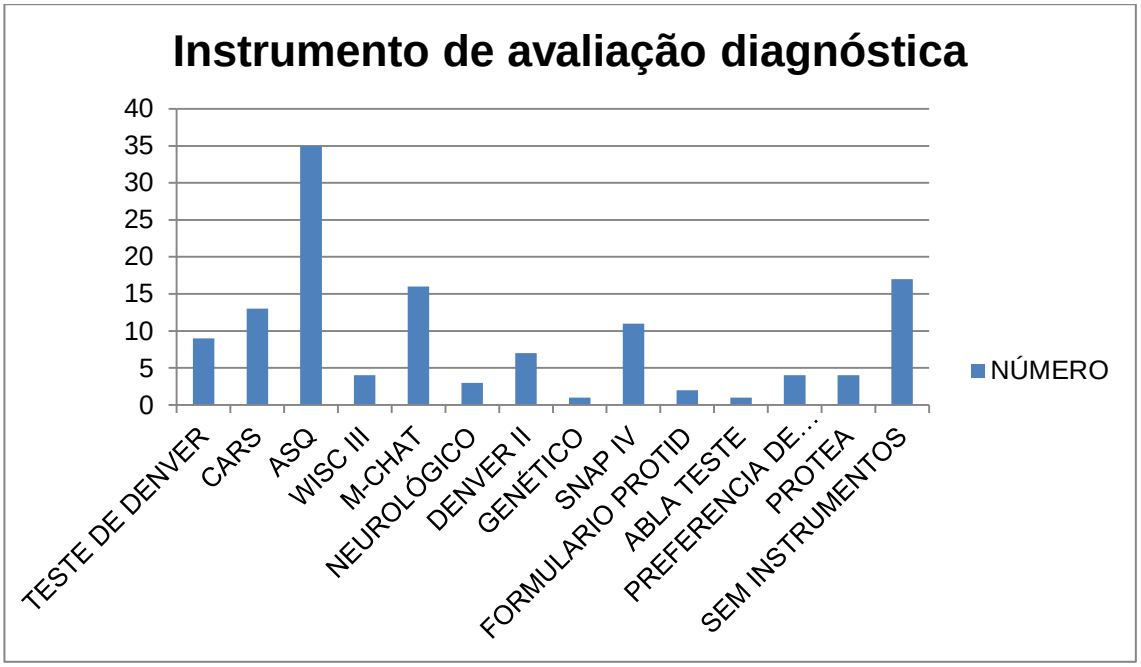


O gráfico 1 mostra que 18 crianças da pesquisa foram diagnosticadas aos 3 anos de idade, ou seja, o diagnóstico do TEA está sendo realizado no tempo em que é indicado pelos manuais. Além disso, há grande prevalência do diagnóstico precoce, visto que 11 crianças foram diagnosticadas antes dos 3 anos. Entretanto, também há um elevado número de crianças com diagnóstico tardio, pois 18 crianças foram diagnosticadas ente os 7 e 12 anos. A falta de informações nos prontuários se mostrou evidente.

Gráfico 2 – Número de diagnóstico por ano

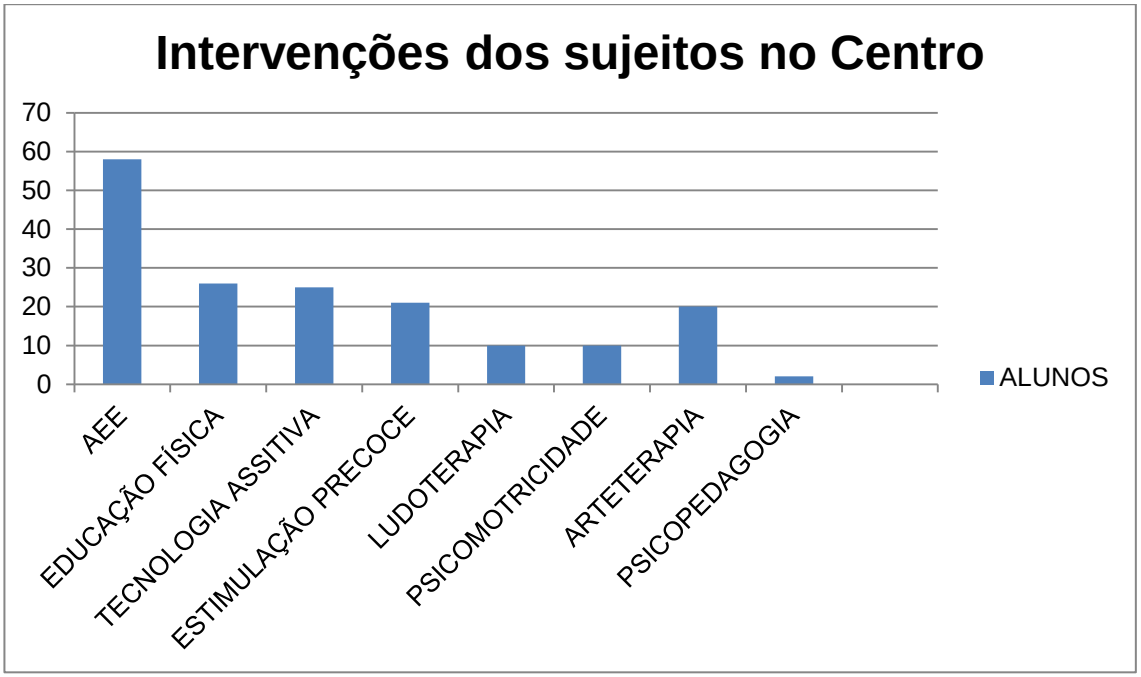
O Ambulatório foi inaugurado no ano de 2011, sendo assim, a revisão dos prontuários iniciou-se a partir desse ano, então todos os sujeitos diagnosticados antes foram agrupados no grupo “<2010”. Percebe-se que 2014 foi o ano em que ocorreram mais diagnósticos do TEA, 18 casos, seguido pelo ano de 2011, 16 casos. 14 foram os casos diagnosticados tanto em 2012 quanto em 2013. Em 2015 houve um baixa significativa de diagnósticos, 7 casos. A falta de informações sobre o ano do diagnóstico chegou a 8 casos. É importante salientar que alguns sujeitos atendidos no Ambulatório tiverem suas avaliações diagnósticas com outros especialistas, que não são do Ambulatório.

Gráfico 3 – Utilização dos instrumentos



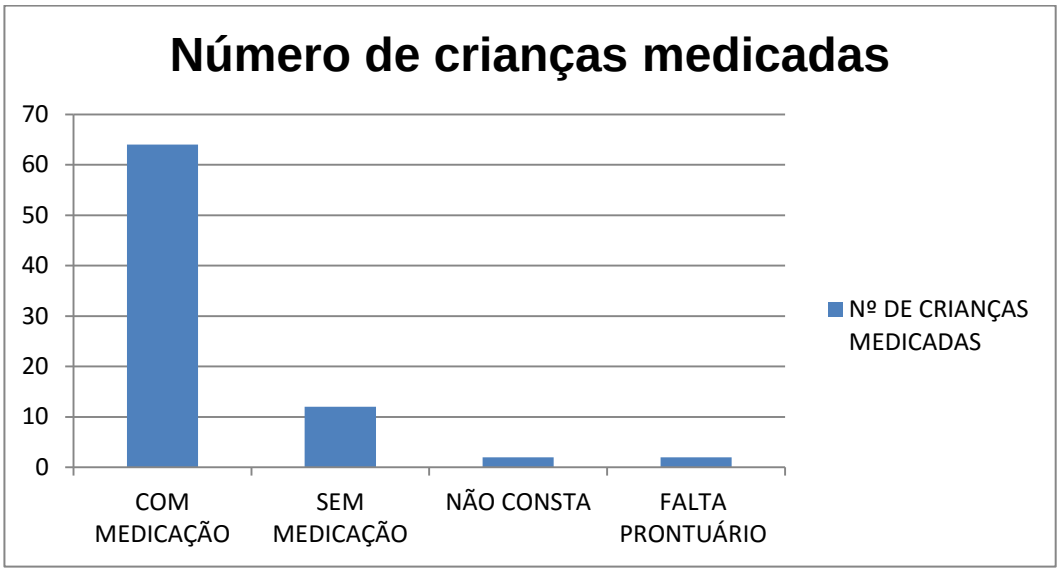
O instrumento mais utilizado para o auxílio no diagnóstico é o ASQ (35), seguido do M-CHAT (16) e da CARS (13), o que indica a continuidade do padrão, uma vez que esses instrumentos também foram apontados como os mais utilizados na pesquisa anterior. O número de sujeitos que não foram avaliados por nenhum instrumento é de 17, ou seja, há somente a avaliação clínica, baseada em observação. Observa-se a utilização da escala Swanson, Nolan e Pelham-IV (SNAP-IV), 11 casos, a qual avalia Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Entretanto, a utilização de testes psicológicos é muito baixa, o que pode indicar que a avaliação diagnóstica não é realizada por equipe multiprofissional.

Gráfico 4 – Intervenções dos sujeitos no Centro



O Atendimento Educacional Especializado (AEE) é oferecido a 58 sujeitos que participam da pesquisa. A Educação Física é o segundo atendimento mais comum, compreendendo 26 crianças, seguida da tecnologia assistiva, 25. A estimulação precoce (21), a arteterapia (20), ludoterapia (10) e psicomotricidade (10) são terapias também oferecidas aos alunos. Percebe-se a falta de atendimento psicoterápico e fonoaudiológico a esses sujeitos, o que, segundo a literatura, são intervenções que trazem bons benefícios.

Gráfico 5 – Medicação



Dos sujeitos pesquisados 64 deles fazem tratamento medicamentoso e 12 não fazem uso de medicação. Em 2 casos não constava uso ou não de medicação, e 2 prontuários não puderam ser atualizados. Observa-se o alto nível de medicação dos sujeitos com TEA, ressalta-se que não há cura para o autismo, e que o tratamento medicamentoso funciona para controle de comportamentos considerados inadequados.

4.1 Entrevista no Ambulatório de Neurodesenvolvimento

O Ambulatório atualmente conta com três neuropediatras, com três fonoaudiólogas que trabalham especificamente com TEA, e há também colaboração de uma assistente social. Os critérios diagnósticos DSM-5 são seguidos pelos profissionais quem atuam no local. Além disso, a avaliação diagnóstica é composta por exames clínicos e utilização de instrumentos. O histórico dos pacientes, exames neuropediátricos, observação de comportamentos, interações com terceiros, comunicação verbal e não-verbal compõe o exame clínico realizado no Ambulatório. Há a utilização das escalas M-CHAT e ASQ para auxílio diagnóstico. Devido ao tempo de aplicação, a escala CARS deixou de ser utilizado, embora seja apontado o interesse em retornar com a utilização. Para o diagnóstico ser concluído, geralmente é realizada mais de uma consulta, para que o profissional possa conhecer seu paciente, além disso, a cada retorno é sempre reavaliado esse diagnóstico.

Em relação aos encaminhamentos, eles são sempre direcionados ao Centro, com sugestões de atendimento, como psicoterapia, fonoaudiologia, psicopedagogia e terapia ocupacional. Além disso, há também contato com as escolas, para que possíveis orientações, tais como necessidade de monitor, sejam esclarecidas. Foi salientado que a indicação é individualizada para cada paciente, dependendo das demandas apresentadas. O Ambulatório oferece tratamento medicamento, ou seja, quando há sintoma-alvo exacerbado, ou co-morbidade associada, é indicada a medicação. Atualmente, o Ambulatório não conta com psicólogo na sua equipe, porém foi apontada a necessidade desse profissional, principalmente no auxílio ao diagnóstico. Há a possibilidade de firmar parceira com o curso de Psicologia e estágios serem realizados no local.

Aos familiares de sujeitos com autismo é indicado procurarem pelo Centro ou pela Associação de Amigos, Mães e Pais de Autistas e Relacionados com Enfoque Holístico (Amparho), para que possam conhecer outras famílias e trocar experiências. Na maior parte dos casos, os familiares são muito comprometidos com o tratamento. Em alguns deles, inicialmente há certa resistência quanto à aceitação do diagnóstico de autismo, porém isso não impede a adesão ao tratamento. Raras são às vezes em que a equipe pede auxílio à assistente social, para lidar com alguma situação específica.

4.2 Entrevistas do Centro

4.2.1 Entrevista com a direção do Centro

Atualmente, o Centro atende 252 semanalmente, contudo há uma de espera por atendimento de aproximadamente 130 sujeitos. De acordo com as informações coletadas, 90% dos sujeitos atendidos estão matriculados em escolas, principalmente nas da rede municipal, mas há também alunos da rede estadual, particular e assistencialista. Os 10% que não estão em escola, são crianças que ainda não estão em idade escolar ou adultos. Em relação aos encaminhamentos dos alunos nos diversos atendimentos do Centro é necessária uma avaliação prévia da professora de cada sujeito. Ou seja, inicialmente os pais são chamados para uma entrevista com a professora de Atendimento Educacional Especializado ou de Estimulação Precoce, dependendo da idade da criança. Após a entrevista, o aluno

começa a ser atendido por essa professora, que irá avaliá-lo quanto as potencialidades e dificuldades a serem trabalhar. A partir disso é feito o encaminhamento para as terapias consideradas adequadas àquele caso. É importante salientar que há muita flexibilidade quanto à permanência nas terapias, uma vez que se entende que o aluno pode não se adaptar ao que é proposto ser trabalhado. Aprender a tolerar, compartilhar, interagir e comunicar-se com o outro são objetivos trabalhados em todos os atendimentos. Os professores que atuam no Centro tem formação continuada em suas áreas específicas, a maioria tendo pós-graduação. Já foi oferecido aos profissionais formações continuadas específica para o TEA, sendo estudadas diversas metodologias de trabalho, porém não há alguma específica, os profissionais adaptam as metodologias às necessidades dos alunos.

A inclusão nas escolas é um processo que ainda está em desenvolvimento, uma vez que os professores recebem alunos com diversas deficiências e muitas vezes eles não têm preparo para lidar com todas as diversidades. Contudo, é percebido que há grande dificuldade em trabalhar com os alunos autistas, com isso para auxiliar os professores, o Centro disponibiliza horários para orientação e visitas às escolas, com o intuito de poder organizar e articular o trabalho realizado para cada sujeito. Um desafio que vem sendo observado é a permanência da criança na escola e a qualidade com que ela será atendida, para isso, o Centro também está de portas abertas para poder colaborar nessa caminhada. Em relação aos encaminhamentos para as escolas, o Centro atua como mediador em casos de transferência de escolar, auxilia a matrícula de crianças que ingressam na Educação Infantil. Além disso, o Centro também encaminha seus alunos para outras instituições, como a escola para deficientes visuais ou a de deficientes auditivos, e também para atendimentos que o Centro não oferece, como psicoterapia, por exemplo.

Além das parcerias firmadas com as escolas, o Centro mantém também uma relação muito próxima com o Ambulatório, pois a maioria dos casos atendidos no Centro também é no Ambulatório. Sendo assim, é possível esclarecer dúvidas e pensar sobre determinados casos. Neste sentido, a reavaliação de diagnóstica é sugerida quando as professoras observam que o aluno não tem características que caracterizam o autismo, em alguns casos há suspeita de psicose. Quando isso ocorre, conversam com o Ambulatório para analisarem juntos o caso.

Por fim, é interessante salientar que o Centro, em 2016, completou dois anos de funcionamento e a grande procura por atendimento tem surpreendido a todos. Está sendo cogitada a opção de aumentar o espaço, uma vez que a capacidade do Centro está quase completa. Além disso, foi apontada a necessidade de outras áreas de atuação para compor o Centro, tais como a terapia ocupacional e o atendimento psicoterápico aos alunos.

4.2.2 Entrevista com a psicóloga

O trabalho da Psicologia, dentro do Centro, é focado nas famílias. Ou seja, através de encaminhamentos ou solicitações, por parte das professoras do Atendimento Educacional Especializado ou dos pais, respectivamente, a psicóloga atende as famílias, sempre buscando orientá-los nas questões trazidas ao atendimento. Projetos também são desenvolvidos no Centro, no ano de 2015, houve um grupo para ajudar os pais a desfraldar seus filhos, e devido à boa experiência que esse projeto proporcionou, atualmente há um grupo de treinamento parental. Esse grupo tem o objetivo de orientação às famílias, troca de experiências e esclarecimentos de dúvidas.

O trabalho com os pais é importantíssimo, mas também é precisar pensar no plano terapêutico, pois ele é muito singular, porque cada autista é muito diferente do outro. Atendimento Educacional Especializado, orientação e acompanhamento psicológico, treinamento parental, terapia ocupacional, educação física, fisioterapia e fonoaudiologia são exemplo de intervenções que podem beneficiar muitos os sujeitos. No entanto, cabe avaliar cada caso, e pensar em que cada sujeito se encaixa. Infelizmente, muitas famílias não tem acesso às terapias mais adequadas aos filhos, entretanto, o Centro faz o possível para atender as demandas. Sendo um aluno atendido em diversas modalidades, é importante pensar em um trabalho articulado entre os profissionais, para que juntos trabalhem para o melhor aproveitamento do aluno.

Assim como as outras intervenções, a indicação de psicoterapia para os autistas varia muito. O nível de comprometimento do sujeito e os objetivos terapêuticos precisam estar bem claros, pois isso guiará o processo. Algumas metodologias de trabalho são mais adequadas do que outras, no entanto, é sempre

importante procurar intervenções que possam ser adaptadas, de acordo com o sujeito que será atendido. No Centro não há acompanhamento psicoterápico para os alunos, devido a limitações de tempo e de espaço. Em situações pontuais há avaliações de casos, quando há dúvidas quanto ao diagnóstico.

A intervenção neuropsicológica com autistas, também é uma opção interessante, pois ela visa estimular o aprimoramento de funções cognitivas como as funções executivas (planejamento, flexibilidade cognitiva, inibição) assim como os diferentes tipos de atenção, memória, linguagem. Além do trabalho com o sujeito, é salientada a importância da parceria da família. Foi pontuado que as famílias estão acostumadas a intervenções diretas com os autistas, com isso, chegam a estranhar o trabalho proposto pela psicóloga do Centro, uma vez que eles são incluídos e responsáveis pelo estímulo ao desenvolvimento dos autistas.

O psicólogo também pode estar inserido na avaliação diagnóstica, porém na maioria dos casos, é realizada somente por um profissional, que não é o psicólogo. Em casos raros, um fonoaudiólogo participa desse processo. Entretanto, é salientada a importância do olhar do psicólogo, uma vez que há o entendimento de que para avaliar um sujeito, é preciso conhecê-lo e interagir com ele, e não se restringir à fala dos pais, e do que é observado na consulta, mas também em ambientes naturais, tais como a escola. Além disso, a visão de outros profissionais, sobre o mesmo caso, pode ser fundamental para traçar os planos terapêuticos.

Há dificuldade de tempo para que os profissionais do Centro possam discutir e planejar as intervenções mais detalhadamente, contudo o trabalho em equipe tanto entre o próprio Centro quanto com as escolas ou outras instituições é muito valorizado, pois é percebido que os diversos olhares amplificam o trabalho já realizado. Em se tratando de diversos olhares, a escola é uma importante peça em todo esse quebra-cabeça, pois colaboram com o desenvolvimento dos alunos. Não há uma regra específica sobre como o Centro e as escolas se articulam, cada situação é particular, e sempre é valorizada as parcerias estabelecidas e as percepções dos olhares.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos objetivos elencados anteriormente, da revisão bibliográfica realizada e da coleta de dados, é possível iniciar uma reflexão acerca de como estão sendo realizados os processos de avaliação, diagnóstico, tratamento, intervenção e encaminhamentos dos autistas, além de poder pensar o papel do psicólogo.

Abordando, inicialmente o processo avaliativo do TEA, foi observado principalmente que o que compõe a avaliação diagnóstica é a observação clínica, ou seja, é a observação de comportamentos, interações e estereotipias típicas do autismo. A utilização de escalas, ASQ, M-CHAT e CARS, também fazem parte do processo. As avaliações não são realizadas por equipes multiprofissionais, o que segundo a literatura, não é o mais adequado, visto que diversos olhares especializados sobre o sujeito podem ter uma compreensão mais ampla e completa, permitindo, então, pensar estratégias terapêuticas adequadas a cada caso. Assumpção Jr. (2013) salienta a complexidade em realizar uma avaliação diagnóstica, pois o autismo pode ser associado ou confundido com outras patologias, e para garantir um diagnóstico correto, é ideal a presença de diversos profissionais para avaliarem o sujeito. A escola e a família são essenciais nesse processo, pois são eles quem conhece a criança em seu ambiente natural e podem complementar com informações. Barros (2011) corrobora esse pensamento, pois acredita que uma avaliação completa permite o conhecimento das potencialidades e dificuldades da criança, facilitando a organização de estratégias interventivas. Mesmo sendo reconhecida a importância de equipes multiprofissionais, articulação entre a equipe, escola e família, foi percebido que, infelizmente, na prática isso não acontece, principalmente, por falta de profissionais especializados nas instituições.

Em relação ao trabalho da Psicologia, ainda há pouca participação desse profissional em todos os campos pesquisados, o que demonstra a carência de atendimentos multiprofissionais aos autistas. Isso, inclusive, foi apontado na entrevista com o Ambulatório, onde é sentida a falta de profissionais capacitados no local, que possam estar colaborando com as avaliações diagnósticas lá realizadas.

Sendo assim, a carência do trabalho da Psicologia é reconhecido e necessitado, porém ausente no serviço.

Em suma, o Ambulatório tem realizado avaliações diagnósticas, acompanhamento dos pacientes, cuidando dos tratamentos medicamentosos, e encaminhando-os para instituições em que eles possam receber os atendimentos necessários. O maior destino dos encaminhamentos do Ambulatório é para o Centro, pois é local de referência na cidade para atendimento aos autistas, além do que, para ser atendido lá, é necessário ter laudo médico que comprove o TEA. Entretanto, atualmente, o Centro está muito perto de sua capacidade máxima de atendimentos, e a lista de espera cada vez aumenta mais, o que nos faz pensar na questão da intervenção precoce. Jendreieck (2014) defende que quanto antes diagnosticar e intervir, melhor é o prognóstico do sujeito. Sendo assim, a necessidade é imediata por melhores condições de atendimento e maior número de profissionais, de diversas áreas, o que torna a situação muito delicada, pois as condições de atendimento oferecidas influenciam diretamente no desenvolvimento desses sujeitos.

Desde a inauguração do Ambulatório, houve mudanças significativas para o diagnóstico de autismo. Houve mudanças na nomenclatura dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, atualizando-se para Transtorno do Espectro do Autismo, não só a nomenclatura sofreu alterações, mas os critérios diagnósticos também. Entretanto, ainda há dúvidas quanto qual classificação utilizar, visto que o Decreto nº 8.368 sugere a utilização da CID, como manual padrão, porém o DSM, recentemente atualizado, é o manual mais utilizado na clínica médica. Através disso, o Ambulatório adaptou-se a essas mudanças, excluindo as subcategorias autismo, englobando-os dentro de um grande espectro, utilizando-se da CID somente para o fornecimento de laudos médicos. Apesar das mudanças, é questionado como são realizados os diagnósticos de pessoa com a “antiga” Síndrome de Asperger, uma vez que existem instrumentos e momentos específicos para avaliá-los. Attwood (2010) indica duas etapas de avaliação, nos casos de suspeita de SA, a primeira envolvendo pais e professores, e a segunda um exame diagnóstico com critérios específicos contemplem as características da SA. Com o DSM-5, entende-se que esses sujeitos são considerados com autismo de nível 1, contudo, acredita-se que seria interessante formas de avaliação diagnóstica

distintas, devido as grandes diferenças que existem entre o nível 1 e o 3. A escala CARS poderia ser utilizada nesse contexto, uma vez que tem como resultados a intensidade do autismo, mas, devido a falta de tempo dos profissionais, essa escala está deixando de ser utilizada. Constatou-se que essa desejada diferenciação não ocorre por parte dos profissionais do Ambulatório, pois eles seguem os padrões do DSM-5. A inclusão do processamento sensorial, de Reis, Pereira e Almeida (2013), como critério a ser avaliado demonstra que cada vez mais vem sendo estudadas as especificidades de cada sujeito, comprovando, então, a importância de avaliações diagnósticas qualificadas e específicas para a suspeita diagnóstica. No entanto, apesar do diagnóstico ser considerado o mesmo, o Centro demonstrou perceber que existem diferenças entre os sujeitos, e preocupa-se em proporcionar atividades que contemplem a singularidade de cada um. Pires (2007) sustenta que a nova nomenclatura abrange todos os autismos, pois compreende que o TEA não é homogêneo, sendo caracterizado por três grandes áreas de prejuízo, mas em cada caso esses prejuízos variam de intensidade.

Acredita-se que a inauguração do Centro, além de atender às políticas públicas, foi um marco importantíssimo da luta pelo atendimento de pessoas com TEA para a cidade. Considerado como Centro Referência no trabalho que realiza, ele trouxe muitos benefícios para os autistas e suas famílias, o que pode explicar a grande procura pelos atendimentos lá ofertados. Percebe-se uma cultura de atendimento somente ao sujeito, intervindo em áreas com prejuízo devido ao autismo, entretanto, as famílias deles não são tão incluídas nesse processo, muitas vezes sendo colocadas em um papel neutro ao desenvolvimento do sujeito. Há, no Centro, o trabalho da psicóloga que visa essencialmente buscar por essas famílias, fazê-las compreender seu papel, importância e responsabilidade junto às instituições, além de entender, questionar e refletir o que é o autismo e todas as particularidades que estão envolvidas. Contudo, a Psicologia não se limita somente a trabalhar com as famílias, é muito interessante o olhar psicológico durante o processo avaliativo, no momento de articulação, organização e encaminhamento de intervenções adequadas, acompanhamento das famílias no descobrimento do TEA e acompanhamento psicoterápico do próprio sujeito autista. A Psicologia tem conquistado o seu espaço, mas ainda há muito que ser feito, muitos sujeitos e famílias ainda podem ser beneficiados com o apoio psicológico.

O trabalho articulado entre as instituições que mais atendem a autista, o Ambulatório e o Centro, pode ter influenciado significativamente na demanda por atendimentos e realização de diagnósticos no Ambulatório, uma vez que o autismo está sendo mais esclarecido e conhecido perante a sociedade, e existem alternativas possíveis e acessíveis aos que necessitam. Ou seja, quanto mais disseminadas as informações acerca do autismo, maiores são as chances de ser realizado um diagnóstico precoce e consequentemente intervenções precoces, o que, como foi estudado anteriormente, apresentam resultados de ser mais eficazes para os autistas. A falta de informações é algo presente entre as famílias de autistas, mostrando-se necessário um trabalho de acolhimento e explicativo.

A faixa etária de 03 anos, para a literatura, é a idade “ideal” para ser realizado o diagnóstico de TEA, e é essa a idade que a maior parte das crianças recebeu o diagnóstico no Ambulatório. Schwartzman (2011) aponta que antes dos 03 anos já são percebidos prejuízos típicos que caracterizam o autismo. O diagnóstico precoce também se mostrou evidente, pois 11 crianças foram diagnosticadas antes dos 03 anos, o que indica que tendência a terem bons prognósticos, se aliados à intervenção precoce. Entretanto, mostrou-se evidente o alto número de sujeitos diagnosticados tardiamente, o que é preocupante, pois isso pode prejudicar o desenvolvimento e bom prognóstico dos sujeitos. Percebeu-se também que nos prontuários a falta de informações é recorrente, seja em datas específicas, uso de medicação, ou seja, nem sempre os prontuários são claros, objetivos e completos. Aqui entra novamente a questão da não diferenciação de métodos no processo avaliativo, ou seja, mesmo com as mudanças propostas pelo DSM, a maneira pela qual o Ambulatório avalia seus pacientes é a mesma, sendo assim, não fica clara quais pacientes são de nível 1,2 ou 3. Ao longo do estudo, foi observado que a reavaliação do diagnóstico acontece, uma vez que a cada nova consulta médica, as características do TEA são revistas, sendo observadas possíveis alterações da intensidade dos sintomas.

Em relação aos tratamentos ofertados para TEA, foi constatada a alta incidência de uso de medicação, para controle dos sintomas considerados inadequados. Dos 80 sujeitos pesquisados, 64 fazem tratamento medicamentoso. Irritabilidade, estereotípicas e agitação são os principais sintomas-alvo para iniciar o tratamento. Esse número permite pensar sobre os altos níveis de medicalização, se a

medicação é realmente necessária ou se há a dificuldade de manejo, por parte dos pais, professores e demais profissionais envolvidos com o sujeito autista. Outra questão a ser pensa é o que é considerado um comportamento inadequado, porque tais comportamentos acontecem, não seriam eles formas de expressão, de comunicação? Aqui, também é percebida a falta do profissional da Psicologia, pois cabe a esse profissional compreender o funcionamento desse sujeito específico, como são suas formas de comunicação, como ele expressa seus sentimentos, ou seja, perceber a subjetividade dele, podendo pensar com ele e com os demais profissionais e familiares, como ele é, o que necessita e principalmente, como se comunica.

De maneira geral, as intervenções que os sujeitos pesquisados recebem são todas ofertadas pelo Centro, o que mostra não haver outro local na cidade que seja especializado em atendimento aos autistas. Isso leva a refletir sobre onde estavam esses autistas antes da inauguração do Centro, onde eram atendidos, que tipo de intervenção recebiam. Essas são questões que demonstram a baixa infraestrutura para atender a essa demanda por atendimento, o que pode ter influenciado diretamente aos indivíduos com TEA, uma vez que é sabido quais são os benefícios que as intervenções trazem a eles. O Atendimento Educacional Especializado é de longe o atendimento mais ofertado aos sujeitos, principalmente porque o Centro oferece esse atendimento a todos os seus alunos que estão em idade escolar. Os alunos menores recebem o atendimento de Estimulação Precoce. A partir desse atendimento, as professoras avaliam as potencialidades e dificuldades do aluno e os encaminham para os atendimentos oferecidos no Centro, ou seja, as intervenções são pensadas e organizadas para cada aluno. A Educação Física, Tecnologia Assistiva, Ludoterapia, Psicomotricidade, Arteterapia e Psicopedagogia são atendimentos que os alunos recebem de acordo com as possibilidades, tanto da instituição, quanto do próprio sujeito. Cabe salientar que no Centro há o serviço de Psicologia, porém para os familiares dos autistas. A psicoterapia foi apontada como uma forma de intervenção carente do Centro, e que tem se mostrado necessário em alguns casos, ou seja, é reconhecido o papel do psicólogo, não só para atendimento familiar, mas também para os próprios alunos. No ano de 2016, novas atividades foram ofertadas, como atendimento com profissionais da Fonoaudiologia, contudo, a coleta de dados já havia sido realizada. Esse dado permite pensar que, dentro da

capacidade e possibilidade, o Centro tem se expandido, selecionando profissionais de diversas áreas para que componham o quadro dos diferentes tipos de intervenções propostas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de todas as ideias expostas, dados coletados e analisados, é possível, principalmente, pensar sobre o papel e a importância da Psicologia em relação ao TEA. Assim como todos os profissionais que se envolvem com sujeitos autistas, o psicólogo também é uma peça importantíssima no processo de avaliação diagnóstica, planejamento interventivo e na intervenção em si. A presença do profissional é reconhecida pelos demais profissionais, porém não é presente. Isso se mostrou evidente devido a uma particularidade desse estudo, em ter sido realizado em instituições públicas, ou seja, os profissionais pesquisados, que trabalham diretamente com o TEA, ou não são os responsáveis por formarem as equipes ou apresentam carências maiores em outras áreas para atendimento. Sendo assim, é de suma importância a inserção do trabalho psicológico com os sujeitos e suas famílias, para que cada vez mais casos sejam avaliados especificamente e mais sujeitos sejam beneficiados com o que a Psicologia tem a oferecer.

Em se tratando de avaliação psicológica, existem diversos testes psicológicos que podem ser utilizados como ferramenta para o psicodiagnóstico, porém não existem testes específicos para avaliar TEA. Os maiores instrumentos específicos são escalas avaliativas, que podem ser usados por todos os profissionais. Isso demonstra a necessidade de novos estudos na área de psicodiagnóstico para autismo, visto que é uma área que é carente tanto de profissionais quanto de instrumentação. O olhar do psicólogo sobre o sujeito, sua leitura acerca do funcionamento psíquico, os meios de compreensão sobre a comunicação e expressão são fatores de extrema importância para o entendimento do sujeito como um todo e que não podem ser deixados de lado. Ou seja, é importante esclarecer quais são os prejuízos do transtorno no sujeito, quais áreas estão preservadas, mas considerar a subjetividade, a particularidade de cada um é essencial, pois é essa sensibilidade que irá abrir caminhos para os trabalhos a serem realizados. A família e escolas se mostram essenciais na avaliação, pois permitem analisar a criança em contextos naturais. É a partir da compreensão do sujeito que será facilitado o

planejamento junto da família, da escola e dos profissionais, uma vez que o plano atenderá as demandas observadas, levando em conta a singularidade do autista.

Sendo assim, é possível concluir esse Trabalho de Conclusão de Curso com o sentimento de que há ainda muito a ser estudado e desenvolvido. A luta pelos direitos e necessidades dos autistas já avançou muito, porém ainda há muito pelo que se lutar. Esse trabalho permitiu registrar o quão pouco a Psicologia tem contribuído no contexto do TEA, incentivando a procurar meios de aumentar as formas de contribuição aos sujeitos autistas, suas famílias, aos professores e demais profissionais envolvidos. A Psicologia se mostrou necessária em todos os aspectos estudados ao longo desse trabalho, proporcionando, então, a reflexão sob que formas a Psicologia pode se inserir e contribuir para o desenvolvimento dos autistas.

Além de refletir a papel do psicólogo nos processos avaliativos e interventivos de sujeitos com TEA, é importante salientar a necessidade de serem realizados questionamentos sobre como se dão esses processos. Compreende-se a falta de profissionais da área da Psicologia, porém foi observado que não há equipes multiprofissionais que englobam os casos. Cada instituição tem trabalhado dentro da sua área, e por vezes há a integração dos serviços. Isso significa que, na maioria das vezes, o autista é olhado sob o olhar único daquele profissional, sem poder compartilhar com o olhar dos outros. Isso permite pensar que indivíduo é visto “em pedaços”, sem compreendê-lo e respeitá-lo como um todo. Com isso, é salientada a importância em avançar nos atendimentos em equipes multiprofissionais, tanto para avaliação e diagnóstico, quanto para tratamentos e intervenções a serem propostas. Por fim, é apontado que a compreensão da singularidade e individualização da intervenção são as ações primordiais no atendimento ao TEA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

AMY, Marie Dominique. **Enfrentando o autismo:** a criança autista, seus pais e a relação terapêutica. [trad. Sérgio Tolipan]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

ARAÚJO, Ceres Alves de. A intervenção psicológica. In. Schwartzman, José Salomão; Araújo, Ceres Alves de. Transtornos do Espectro Autista. São Paulo: Mennon, 2011. p 227-237.

_____. Psicologia e os Transtornos do Espectro do Autismo. In. Schwartzman, José Salomão; Araújo, Ceres Alves de. Transtornos do Espectro Autista. São Paulo: Mennon, 2011. p 173-201.

ARGOLLO, Nayara. NEPSY-II: avaliação neuropsicológica do desenvolvimento. In. Malloy-Diniz, Leandro F. et al. Avaliação Neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 367-373.

ASPERGER, Hans. **Die autistischen psychopathen im kindesalter.** Archiv Fur Psychiatric und Nervenkrank.tein, 1944

ASSUMPÇÃO JR, Francisco B.; KUCZYNSKI, Evelyn. In. Schwartzman, José Salomão; Araújo, Ceres Alves de. Transtornos do Espectro Autista. São Paulo: Mennon, 2011. p 43-54.

ATTWOOD, Tony. **A Síndrome de Asperger**. 3 ed – Portugal: Babel, 2010.

BARROS, Izelinda Garcia de. Autismo e psicanálise no Brasil: história e desenvolvimentos. In. Schwartzman, José Salomão; Araújo, Ceres Alves de. Transtornos do Espectro Autista. São Paulo: Mennon, 2011. p. 27-36.

BRASÍLIA. Decreto n.º8.368, de 2 de dezembro de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

BRITO, M. C.; MISQUIATTI, A. R. N (org.). **Transtornos do espectro do autismo e fonoaudiologia:** atualização multiprofissional em saúde e educação. – 1 ed. – Curitiba, PR: CRV, 2013.

BRUNONI, Décio. Genética e os Transtornos do Espectro do Autismo. In. Schwartzman, José Salomão; Araújo, Ceres Alves de. Transtornos do Espectro Autista. São Paulo: Mennon, 2011. p.55-65

CAMINHA, Renato et al. O modelo cognitivo aplicado à infância. In.Rangé, Bernard. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 633-653.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artmed, 1993.

Christensen DL, Baio J, Braun KV, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilties Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. MMWR Surveill Summ 2016:65(No. SS-3)(No. SS-3):1-23. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6503a1. Acessado em 05 de maio 2016

CUNHA, Jurema Alcides. Rorschach “tradicional”: noções de Klopfer. In. Cunha, Jurema Alcides et al. Psicodiagnóstico-V. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 341-367.

ESTEBAN, Maria Paz Sandín, **Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições**. Tradução Miguel Cabrera – Porto Alegre: AMGH, 2010

FERRARI, Pierre. **Autismo infantil: o que é e como tratar** [tradução Marcelo Dias Almada]. – 4 ed. – São Paulo: Paulinas, 2012

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. – 7 ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FREITAS, Neli Klix. TAT – Teste de Apercepção Temática, conforme o modelo interpretativo de Murray. In. Cunha, Jurema Alcides et al. Psicodiagnóstico-V. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 399-408.

FRITH, Utah. **Why we need cognitive explanation of autism. The quarterly journal of experimental psychology.** L. 1-20, 2012

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991

JENDREIECK, Céres de Oliveira. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. Rev. Psicol. Argum., Curitiba, v. 32, n. 77, p. 153-158, abr./jun. 2014. Disponível em: http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=14629&dd99=view&dd98=pb. Acessado em 26 de abril de 2016

JORGE, Miguel R. (ORG). **Manual diagnóstico de transtornos mentais:** DSM – IV –TR. 4 ed. Ver. São Paulo: Artmed, 2003.

KANNER, Leo. **Autistic disturbances of affective contact.** Nervous child, 1943

LAURENT, Éric. **A batalha do autismo** – Da clínica à política. – 1 ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LEBOVICI, Serge; MAZET, Philippe, org; trad. Leda Maria Fischer Bernardino. **Autismo e psicoses da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

LEON, Viviane Costa de; OSÓRIO, Lavínia. O método TEACHH. In. Schwartzman, José Salomão; Araújo, Ceres Alves de. Transtornos do Espectro Autista. São Paulo: Mennon, 2011. p.263-277.

LOSAPIO, Mirella Fiuza; PONDE, Milena Pereira. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 221-229, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000400011&lng=en&nrm=iso>.accesson 12 Oct. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000400011.

NUNES, Débora Regima de Paula; SERRA-PINHEIRO, Maria Antonia. Transtornos invasivos do desenvolvimento. In. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 538-550.

NUNES, L. R. d'O. de P.; SUPLINO, M.; WALTER, C. C. de F., (org.). **Ensaios sobre autismo e deficiência múltipla**. Marília: ABPEE: Marquezine & Manzini, 2013.

PEREIRA, Alessandra; RIESGO, Rudimar S.; WAGNER, Mario B.. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 84, n. 6, p. 487-494, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000700004&lng=pt&nrm=iso>.acessosem 12 out. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000700004.

PIRES, Luciana. **Do silêncio ao eco** – Autismo e Clínica Psicanalítica. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2007.

REIS, Edna Afonso; REIS, Ilka Afonso. **Análise descritiva de dados:** síntese numérica. 1 ed. Minas Gerais, 2002.

REIS, Helena Isabel Silva; PEREIRA, Ana Paula da Silva; ALMEIDA, Leandro da Silva. Construção e validação de um instrumento de avaliação do perfil desenvolvimental de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília , v. 19, n. 2, p. 183-194, Junho 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 26 de abril de 2016.

RODRIGUEZ, Rita de Cássia M. C. **Interculturalidade com o Universo Autista (Síndrome de Asperger) e o estranhamento docente.** Tese de Doutorado. Poa: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006

RODRIGUEZ, Rita de Cássia M. C.; PEREIRA, Ana Paula; PELLEGRINI, Isadora. **Processos Mentais e Aprendizagem de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo**. Relatório de Pesquisa. UFPEL/Universidade do Minho, 2014

SATO, FP. Validação da versão em português de um questionário para avaliação de autismo infantil [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo: 2008. 111p.

SCHWARTZMAN, José Salomão; Araújo, Ceres Alves de. **Transtornos do Espectro Autista**. São Paulo: Mennon, 2011.

SAULNIER, Celine; QUIRMBACH, Linda; KLIN, Ami. Avaliação clínica de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. In. Schwartzman, José Salomão; Araújo, Ceres Alves de. Transtornos do Espectro Autista. São Paulo: Mennon, 2011, p. 159-172.

SILVA, Joana Sofia Teixeira da. Perturbações do Espectro do Autismo: factores associados à idade de diagnóstico. Repositório Aberto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, 2011. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62228/2/Perturbaes%20do%20Espectro%20do%20Autismo.pdf> acessado em 05 de maio 2016.

SURIAN, Luca. **Autismo: informações essenciais para familiares, educadores e profissionais de saúde**. [trad. Cacilda Rainho Ferrante]. São Paulo: Paulinas, 2010.

WERLANG, Blanca Guevara. TAT, conforme o modelo de Bellak In. Cunha, Jurema Alcides et al. Psicodiagnóstico-V. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 409-415.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 30, n. 1, p. 25-33, Mar. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100004&lng=en&nrm=iso>. acessado em 05 de maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004.

ANEXO

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PSICOLOGIA
"Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de sujeitos com Transtorno do Espetro Autista: a importância da intervenção e do papel do psicólogo"

Graduanda: Isadora Albrecht Pellegrini
Orientadora: Rita de Cássia Morem Cóssio Rodriguez

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente termo de consentimento, declaro que autorizo a minha participação no Trabalho de Conclusão de Curso **Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de sujeitos com Transtorno do Espectro do Autismo: a importância da intervenção e do papel do psicólogo**, pois fui informado (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido (a), bem como do registro e publicação dos dados coletados, sem identificação e nomeação dos pesquisados.

Fui igualmente informado(a):

1. do objetivo do trabalho que é analisar os processos de avaliação, diagnóstico, tratamento, intervenção e encaminhamento de pessoas com TEA, atendidas no Ambulatório e Centro, compreendendo o papel do psicólogo nestes contextos;
2. de que os riscos, na pesquisa, são mínimos e que poderei ou não responder a questões em sua totalidade, caso me sinta desconfortável;
3. de que o benefício da pesquisa é de acompanhar o avanço dos atendimentos realizados juntos aos sujeitos atendidos, analisar os avanços nos processos de diagnóstico, avaliação, intervenção e encaminhamento dos sujeitos com TEA;
4. de os procedimentos da pesquisa são revisão de prontuários e entrevistas semi-estruturadas;
5. da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa;
6. da liberdade de retirar minha participação a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo;
7. da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao trabalho em questão;
8. do compromisso de proporcionar informações atualizadas durante o estudo;
9. da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos à minha saúde ou dos meus responsáveis, diretamente causados por esta pesquisa e, somente, na exclusividade desta.

Nome: _____

CI: _____

Assinatura:_____

APÊNDICES

APÊNDICE A

ENTREVISTA – AMBULATÓRIO DE NEURODESENVOLVIMENTO

1. Número de profissionais que atuam com TEA
   - Total:
   - Especialidades:

2. Critérios diagnósticos e caracterização clínica
   - Formas de avaliação (instrumentos):
   - Critérios:
   - Utilizam critérios específicos para a Síndrome de Asperger:
   - Caracterizações/Observações clínicas:

3. A reavaliação do diagnóstico é realizada? Se sim, quando?

4. Formas de tratamento

   - Tratamento medicamentoso:
   - Outras. Quais?

5. Intervenções sugeridas a serem realizadas no Ambulatório:

6. Encaminhamentos: com sugestões de intervenção? Para onde são encaminhados?

7. Psicologia: papel do psicólogo na avaliação e diagnóstico; intervenção psicológica.

8. Família: como se dá o acompanhamento, adesão e continuidade ao tratamento.

APÊNDICE B

ENTREVISTA – CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO AO AUTISTA

1. Os alunos com TEA estão incluídos na rede? Quantos?

2. Como se dá a relação entre o Centro e escola? E com o Ambulatório?

3. Como são realizados os encaminhamentos dos alunos TEA

   - para os atendimentos no Centro?

   - para as escolas?

   - para reavaliação de diagnóstico?

   - outros encaminhamentos?

4. Os professores recebem formação para atuarem com crianças TEA?

5. Outras informações consideradas relevantes.

APÊNDICE C

ENTREVISTA PSICÓLOGA

1. Como é o trabalho realizado no Centro? Quais são os projetos realizados?

2. Atende às famílias?

3. O que pensa sobre psicoterapia com sujeitos TEA?

4. Realiza psicoterapia com os sujeitos com TEA?

5. Como percebe a participação do psicólogo na avaliação e diagnóstico de TEA?

6. Quais intervenções são indicadas para esses sujeitos?

7. Quais são as dificuldades e possibilidades do trabalho como psicóloga?

8. Mantém contato com as escolas? Como é a relação?

APÊNDICE D

NOME	PRONTUÁRIO	NASCIMENTO	ANO DO DIAGNÓSTICO	IDADE DO DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	INTERVENÇÃO/ TRATAMENTO	INTERVENÇÕES INSITUIÇÃO 1	INTERVENÇÕES INSTITUIÇÃO 2