

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

BRUNA FÁTIMA DOS SANTOS

**ESCALA DE RASTREIO DE AUTISMO INFANTIL BRASILEIRA: CONSTRUÇÃO
E ESTUDOS PSICOMÉTRICOS**

CAMPINAS

2025

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

BRUNA FÁTIMA DOS SANTOS

**ESCALA DE RASTREIO DE AUTISMO INFANTIL BRASILEIRA: CONSTRUÇÃO
E ESTUDOS PSICOMÉTRICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da Escola de Ciências da
Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
como exigência para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Solange Muglia Wechsler

CAMPINAS

2025

Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI
Gerador de fichas catalográficas da Universidade PUC-Campinas
Dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S237e	Santos, Bruna Fátima Escala de rastreio de autismo infantil brasileira : Construção e estudos psicométricos / Bruna Fátima Santos. - Campinas: PUC-Campinas, 2025. 90 f. Orientador: Solange Muglia Wechsler. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação em Psicologia, Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2025. Inclui bibliografia. 1. Escala de rastreio. 2. Autismo infantil. 3. Avaliação psicológica. I. Wechsler, Solange Muglia . II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Escola de Ciências da Vida. Programa de Pós Graduação em Psicologia. III. Título.
-------	--

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS ESCOLA DE
CIÊNCIAS DA VIDA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO
SENSU EM PSICOLOGIA

BRUNA FÁTIMA DOS SANTOS

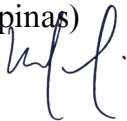
ESCALA DE RASTREIO DE AUTISMO INFANTIL BRASILEIRA: CONSTRUÇÃO
E ESTUDOS PSICOMÉTRICOS

Dissertação defendida e aprovada em 23 de junho de 2025 pela
Comissão Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) Solange Muglia Wechsler Orientador(a) da
Dissertação e Presidente da Comissão Examinadora Pontifícia
Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Solange Wechsler

Prof. Dr. Wanderlei Abadio de Oliveira
Pontifícia Universidade Católica de
Campinas (PUC-Campinas)



Prof. Dr. Elizeu Coutinho de
Macedo Universidade Presbiteriana
Mackenzie (UPM)



DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que mesmo sem terem tido a oportunidade de estudar além do 3º ano do fundamental, sempre me apoiaram e incentivaram com todo amor e dedicação. Ao meu namorado, que tirou do meu caminho todos os obstáculos que pôde, para que eu pudesse me dedicar de corpo e alma a este mestrado. Vocês são tudo para mim.

AGRADECIMENTOS

A jornada do mestrado foi intensa, desafiadora e, acima de tudo, transformadora. E ela só foi possível porque eu não caminhei sozinha.

Agradeço, com todo o meu amor, à minha família e ao meu namorado, que me apoiaram em cada passo, que deram tudo de si para que eu pudesse me dedicar por completo a essa etapa. Obrigada por compreenderem a minha ausência em tantos momentos, em casa e nos eventos, e por respeitarem o meu silêncio e o isolamento que tantas vezes foram necessários para que eu pudesse escrever. Ao meu namorado, que enfrentou comigo os dias mais difíceis, acolheu minhas crises de choro, preparou o terreno ao meu redor com tanto cuidado para que eu pudesse seguir firme. Obrigada por manter tudo em ordem quando eu só conseguia me concentrar no caos do texto. À minha família, pelas orações, pelas velas acesas, pelo amor incondicional e por uma fé em mim tão profunda que, muitas vezes, nem eu mesma tinha.

À minha orientadora Solange Muglia, minha gratidão pela confiança, pela escuta e pela orientação ao longo de todo o processo. À minha turma de laboratório — Ellen Martins, Ellen, Luigi e Marcelo — obrigada por serem porto seguro nos dias sem sol. Por me ajudarem, tirarem minhas dúvidas, compartilharem caminhos. A presença de vocês foi fundamental.

Às minhas amigas, que foram apoio e resgate nos momentos mais difíceis desses dois anos. Às minhas amigas; Letícia Cardoso, obrigada por me incentivar a iniciar o mestrado e, junto de Fernanda e Gabi, Letícia Custódio e Gabi Frasson, obrigada pelos cinemas, cafês, encontrinhos e rodízios de comida japonesas, que salvaram meus dias.

Ao professor Rodolfo Ambiel e à sua turma de laboratório, que me acompanharam de perto e me apoiaram sem deixar que eu desmoronasse.

A todos vocês, meu mais sincero e eterno obrigada.

SUMÁRIO

Resumo	9
Abstract	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1	13
Transtorno do Espectro Autista: Conceituação histórica	13
CAPÍTULO 2	21
Fatores Etiológicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA)	21
CAPÍTULO 3	28
Fatores Epidemiológicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA)	28
CAPÍTULO 4	32
Avaliação psicológica no TEA	32
Avaliação psicológica do TEA no Brasil	33
OBJETIVOS	39
<i>Objetivo geral:</i>	39
<i>Objetivos específicos:</i>	39
MÉTODO	40
Estudo 1: Construção de escala de rastreio de autismo infantil	40
<i>Procedimentos</i>	41
Estudo 2: Investigação das evidências de validade com base no conteúdo	44
<i>Participantes</i>	45
<i>Instrumento</i>	45
<i>Procedimentos</i>	46
<i>Análise de dados</i>	47
<i>Resultados</i>	49
Estudo 3: Investigação das diferenças na percepção de profissionais da psicologia e pais de pessoas autistas quanto às características do TEA	54
<i>Participantes</i>	54
<i>Instrumento</i>	56
<i>Procedimentos</i>	56
<i>Análise de dados</i>	57
<i>Resultados</i>	58
DISCUSSÃO	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68

Referências	70
ANEXOS	80
Anexo B: Aprovação do Estudo no Comitê de Ética	81
Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Juízes	87
Anexo D: Questionário Sociodemográfico Para Juízes.....	89
Anexo G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Psicólogos e Pais	90

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Compreensão Acerca da Conceituação do Autismo ao longo do Tempo.....	16
---	----

INDICE DE TABELAS

Tabela 1	19
Tabela 2	36
<i>Itens da escala por dimensão avaliada</i> Tabela 3 Itens da escala por dimensão avaliada.....	43

Resumo

Apesar dos esforços nacionais para o desenvolvimento de instrumentos de rastreamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), ainda há escassez de escalas validadas psicometricamente e alinhadas às diretrizes diagnósticas mais recentes. Esta dissertação teve como objetivo desenvolver e investigar as propriedades psicométricas iniciais da Escala de Rastreamento de Autismo Infantil Brasileira (ERAI), instrumento voltado à detecção precoce de sinais do TEA em crianças brasileiras de 2 a 11 anos. A pesquisa foi estruturada em três estudos. O primeiro teve como objetivo elaborar os itens da escala com base em evidências teóricas e critérios psicométricos. O segundo consistiu na validação de conteúdo, realizada por quatro juízas especialistas, com base em análise percentual. O terceiro estudo, de natureza qualitativa, objetivou investigar e comparar a percepção de psicólogos e pais de pessoas com TEA sobre as características do autismo, envolvendo 50 participantes – sendo 37 psicólogos e 13 pais de crianças com autismo. A análise de concordância entre as quatro juízas permitiu a formulação de uma versão mais refinada da escala, que passou de uma proposta inicial de 70 itens para 60. O resultado comparativo entre psicólogos e pais indicou que os psicólogos demonstraram alto grau de concordância com as respostas consideradas ideais, o que evidencia a afinidade da escala com o conhecimento técnico e clínico necessário para o rastreamento do TEA. Já os responsáveis apresentaram padrões mais heterogêneos de resposta, com menor índice de concordância. Foram identificadas limitações no presente estudo, indicando a necessidade de continuidade da investigação. Recomenda-se a realização de análises adicionais, aplicação em amostras mais amplas e representativas, incluindo crianças com desenvolvimento típico, com TEA e com outras condições do neurodesenvolvimento, visando aferir sua sensibilidade e especificidade diagnóstica. Conclui-se que a ERAI pode contribuir para o rastreio de indivíduos com TEA. Sua futura incorporação à prática profissional poderá contribuir significativamente para o rastreamento precoce do TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, escala de rastreamento, avaliação autismo infantil.

Abstract

Despite national efforts to develop screening instruments for Autism Spectrum Disorder (ASD), there remains a shortage of psychometrically validated scales aligned with the most recent diagnostic guidelines. This dissertation aimed to develop and examine the initial psychometric properties of the Brazilian Child Autism Screening Scale (ERAI), an instrument designed for the early detection of ASD signs in Brazilian children aged 2 to 11 years. The research was structured into three studies. The first aimed to construct the scale items based on theoretical evidence and psychometric criteria. The second study involved content validation, conducted by four expert judges through percentage agreement analysis. The third, a qualitative study, sought to investigate and compare the perceptions of psychologists and parents of individuals with ASD regarding the characteristics of autism, involving 50 participants—37 psychologists and 13 parents of children with autism. The agreement analysis among the four judges led to a more refined version of the scale, reducing it from an initial 70 items to 60. The comparative results between psychologists and parents indicated that psychologists showed a high degree of agreement with the responses considered ideal, highlighting the scale's alignment with the technical and clinical knowledge required for ASD screening. In contrast, caregivers demonstrated more heterogeneous response patterns, with lower levels of agreement. The study identified limitations, indicating the need for continued investigation. Additional analyses are recommended, including application to broader and more representative samples—encompassing children with typical development, ASD, and other neurodevelopmental conditions—to assess the scale's diagnostic sensitivity and specificity. It is concluded that the ERAI may contribute to the screening of individuals with ASD. Its future incorporation into professional practice could significantly enhance early ASD screening.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, screening scale, child autism assessment.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) representa uma condição do neurodesenvolvimento que se manifesta precocemente e compromete de maneira significativa a comunicação social, o comportamento e a flexibilidade cognitiva do indivíduo (American Psychiatric Association, 2022). A identificação precoce de sinais compatíveis com o transtorno é fundamental para viabilizar intervenções precoces, que têm sido consistentemente associadas a melhores desfechos no desenvolvimento global da criança (Wisner-Carlson & Flis, 2020). Contudo, no contexto brasileiro, ainda há desafios substanciais quanto à detecção e ao rastreamento do TEA, especialmente em virtude da escassez de instrumentos validados e adaptados à realidade cultural e linguística do país (Côrtes, 2020).

Nesse cenário, a criação de uma escala de rastreamento de autismo no Brasil fundamenta-se na necessidade de um instrumento psicométrico original, validado e culturalmente sensível às especificidades da população brasileira. Atualmente, as escalas utilizadas no país são, em sua maioria, adaptações de instrumentos estrangeiros, o que pode comprometer sua precisão ao não captarem integralmente as particularidades linguísticas, sociais e comportamentais do contexto local. Além disso, tais adaptações frequentemente envolvem custos elevados, tanto financeiros quanto técnicos, tornando seu acesso mais restrito.

O desenvolvimento de uma escala original, devidamente validada pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), contribuiria de forma significativa para a ampliação das ferramentas disponíveis aos profissionais da Psicologia, assegurando maior precisão na identificação dos sinais precoces do transtorno. Além disso, garantiria conformidade com os requisitos éticos e normativos vigentes para o uso de instrumentos psicológicos no Brasil, fortalecendo a prática profissional e possibilitando intervenções mais eficazes e acessíveis.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos teóricos, seguidos das seções metodológica, de resultados e de análise. O Capítulo 1, intitulado *Transtorno do Espectro Autista: Conceituação histórica*, apresenta uma contextualização do TEA a partir de sua trajetória conceitual e classificatória, abordando as principais mudanças nos critérios diagnósticos ao longo do tempo, com base nas versões dos manuais internacionais de diagnóstico e suas implicações para a prática clínica. O Capítulo 2, denominado *Fatores etiológicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA)*, discute as evidências científicas acerca da etiologia do transtorno, com ênfase nos fatores genéticos, ambientais e neurobiológicos que contribuem para sua manifestação. Já o Capítulo 3, *Fatores epidemiológicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA)*, apresenta os dados mais recentes sobre prevalência e incidência do transtorno em diferentes contextos e populações, destacando os desafios metodológicos envolvidos na produção de dados epidemiológicos consistentes. O Capítulo 4, *Avaliação psicológica no TEA*, trata dos princípios, instrumentos e diretrizes relacionados à avaliação psicológica de crianças com suspeita de autismo, com atenção especial às exigências técnicas e éticas previstas pelo Conselho Federal de Psicologia. Após a parte teórica, são apresentados os capítulos referentes aos métodos, resultados e análises, que descrevem o processo de construção da escala de rastreamento do autismo proposta, incluindo a elaboração dos itens, a validação de conteúdo e as implicações do instrumento para a prática psicológica.

Em conclusão, o desenvolvimento de uma nova escala de rastreamento de autismo no Brasil é essencial para melhorar a qualidade e a precisão do diagnóstico do TEA no país. A validação cultural e psicométrica de um instrumento original atenderia às necessidades específicas da população brasileira, proporcionando uma ferramenta mais eficaz e acessível para os profissionais da área da Psicologia. Isso não apenas fortaleceria a prática profissional, mas também garantiria intervenções mais adequadas e eficazes, beneficiando diretamente as crianças e suas famílias.

CAPÍTULO 1

Transtorno do Espectro Autista: Conceituação histórica

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), é pertencente ao grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento. Os primeiros sinais podem ser observados nos primeiros meses de vida do bebê (Zanon & Bosa, 2014). O TEA, foi inicialmente nomeado de Autismo, e este termo foi utilizado pela primeira vez pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler em 1912 e originalmente vem da palavra grega *autos*, que significa “voltado para si”, pois surgiu a partir de observações realizadas com pacientes esquizofrênicos que perdiam contato com a realidade, parecendo viver em seu próprio mundo, sem conseguir manter uma comunicação com outras pessoas em seu meio (Greydanus & Toledo-Pereyra, 2012).

Leo Kanner, psiquiatra austríaco, foi responsável por desassociar a Esquizofrenia do autismo, entre 1943 e 1944, apoiado em um estudo que realizou com 11 crianças, nas quais foram observadas características de isolamento social, severas dificuldades em conviver e relacionar-se com pares, déficits acentuados na linguagem e interesses restritos por objetos e desejo pelo imutável, foram característica como essas que defendia o autismo como um distúrbio do neurodesenvolvimento (Bosa & Callias, 2000). Para Kanner, o Distúrbio do inato do contato afetivo e interpessoal, como ele nomeou, era totalmente distinto de transtornos como Esquizofrenia e Retardo Mental, iniciando uma nova perspectiva sobre a compreensão do que se tornaria transtorno autista ou autismo na infância (Volkmar & Wiesner, 2018).

Diante do exposto, na mesma época, 1944, Hans Asperger, um pediatra vienense, observou em seu estudo de doutorado, 4 crianças as quais ele referiu serem do mesmo tipo das descritas por Kanner pois apresentavam algumas características, tais como comportamentos e pensamentos compulsivos e obsessivos, linguagem expressiva atípica e dificuldade em relações sociais foram observadas (Rivière, 1997). Algumas das crianças mencionadas por Kanner, a

partir de suas observações, apesar dos transtornos, apresentavam alto nível de inteligência e grande desenvolvimento em assuntos que eram de interesse.

Diante da descoberta, o fenômeno observado foi denominado por Psicopatia Autística Infantil (Dias, 2015), identificando esta como uma forma mais branda do quadro de Autismo (Asperger & Frith, 1991). No entanto, por terem sido publicadas em alemão e durante a Segunda Guerra Mundial, este fenômeno foi pouco divulgado, ganhando notoriedade somente por volta de 1981, pela psiquiatra britânica Lorna Wing (Greydanus & Toledo-Pereyra, 2012).

Contata-se então que a definição de Autismo e seus critérios diagnósticos mudaram várias vezes. Em sua primeira edição publicada em 1952, o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, pela então *American Medico-Psychological Association*, que se tornaria *American Psychiatric Association*, era basicamente composto de uma lista de diagnósticos com a descrição clínica de cada categoria (Ribeiro, 2023). Nessa primeira versão o autismo foi classificado com um tipo de Reação Esquizofrênica tipo infantil.

Já na sua segunda versão lançada em 1968, o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM II), a descrição do Autismo era bastante similar à versão anterior, trazendo pequenas e discretas alterações nas nomenclaturas pois ainda descrevia o quadro como Esquizofrenia tipo infantil (APA, 1968; Araujo & Lotufo Neto, 2014; Silva & Elias 2020). Cook e Willmerdinger (2015) descrevem em seu estudo em 1980 no DSM III, que o autismo passa a ter uma designação própria e a nomenclatura passa a ser Transtorno Autista, desassociando de vez o autismo da Esquizofrenia e sendo incluído nos transtornos invasivos de desenvolvimento (TID), sendo suas características manifestadas na primeira infância ou adolescência (APA, 1989).

Em 1994 a definição de autismo muda novamente com o DSM IV, passando a fazer parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), adotando uma perspectiva de desenvolvimento mais clara, aproximando-se da Classificação Internacional de Doenças e

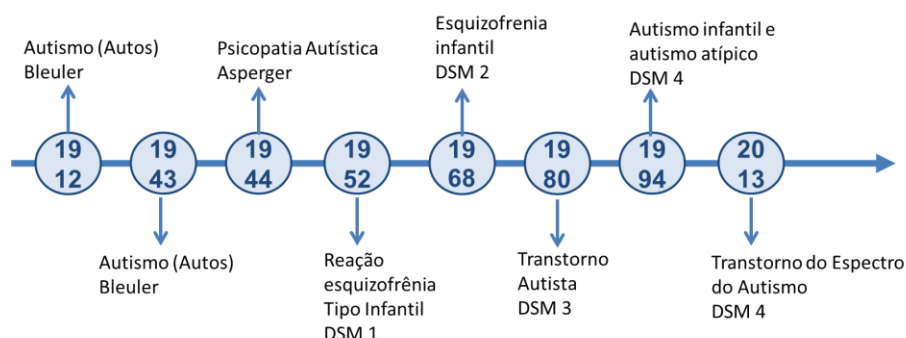
Problemas relacionados à saúde (CID-10), usando a terminologia Autismo Infantil e Autismo Atípico, sob o código F84 (APA, 1994; CID 1993). No DSM IV-TR (APA, 2002) diagnósticos como Autismo, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Síndrome de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, integravam o grupo de transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), pois seu diagnóstico passa a considerar as áreas de interação social, comunicação e comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados.

Publicado no ano de 2013, o DSM V, consolida a nomenclatura de Transtorno do Espectro Autista (TEA), além de promover grandes mudanças nos critérios diagnósticos, engloba transtornos anteriormente chamados de Autismo Infantil Precoce, Autismo Infantil, Autismo de Kanner, Autismo de Alto Funcionamento, Autismo Atípico, Transtorno Global do Desenvolvimento sem outras especificações, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno de Asperger (APA, 2014). Para diagnóstico passam a ser considerados os seguintes critérios: a) Déficits persistentes em comunicação social e interação social em múltiplos contextos e critério b) Padrões restritivos e repetitivos do comportamento, interesses ou atividades, sendo os sintomas dos critérios a e b, devem estar presentes precocemente, causar prejuízos significativo social, profissional ou demais áreas importantes. Quando os sintomas não são explicados por transtorno intelectual ou atraso global do desenvolvimento, tais características apresentam-se em 3 níveis de gravidade em que exige apoio (nível 1), apoio substancial (nível 2) e apoio muito substancial (nível 3) (APA, 2014).

Apresentaremos a seguir, na Figura 1 uma proposta sequencial para melhor compreensão da conceituação do autismo, criada pela autora para melhor compreensão.

Figura 1

Compreensão Acerca da Conceituação do Autismo ao longo do tempo



A partir de 2022 temos como referência as classificações da APA com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) e a Organização Mundial de Saúde (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID). O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) encontra-se em sua versão revisada da quinta edição, DSM-V-TR, lançado em 2022 (APA, 2023). Nessa última versão o TEA é caracterizado por prejuízos persistentes na comunicação recíproca e interação social, padrões restritos e repetitivos.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Texto Revisado da 5ª edição (DSM-5-TR), o diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) baseia-se em critérios que abordam a comunicação e interação social e padrões comportamentais restritos e repetitivos (APA, 2023). O critério A, refere-se a dificuldades persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos, incluindo a incapacidade de iniciar ou manter conversações, partilhar interesses, emoções ou afetos, bem como limitações na comunicação verbal e não verbal, envolvendo o contacto visual, a expressão facial, os gestos e a comunicação orofacial, podendo haver, inclusive, ausência total de comunicação funcional. Além disso, observa-se dificuldade na adaptação a diferentes contextos sociais, no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relações interpessoais, evidenciando desinteresse ou incapacidade de estabelecer vínculos com os pares. O critério B,

contempla padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados, por exemplo, através de movimentos motores estereotipados ou repetitivos, uso repetitivo de objetos ou fala, como vocalizações repetitivas e ecolalias; adesão inflexível a rotinas ou rituais, com resistência a mudanças e padrões alimentares seletivos ou evitativos; bem como hiper-reatividade ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais, como sons, texturas, estímulos visuais e olfativos. Já o critério C, estabelece que tais manifestações devem estar presentes desde o início do desenvolvimento infantil, embora possam tornar-se evidentes apenas quando as exigências sociais superam as capacidades limitadas do indivíduo ou serem dissimuladas por estratégias de adaptação aprendidas. O critério D determina que os sintomas devem causar prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito.

Por fim, o critério E, reforça que os déficits observados não podem ser mais bem explicados por deficiência intelectual isolada ou por atraso global do desenvolvimento, embora o TEA possa ocorrer concomitantemente com essas condições. Dessa forma, o diagnóstico de TEA requer uma análise criteriosa que considere a manifestação precoce dos sintomas, o impacto funcional associado e a exclusão de outras condições clínicas (APA, 2023).

O diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) requer uma avaliação criteriosa que considere a manifestação precoce dos sintomas, o impacto funcional associado e a exclusão de outras condições clínicas (American Psychiatric Association [APA], 2023). Para os critérios da categoria A, exige-se a presença de todos os indicadores que envolvem déficits na comunicação e na interação social, enquanto, para os critérios da categoria B, é necessária a manifestação de pelo menos dois dos quatro indicadores relacionados a padrões de comportamento restritivos e repetitivos. Os critérios A e B devem ser evidenciados por meio de história prévia ou avaliação atual, estando presentes desde o período inicial do desenvolvimento, conforme preconiza o critério C. Contudo, é importante destacar que esses

sinais podem não ser perceptíveis até que o indivíduo seja exposto a exigências sociais que ultrapassem suas habilidades, ou podem ser mascarados por estratégias adaptativas adquiridas em fases posteriores da vida.

De acordo com o critério D, os sintomas devem causar limitações ou prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, educacional, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Ainda, conforme determina o critério E, tais dificuldades não devem ser mais bem explicadas por outros transtornos do desenvolvimento, como deficiência intelectual isolada ou atraso global do desenvolvimento (APA, 2023). Nesse sentido, o diagnóstico de TEA exige não apenas a verificação rigorosa dos critérios clínicos, mas também a consideração de fatores ambientais e individuais que podem influenciar a manifestação dos sintomas em contextos específicos. Por esse motivo, recomenda-se a utilização de fontes múltiplas de informação para garantir maior confiabilidade no processo diagnóstico.

Embora os sintomas mais característicos do TEA possam ser identificados ainda durante o primeiro ano de vida, sintomas mais sutis tendem a ser reconhecidos apenas após o segundo ano de idade, o que pode atrasar o diagnóstico (APA, 2023). De acordo com Monteiro et al. (2017), existe atualmente uma preocupação crescente com o diagnóstico precoce e, consequentemente, com a intervenção precoce, visto que, em média, os indivíduos com TEA são diagnosticados somente após os cinco anos de idade, o que pode comprometer as oportunidades de desenvolvimento pleno. Ademais, os níveis de gravidade do TEA, apresentados no Tabela 1, são determinados pela quantidade de apoio necessária ao indivíduo nas áreas de comunicação social e comportamentos restritivos e repetitivos, influenciando diretamente sua autonomia e qualidade de vida (APA, 2023).

Tabela 1

Níveis de Necessidade de Suporte de Indivíduos com TEA

Nível de Suporte 1
• Apresenta dificuldade na ausência de apoio para iniciar interações sociais. • Realiza iniciações sem sucesso ou atípicas frente a iniciação de pares. • Pode apresentar desinteresse por pares e interações, mesmo com a capacidade de comunicar-se vocalmente com frases completas. • As tentativas de fazer amizades podem ser malsucedidas e atípicas. Inflexibilidade frente a mudanças ambientais e estímulos podem interferir em um ou mais ambientes.
Nível de Suporte 2
• Dificuldade nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal. • Apresenta prejuízo mesmo com apoio. • Dificuldade em iniciar e responder a interações sociais, respostas são limitadas a frases curtas e interesse restritos e reduzidos. • Inflexibilidade em lidar com mudanças ou comportamentos restritos, repetitivos, interferindo substancialmente em várias as áreas do contexto em que está inserido, causando sofrimento frente a mudanças de foco ou ações.
Nível de Suporte 3
• Caracterizado por dificuldades graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, causando prejuízos graves e limitações em iniciar e manter interações sociais.

-
- Comportamentos inflexíveis frente a alterações ambientais e rotina, na realização de ações e para mudança de foco, interferindo no funcionamento de todas as áreas da vida e causando sofrimento frente a essas mudanças.
-

Como foi apresentado no Quadro 2, a identificação do nível de suporte irá determinar a gravidade e a necessidade que o indivíduo tem nas suas interações sociais. A categorização dos níveis de suporte para indivíduos com TEA é essencial para a compreensão da gravidade e das necessidades específicas de cada pessoa. O TEA é um espectro que abrange uma ampla gama de dificuldades nas áreas de interação social, comunicação e comportamento, variando desde desafios mais leves até formas mais graves de comprometimento. A divisão em três níveis de suporte permite que os profissionais de saúde e educação adaptem suas intervenções às necessidades individuais de cada pessoa.

CAPÍTULO 2

Fatores Etiológicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

A etiologia do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é amplamente reconhecida como multifatorial, envolvendo a interação entre fatores genéticos, ambientais e biológicos que atuam sobre o neurodesenvolvimento desde o período pré-natal (Saraiva et al., 2024). A literatura recente tem aprofundado a compreensão sobre esses fatores, revelando mecanismos complexos que contribuem para a variabilidade observada nos indivíduos diagnosticados com o transtorno.

Essa perspectiva que a etiologia do TEA é multifatorial, envolvendo tanto componentes genéticos quanto ambientais é explicitamente defendida por Zhao et al. (2023), ao descreverem a condição como resultante de uma complexa interação entre fatores biológicos e ambientais. Essa mesma abordagem é compartilhada por Sauer et al. (2021), que reforçam a importância da hereditariedade e apontam evidências robustas de estudos com gêmeos, e por Saraiva et al. (2024), ao destacarem o papel de mutações genéticas de novo e variantes hereditárias raras. Portanto, há consenso entre esses autores quanto à impossibilidade de se atribuir o transtorno a uma única causa, destacando a natureza interativa dos fatores etiológicos.

Apesar desse consenso, nota-se uma ênfase distinta em determinados aspectos por parte dos autores. Enquanto Sauer et al. (2021) destacam fortemente a contribuição da hereditariedade com base em estudos de concordância entre gêmeos monozigóticos, Saraiva et al. (2024) concentram-se nos avanços das tecnologias de sequenciamento genético. Essa diferenciação sugere abordagens complementares: uma voltada à comprovação empírica da transmissão genética e outra à elucidação dos mecanismos moleculares subjacentes.

Por fim, a contribuição de Evangelho et al. (2021) apresenta uma singularidade relevante ao traçar um panorama específico da produção científica brasileira em neurogenética do TEA. Os autores alertam para o número reduzido de estudos nacionais com enfoque em

humanos no período de 2017 a 2020, o que revela uma lacuna no cenário científico nacional e a necessidade de maior incentivo à pesquisa na área. Esse aspecto, não abordado pelos demais autores, representa um ponto único e pertinente ao contexto da pesquisa neurogenética do autismo no Brasil.

A análise dos estudos de Zhao et al. (2023), Sauer et al. (2021), Saraiva et al. (2024), Evangelho et al. (2021) e Wang et al. (2023) revela um consenso significativo quanto à implicação de genes associados à função sináptica na etiologia do Transtorno do Espectro Autista (TEA), ao mesmo tempo em que destaca abordagens complementares e algumas contribuições singulares entre os autores.

Há uma concordância clara entre os autores em torno da ideia de que mutações em genes como SHANK3, NRXN1 e NLGN desempenham um papel crítico na disfunção sináptica, sendo estas alterações diretamente relacionadas à plasticidade neural, comunicação entre neurônios e desenvolvimento cortical (Zhao et al., 2023; Sauer et al., 2021; Saraiva et al., 2024; Wang et al., 2023). Essa ênfase reforça a hipótese de que os mecanismos sinápticos e a arquitetura das redes neurais estão profundamente implicados nas manifestações clínicas do transtorno.

No entanto, observa-se que Zhao et al. (2023) e Wang et al. (2023) destacam a participação de vias intracelulares específicas, como PI3K/AKT/mTOR e ERK/MAPK, nas alterações relacionadas às mutações genéticas, enquanto os demais autores não aprofundam esse nível de análise molecular. Essa diferenciação indica um maior foco desses dois estudos em mecanismos bioquímicos intracelulares que podem mediar a expressão dos fenótipos associados ao TEA.

Além disso, Evangelho et al. (2021) apresentam uma contribuição única ao incluir genes menos citados nos demais estudos, como RELN e OXTR, implicados, respectivamente, na organização do sistema nervoso central e nos comportamentos sociais. Os autores também são

os únicos a enfatizar o papel das variações no número de cópias (CNVs) em regiões genômicas como 7p21 e 15q11.2, ampliando o escopo da discussão para além dos genes sinápticos comumente mencionados. Ainda que Wang et al. (2023) também mencionem CNVs, sua abordagem está voltada principalmente às alterações estruturais e funcionais no cérebro, como as deleções em 16p11.2 e duplicações em 22q11.2, sugerindo uma intersecção entre variabilidade genômica e fenótipo clínico.

Portanto, embora todos os estudos reforcem a base genética do TEA com ênfase na função sináptica, eles se distinguem quanto ao foco nos mecanismos moleculares específicos, à variedade de genes analisados e à abrangência das regiões genômicas consideradas, evidenciando a complexidade e a heterogeneidade das investigações na área.

A análise conjunta dos estudos de Zhao et al. (2023), Sauer et al. (2021), Saraiva et al. (2024), Hirai et al. (2024) e Wang et al. (2023) destaca a importância em relação à influência de fatores ambientais durante o desenvolvimento fetal na etiologia do Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente no que tange à ativação imunológica materna e seus efeitos sobre o desenvolvimento neurológico. Zhao et al. (2023), Sauer et al. (2021) e Saraiva et al. (2024) enfatizam a ativação do sistema imune materno como um fator crítico, capaz de induzir inflamações e alterar a arquitetura cerebral do feto, afetando processos como a migração neuronal e a diferenciação celular. Esses achados são complementados por Saraiva et al. (2024), que destacam também a exposição a infecções virais como rubéola e gripe durante a gestação, associadas à ativação imunológica e, por consequência, ao risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno e Zhao et al. (2023) aborda a exposição materna a agentes infecciosos, pesticidas e substâncias químicas como ácido valpróico, enquanto Sauer et al. (2021) menciona além do ácido valpróico o uso de medicamentos antidepressivos.

Nesse mesmo eixo temático, o estudo de Hirai et al. (2024) traz uma contribuição singular ao relacionar diretamente metabólitos inflamatórios derivados do ácido araquidônico,

aos sintomas centrais do TEA, como déficits no afeto social e comportamentos repetitivos. A pesquisa sugere que a enzima epóxido hidrolase solúvel (sEH), possui potencial pró-inflamatório ao ativar marcadores como o MCP-1, reforçando o papel da neuroinflamação fetal como mecanismo patológico. Essa abordagem oferece uma perspectiva inovadora ao associar diretamente biomarcadores inflamatórios a alterações comportamentais, ampliando o entendimento dos processos imunológicos já mencionados nos demais estudos.

Wang et al. (2023) apresentam uma abordagem distinta ao focar nos efeitos estruturais e neuroquímicos observados no cérebro de indivíduos com TEA. Os autores descrevem alterações em regiões específicas como o córtex pré-frontal, cerebelo e amígdala, além de destacar o desequilíbrio entre os neurotransmissores glutamato e GABA como um fator central na disfunção da conectividade cerebral. Embora esse estudo não explore diretamente os fatores ambientais ou imunológicos como os demais, ele contribui para o entendimento dos efeitos finais dessas influências sobre o desenvolvimento neurobiológico.

Em síntese, há um consenso relevante entre os autores quanto à importância dos fatores ambientais durante o período gestacional, com destaque para a ativação imunológica materna. Contudo, enquanto Zhao et al. (2023), Sauer et al. (2021) e Saraiva et al. (2024) apresentam uma visão mais ampla desses fatores, Hirai et al. (2024) aprofundam-se em mecanismos bioquímicos específicos da inflamação fetal, e Wang et al. (2023) concentram-se nos efeitos estruturais e neuroquímicos consequentes, evidenciando assim diferentes níveis de análise dentro de uma mesma problemática etiológica.

Zhao et al. (2023), Saraiva et al. (2024) e Evangelho et al. (2021) identificam múltiplas alterações neurobiológicas associadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente em estruturas cerebrais como o córtex pré-frontal, hipocampo, amígdala e cerebelo. Zhao et al. (2023) destacam que essas alterações envolvem disfunções em processos fundamentais do neurodesenvolvimento, como poda sináptica, migração neuronal, densidade e morfologia das

espinhas dendríticas, além de variações no volume cerebral. Tais evidências são corroboradas por Saraiva et al. (2024), que também enfatizam mudanças estruturais e funcionais nessas regiões, observadas por meio de técnicas de neuroimagem funcional, associando essas alterações às dificuldades de cognição e comportamento social típicas do TEA.

Os autores concordam ao reconhecer alterações cerebrais multifocais e disfunções sinápticas como componentes centrais da neuropatologia do TEA, especialmente nas regiões relacionadas à cognição social. Contudo, Evangelho et al. (2021) ampliam essa perspectiva ao incorporar tecnologias celulares inovadoras que permitem investigar, de forma mais refinada, os mecanismos moleculares e funcionais relacionados à disfunção neural no TEA, o que representa uma abordagem distintiva e promissora para o avanço das pesquisas e intervenções terapêuticas futuras.

No que se refere às alterações anatômicas e ao crescimento cerebral atípico Zhao et al. (2023) e Sauer et al. (2021) revelam pontos comuns relevantes quanto aos aspectos neuropatológicos observados em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente às alterações anatômicas e ao crescimento cerebral atípico. Ambos os autores destacam o aumento do volume cerebral nos primeiros anos de vida como uma característica marcante, ainda que Zhao et al. (2023) acrescentem que esse crescimento precoce é seguido por uma desaceleração em idades posteriores, configurando um padrão incomum de desenvolvimento cerebral. Já Sauer et al. (2021) relacionam esse aumento volumétrico a exposições ambientais, como infecções maternas, uso de medicações durante a gestação e presença de anticorpos maternos, apontando para a influência de fatores ambientais no desencadeamento dessas alterações estruturais.

Zhao et al. (2023) enfatizam anormalidades na organização laminar do córtex, na densidade de neurônios piramidais e na migração celular, sugerindo que falhas no desenvolvimento neurobiológico estão presentes desde os estágios iniciais da gestação. Por sua

vez, Sauer et al. (2021) destacam alterações em regiões como o cerebelo — com redução das células de Purkinje —, corpo caloso e amígdala, bem como modificações nos padrões de conectividade funcional. Esse último ponto leva os autores a proporem o conceito de TEA como uma “sinaptopatia”, com prejuízos na integração de informações sensoriais e cognitivas decorrentes de uma conectividade desequilibrada entre regiões cerebrais distantes e próximas.

De forma geral, embora os autores descrevam alterações anatômicas e funcionais compatíveis, Zhao et al. (2023) trazem uma ênfase maior nas evidências celulares e no desenvolvimento cortical, enquanto Sauer et al. (2021) abordam com mais detalhe os impactos de fatores ambientais e a teoria da sinaptopatia como eixo central da fisiopatologia do TEA. Assim, as contribuições dos autores, embora convergentes em vários aspectos, se complementam ao oferecer diferentes perspectivas sobre os mecanismos que sustentam as anomalias neurobiológicas associadas ao transtorno.

Por fim, o relatório da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2023) reforça a relevância de compreender a etiologia multifatorial do TEA não apenas para fins diagnósticos, mas também para subsidiar políticas públicas e estratégias de intervenção precoce. A identificação de fatores de risco genéticos e ambientais pode contribuir para o desenvolvimento de biomarcadores diagnósticos e, eventualmente, para a implementação de práticas preventivas e terapêuticas mais eficazes e personalizadas. Dessa forma, observa-se um consenso entre os autores quanto à origem multifatorial do TEA, com ênfase nas disfunções sinápticas de base genética e nas influências ambientais durante o desenvolvimento fetal. Embora os achados sejam convergentes em muitos aspectos, cada estudo acrescenta nuances importantes, seja ao destacar variações genômicas específicas, mecanismos epigenéticos, influências imunológicas ou novas vias de investigação como o eixo intestino-cérebro. Essa pluralidade de abordagens contribui para uma compreensão mais

abrangente e integrativa do TEA, essencial para o avanço da ciência e da prática clínica voltadas às necessidades dessa população.

Apesar dos avanços no campo internacional, é importante salientar a escassez de investigações brasileiras voltadas para a etiologia do Transtorno do Espectro Autista, sendo que, nos últimos anos, apenas o estudo de Evangelho et al. (2021) se destacou nesse cenário, o que evidencia a necessidade premente de maior investimento e incentivo à pesquisa nacional nesta área.

CAPÍTULO 3

Fatores Epidemiológicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Os estudos epidemiológicos são ferramentas fundamentais na investigação da frequência de doenças em populações específicas ao longo do tempo. Eles se configuram como uma das principais formas de aferição da prevalência e da incidência de condições clínicas (Medronho, 2005). No que se refere ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), o primeiro estudo epidemiológico foi conduzido por Lotter, em 1964, na Inglaterra. Esse levantamento examinou aproximadamente 78.000 crianças com idades entre 8 e 10 anos, das quais cerca de 3.120 (4%) receberam o diagnóstico de autismo (Diez-Cuervo & Martos, 1989).

Posteriormente, em 1979, Wing e Gould realizaram outro estudo em Londres, abrangendo crianças com até 15 anos. Nessa investigação, a prevalência observada foi de 21 casos para cada 10.000 crianças (Wing, 1996). Nota-se, portanto, uma diferença significativa entre os dados iniciais desses dois estudos e os números mais recentes, que apontam para um aumento expressivo na prevalência do TEA nas últimas décadas. Por exemplo, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), organização vinculada a um extenso consórcio de entidades públicas e privadas, vem monitorando o TEA de forma sistemática desde 1996. Os dados mais recentes, divulgados em abril de 2025, revelam que a prevalência do transtorno entre crianças de 8 anos nos Estados Unidos é de 1 em cada 31 crianças, o que corresponde a aproximadamente 3,2% da população dessa faixa etária. Esse número representa um crescimento considerável em relação à estimativa anterior de 1 em 36 crianças, registrada em 2020 (CDC, 2025).

Esse aumento tem sido atribuído a múltiplos fatores, entre eles as melhorias nos métodos de triagem e diagnóstico, a ampliação dos critérios diagnósticos, a crescente conscientização pública sobre o tema e o maior acesso a serviços de saúde e educação, especialmente em

comunidades anteriormente desassistidas (CDC, 2025; Côrtes, 2020; Leopoldino, 2016). Adicionalmente, especialistas destacam que a pandemia de COVID-19 gerou impactos negativos na identificação precoce do TEA, particularmente em crianças de 4 anos, que foram menos avaliadas em comparação com as de 8 anos quando tinham a mesma idade (CDC, 2025).

Segundo dados do CDC (2025) e de estudos recentes, observa-se uma prevalência mais alta de TEA entre crianças indígenas americanas ou nativas do Alasca (3,8%), asiáticas ou das ilhas do Pacífico (3,8%) e negras (3,7%), quando comparadas a crianças brancas (2,7%). Essa tendência aponta para avanços na identificação do transtorno em comunidades historicamente subdiagnosticadas. Além disso, mais de um terço (39,6%) das crianças diagnosticadas com autismo apresentava deficiência intelectual associada. Tal proporção é ainda mais elevada entre crianças negras (52,8%) e indígenas americanas ou nativas do Alasca (50%), sugerindo que o diagnóstico frequentemente ocorre apenas quando essas crianças necessitam de suporte mais significativo (Autism Speaks, 2025).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR aponta uma prevalência geral entre 1% e 2% da população, tanto entre crianças quanto adultos (APA, 2022; DSM-5-TR, 2023). Ainda assim, a variação dessa estimativa entre diferentes países é ampla, podendo ser influenciada por aspectos culturais, sociais e econômicos, bem como pela ausência de instrumentos sensíveis para a identificação de manifestações do TEA em meninas e mulheres (APA, 2022; CDC, 2024).

No contexto brasileiro, o crescimento da prevalência do TEA também tem sido percebido, embora o país enfrente uma lacuna significativa na produção de estudos de base populacional que utilizem amostras amplas e representativas. Uma importante conquista nesse cenário foi a promulgação da Lei nº 13.861/2019, que determinou a inclusão de questões relacionadas ao autismo no Censo Demográfico de 2022, conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tais informações foram inseridas no Questionário de Amostra,

que contempla também outras temáticas específicas e foi aplicado em aproximadamente 11% dos domicílios brasileiros — cerca de 8,5 milhões de residências (IBGE, 2023). No entanto, a não divulgação pública do conteúdo das perguntas limita uma análise crítica mais detalhada dos dados, e a baixa proporção da amostra suscita questionamentos quanto à representatividade e à precisão das estimativas geradas.

Em estudo realizado por Messias et al. (2022) com prontuários de usuários do CAPS-I em uma cidade do interior paulista indicou que 61% da amostra foi diagnosticada com TEA. Desses, 14,2% apresentaram comorbidades associadas. O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi a comorbidade mais prevalente (2,6%), seguido por epilepsia (0,9%) e por casos de dupla comorbidade envolvendo deficiência intelectual e TDAH (0,9%) ou deficiência intelectual e epilepsia (0,4%). Esses dados reforçam a complexidade diagnóstica do TEA e os desafios existentes na sua conceituação e categorização clínica.

O aumento da prevalência do TEA tem sido compreendido como resultado de múltiplos fatores. Entre eles, destaca-se a ampliação dos critérios diagnósticos introduzidos nas versões mais recentes do DSM, o que contribuiu para uma definição mais abrangente do espectro autista. Soma-se a isso a maior conscientização da sociedade e dos profissionais de saúde, o crescente número de estudos sobre o tema e a vigilância dos pais estimulada pela ampla divulgação do assunto na mídia (CDC, 2024; Côrtes, 2020; Leopoldino, 2016). A sensibilidade crescente dos profissionais em observar marcos do desenvolvimento infantil também é um fator relevante para o aumento nas taxas de diagnóstico.

Em relação às diferenças entre os sexos, a literatura aponta que o TEA é mais frequentemente diagnosticado em meninos do que em meninas. A proporção global estimada em 2010 era de 1:4 (Loomes & Mandy, 2017), passando para 1:3 em estimativas mais recentes (APA, 2022; CDC, 2025). Dados do CDC (2025) indicam que meninos têm 3,4 vezes mais chances de receber o diagnóstico do que meninas. Essa disparidade pode estar relacionada ao

fato de que meninas tendem a apresentar manifestações menos evidentes dos sintomas, o que dificulta o reconhecimento clínico do transtorno.

Diversos fatores têm sido propostos para explicar essas diferenças de prevalência entre os sexos. Van Wijngaarden-Cremers et al. (2014), em uma revisão sistemática, destacam que meninos e meninas exibem níveis semelhantes de gravidade nos sintomas relacionados à comunicação e ao comportamento social. Contudo, meninas tendem a apresentar interesses menos restritos e comportamentos estereotipados menos marcantes. Conforme apontado por Bölte et al. (2011), esses interesses podem se manifestar de forma socialmente aceitável, dificultando a sua identificação como atípicos. A APA (2022) destaca que as dificuldades sutis de socialização e comunicação presentes em meninas com TEA podem ser mascaradas por estratégias de camuflagem, o que contribui para o subdiagnóstico. Estudos como os de Dworzynski et al. (2012) e Tierney et al. (2016) reforçam essa ideia, ao apontarem que meninas frequentemente utilizam comportamentos compensatórios que atenuam seus desafios sociais.

Considerando a escassez de instrumentos psicológicos validados no contexto brasileiro para o diagnóstico do TEA, o presente estudo teve como objetivo desenvolver uma escala fundamentada nos critérios do DSM-5-TR e reunir evidências de validade para sua aplicação. Além disso, buscou-se investigar possíveis diferenças na percepção de psicólogos e responsáveis legais sobre as características associadas ao TEA, contribuindo para uma compreensão mais acurada e sensível ao contexto sociocultural do diagnóstico no Brasil.

CAPÍTULO 4

Avaliação psicológica no TEA

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve ser realizado a partir de uma avaliação multidimensional, que contemple diversas fontes e métodos. Esse processo exige a análise cuidadosa do histórico do desenvolvimento da criança, o uso de escalas, questionários e testes padronizados, entrevistas com os pais ou responsáveis, além da observação da criança em contextos naturais, como o ambiente domiciliar e escolar. Evitar a dependência de uma única fonte de informação é essencial para garantir a validade do processo diagnóstico (Lord et al., 2018; Martins et al., 2024; Reis & Lenza, 2019).

A observação direta do comportamento da criança deve priorizar a análise das sutilezas nas manifestações comportamentais, considerando não apenas a presença ou ausência de determinadas condutas, mas também sua intensidade, frequência, duração e características específicas (Marques & Bosa, 2015). No que se refere aos exames físicos, neurológicos e genéticos, embora possam fornecer subsídios adicionais, ainda não se mostram conclusivos ou determinantes para o diagnóstico do TEA (Lord et al., 2018).

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de desenvolvimento de instrumentos objetivos e cientificamente fundamentados, que contribuam de forma eficaz para o processo diagnóstico. Tais instrumentos devem apresentar propriedades psicométricas adequadas, como validade e fidedignidade, assegurando sua utilidade clínica e ética (APA, 2022; Machado et al., 2014).

Portanto, embora o diagnóstico do TEA continue sendo predominantemente clínico, torna-se imprescindível o uso de instrumentos de avaliação padronizados, que combinem observações comportamentais sistemáticas com relatos obtidos junto aos pais e/ou cuidadores. Nesse sentido, os instrumentos devem ter boas propriedades psicométricas (APA, 2022;

Machado et al., 2014;) e mostrando importância nesse processo avaliativo. Entretanto no Brasil existe grande carência de testes para esta finalidade como será apresentado a seguir.

Avaliação psicológica do TEA no Brasil

Diversos instrumentos e escalas são utilizados globalmente, cada um com uma aplicação específica, de acordo com o objetivo e a faixa etária da criança. Em alguns países, como os Estados Unidos, a *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) e a *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) são consideradas instrumentos de referência para a avaliação do Transtorno do Espectro Autista. A ADI-R, desenvolvida por Rutter, Le Couteur e Lord (1994), consiste numa entrevista estruturada aplicada a pais ou cuidadores, com foco em aspectos do desenvolvimento e do comportamento da criança. Já a ADOS, elaborada por Lord, Rutter, DiLavore e Risi (1989), baseia-se na observação direta das interações sociais e comunicativas do indivíduo, sendo amplamente utilizada em conjunto com a ADI-R. Apesar de sua ampla aceitação internacional, ambos os instrumentos ainda não possuem validação completa no contexto brasileiro (Machado et al., 2014).

No que se refere a instrumentos de triagem do TEA no Brasil, existem disponíveis alguns instrumentos que foram traduzidos, adaptados e validados. Em revisão sistemática realizada por Silva e Elias (2020), foram identificados diversos instrumentos traduzidos, adaptados e validados para o contexto brasileiro para a caracterização do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Esses instrumentos são prioritariamente baseados relato de pais ou cuidadores. O *Behavior Problems Inventory* (BPI-01), desenvolvido por Rojahn et al. (2001), é uma escala que avalia comportamentos problemáticos em indivíduos com deficiência intelectual e foi adaptado para crianças de 6 a 18 anos. A *Escala de Responsividade Social – 2* (ERS-2),

elaborada por Constantino e Gruber (2012), mede déficits na interação social e comunicação, sendo validada para crianças e adolescentes de 4 a 18 anos. O *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R), criado por Rutter, Le Couteur e Lord (2003), é uma entrevista estruturada aplicada a pais ou cuidadores, traduzida e validada para crianças e adolescentes de 8 a 16 anos no Brasil (Becker et al., 2012). O *Children's Communication Checklist-2* (CCC-2), desenvolvido por Bishop (2003), avalia aspectos da comunicação em crianças de 4 a 16 anos e foi adaptado para o português brasileiro (Costa et al., 2013). O *Autism Screening Questionnaire* (ASQ), elaborado por Berument et al. (1999), é utilizado na triagem de crianças com características de transtornos globais do desenvolvimento e foi validado por Sato (2009) em sua dissertação de mestrado para o contexto brasileiro (Sato et al., 2009). Entre os instrumentos de triagem, destacam-se também a *Autism Behavior Checklist* (ABC), desenvolvida por Krug, Arick e Almond (1980), a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), criada por Schopler, Reichler e Renner (1980), e o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), desenvolvido por Robins, Fein e Barton (1999), todos amplamente utilizados na identificação precoce de sinais de autismo.

Dentre os instrumentos abordados na presente revisão, verificou-se que apenas a Escala de Responsividade Social – 2 (ERS-2) foi desenvolvida com base nos critérios diagnósticos estabelecidos pela quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), ao passo que os demais seguem os critérios da quarta edição (DSM-IV) (Barbosa et al., 2015). As faixas etárias contempladas pelos instrumentos analisados variaram entre 2 e 18 anos, com predominância de aplicações voltadas para crianças e adolescentes. O *Behavior Problems Inventory* (BPI-01) foi validado para a faixa etária de 6 a 18 anos (Baraldi et al., 2013), enquanto a ERS-2 abrange indivíduos de 4 a 18 anos (Barbosa et al., 2015). O *Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R) e o *Children's Communication Checklist – 2* (CCC-2) foram ambos validados para crianças a partir de 4 anos de idade (Becker et al., 2012; Costa et

al., 2013). Os principais objetivos desses instrumentos envolvem a caracterização e o apoio ao diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), com foco na identificação de comportamentos sociais, padrões repetitivos de comportamento e déficits comunicativos, além de dificuldades específicas nas áreas da linguagem e interação social.

Marques e Bosa (2015) destacaram a necessidade de desenvolver instrumentos validados no Brasil para avaliar crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), com custo mais acessível em comparação com as ferramentas internacionais, que demandam licenciamento caro e treinamento específico. O estudo focou nas evidências preliminares de validade do PRO-TEA, um protocolo original de avaliação comportamental. A pesquisa destacou a necessidade de um instrumento acessível e adaptado à realidade brasileira para a identificação de crianças com TEA. Entre os instrumentos brasileiros voltados à avaliação de sinais do Transtorno do Espectro Autista (TEA), destaca-se a PROTEA – Protocolo de Observação para Rastreamento do Transtorno do Espectro Autista – por sua proposta de observação direta de comportamentos em contextos clínicos. Apesar de representar um avanço na adaptação de ferramentas ao cenário nacional, a PROTEA ainda apresenta limitações relevantes. A ausência de estudos amplos de padronização com amostras diversificadas reduz sua validade externa, dificultando sua generalização. Além disso, a escassez de evidências quanto à sua validade discriminante compromete a capacidade do protocolo em diferenciar o TEA de outros transtornos do neurodesenvolvimento, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os transtornos da linguagem. Outro ponto crítico refere-se à dependência da experiência clínica do avaliador, que pode gerar viés observacional, especialmente na ausência de treinamento sistemático. Soma-se a isso a limitação quanto à integração de múltiplas fontes de informação, uma vez que o protocolo se baseia predominantemente na observação direta, sem incorporar de forma estruturada dados obtidos junto a cuidadores, os quais são fundamentais em processos de triagem.

A seguir é apresentado uma tabela feita pela autora a partir da pesquisa de verificação realizada no site do SATEPSI em abril de 2025, para maior compreensão.

Tabela 2

Principais Instrumentos em uso no Brasil e Status no SATEPSI

Nome do instrumento	Faixa etária	Estudo de validação no Brasil	Status no SATEPSI	Fundamentação no DSM5-TR
ASQ (Autism Screening Questionnaire)	A partir de 4 anos	Sim (Sato et al., 2009)	Não consta	Não
ABC (Autism Behavior Checklist)	A partir de 18 meses	Estudo preliminar (Marteleto e Pedromônico, 2005)	Não consta	Não
ADI-R (<i>Autism Diagnostic Interview-Revised</i>)	8 a 16 anos	Sim (Becker et al., 2012)	Não consta	Não
ADOS (<i>Autism Diagnostic Observation</i>)	Infância até idade adulta	Estudo preliminar (Pacífico et al., 2019)	Não consta	Não
PROTEA-R / PROTEA-R-NV	2 a 5 anos	Sim (Steigleder et al., 2021)	Não consta	Não
CARS (<i>Childhood Autism Rating Scale</i>)	acima de 2 anos de idade	Sim (Godinho et al., 2008)	Não consta	Não
M-CHAT (<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>)	16 a 30 meses	Sim (Losápio & Pondé, 2008)	Não consta	Não
BPI-01(Behavior Problems Inventory)	6 a 18 anos	Sim (Baraldi et al., 2013)	Não consta	Não

ERS-2 (<i>Escala de Responsividade Social – 2</i>)	4 a 18 anos	Sim (Barbosa et al., 2015)	Não consta	Não
CCC-2 (<i>Children's Communication Checklist-2</i>)	4 a 16 anos	Sim (Costa et al., 2013)	Não consta	Não

Em consulta realizada pela autora ao Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), vinculado ao Conselho Federal de Psicologia (CFP), na data de 12 de abril de 2025, observou-se que os instrumentos abordados nesta revisão não constam na listagem oficial de testes psicológicos favoráveis e instrumentos não privativos do psicólogo. De acordo com as diretrizes estabelecidas pelo CFP, por meio da Resolução CFP nº 31/2022, apenas os instrumentos com parecer técnico-científico favorável podem ser utilizados na prática profissional por psicólogos no Brasil. A ausência de parecer favorável implica em restrição ética quanto ao seu uso, sendo vedada a aplicação de instrumentos não avaliados ou considerados desfavoráveis (CFP, 2022). Diante disso, reforça-se a importância da verificação da situação normativa de qualquer instrumento de avaliação psicológica junto ao SATEPSI, assegurando conformidade com os princípios éticos e técnicos da profissão.

Embora existam iniciativas nacionais voltadas à construção de instrumentos para rastreamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), ainda persistem lacunas relevantes no que se refere à disponibilidade de escalas validadas psicometricamente, com respaldo normativo e alinhadas às diretrizes diagnósticas mais atuais, como as propostas pelo DSM-5-TR. Muitos dos instrumentos existentes enfrentam limitações quanto à abrangência de suas evidências de validade, amostragem restrita nos estudos de adaptação, além de fragilidades nos critérios psicométricos, como precisão e clareza dos itens. Soma-se a isso o fato de que essas

ferramentas não possuem parecer técnico-científico favorável no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), inviabilizando seu uso ético por profissionais da Psicologia no Brasil, conforme regulamenta o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2022). Diante desse cenário, torna-se premente o desenvolvimento de um novo instrumento de rastreamento do TEA que contemple as exigências técnicas, normativas e culturais da realidade brasileira, assegurando maior confiabilidade no processo de identificação precoce e contribuindo para intervenções mais efetivas e oportunas.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Desenvolver uma escala brasileira de rastreamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de 2 a 11 anos, com base nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR*, e obter evidências preliminares de sua validade, considerando sua aplicabilidade tanto na forma de entrevista com os responsáveis quanto por meio de observação direta da criança.

Objetivos específicos:

- Elaborar os itens da Escala de Rastreamento de Autismo Infantil (ERAI), com base em evidências teóricas e critérios psicométricos estabelecidos para a construção de instrumentos psicológicos.
- Investigar as evidências de validade de conteúdo da ERAI por meio da análise de especialistas com experiência em avaliação psicológica infantil e TEA.
- Investigar se existem diferenças na percepção de pais e psicólogos sobre as características do TEA.
- Com estes objetivos foram delineados 3 estudos que serão detalhados a seguir.

MÉTODO

Estudo 1: Construção de escala de rastreio de autismo infantil

O presente estudo teve como objetivo a construção da primeira versão da Escala de Rastreamento de Autismo Infantil (ERAI), destinada à identificação de sinais de TEA em crianças com idades entre 2 e 11 anos. Nessa etapa, os itens foram elaborados com a finalidade de identificar categorias comportamentais previamente estabelecidas para o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O processo de construção do instrumento contemplou o desenvolvimento de itens voltados à avaliação de indicadores comportamentais, organizados em duas dimensões principais: (a) comunicação e interação social; e (b) comportamentos repetitivos e restritivos.

A seguir, apresenta-se uma tabela adaptada pela autora, com o intuito de facilitar a compreensão da organização dos itens por dimensão.

Tabela 3

Critérios Diagnósticos Segundo o DSM-V-TR para Compreensão do Autismo

Critério A - Comunicação e Interação Social
1. Dificuldade em iniciar e/ou manter conversa, compartilhar interesse, emoções ou afeto.
2. Dificuldade na comunicação vocal e não vocal, na compreensão de comunicação gestual, contato visual, expressão corporal e orofacial, ou ausência de comunicação.
3. Dificuldade em leitura e ajustamento ao ambiente social; em desenvolver manter e compreender relacionamentos. Ausência de interesses por pares ou dificuldade

em relacionar-se com esses. Dificuldade também em se adequar a contextos sociais diversos.

Critérios B - Padrões Restritivos e Repetitivos

1. Movimento motores, uso de objetos repetitivos ou estereotipados (p. ex. vocalizações repetitivas e ecolalias (estereotipia vocal);
 2. Padrões ritualizados, rígidos como enfileirar itens, não aceitar mudanças na rotina, rituais comportamentais, restrição ou evitação alimentar;
 3. Interesses hiper-reativo ou hiper-reativo por estímulos sensoriais sonoros, tátil, visual, olfativo.
-

Critério C

Os sinais dos critérios A e B devem estar presentes precocemente na infância. No entanto os sinais podem não serem percebidos na infância e se manifestam somente quando interações sociais mais complexas foram exigidas. Esses sintomas podem ser mascarados por meios de estratégias aprendidas pelo indivíduo.

Critério D

Os sintomas devem causar prejuízo significativos no funcionamento social, profissional, educacional ou em outras áreas da vida do indivíduo no presente.

Critério E

Esses sintomas e seus prejuízos não podem ser atribuídos a outros transtornos, como por exemplo, transtorno do desenvolvimento intelectual ou atraso global do desenvolvimento.

(APA,2023)

Procedimentos

Optou-se, neste estudo, por utilizar exclusivamente os critérios A e B descritos no DSM-5-TR, por tratarem diretamente dos indicadores comportamentais observáveis associados à

comunicação, interação social e padrões restritivos e repetitivos de comportamento, os quais são mais adequados à construção de itens de autorrelato. Os critérios C, D e E, por sua vez, envolvem aspectos relacionados à história de desenvolvimento, impacto funcional e exclusão diagnóstica, exigindo análise clínica contextualizada e múltiplas fontes de informação, não sendo passíveis de mensuração precisa e direta por meio de uma escala psicométrica de rastreamento. A formulação dos itens foi fundamentada nos critérios diagnósticos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR (APA, 2023).

Durante a elaboração dos itens, foram seguidos os critérios psicométricos propostos por Pasquali (2010), a saber: critério comportamental (o item representa um comportamento observável), critério de desejabilidade (os comportamentos descritos devem ser típicos do construto), critério de simplicidade (cada item deve expressar uma única ideia), critério de clareza (compreensão adequada pelo público-alvo) e critério de relevância (coerência com a definição teórica do construto). Além disso, foram consideradas as recomendações de Carvalho e Ambiel (2017), que enfatizam a importância de evitar afirmações ambíguas ou com múltiplas ideias, excluir comportamentos que se refiram a construtos correlacionados e garantir um equilíbrio entre itens representando diferentes níveis de intensidade do construto, incluindo seus polos negativos e positivos.

Nesta etapa, foram elaborados 70 itens divididos em duas dimensões principais da escala. A dimensão A, referente a aspectos da comunicação e interação social, foi composta por 29 itens. Já a dimensão B, relacionada a padrões comportamentais restritivos e repetitivos, totalizou 41 itens.

Tabela 4*Itens da escala por dimensão avaliada*

Dimensões	Itens	Polo positivo	Polo negativo
A	1, 3, 5, 6, 8, 9, 12,	1, 3, 5, 12, 14, 21,	6, 8, 9, 13, 15, 17,
	13, 14, 15, 17, 19,	26, 30, 39, 49, 51,	19, 22, 27, 29, 32,
	21, 22, 26, 27, 29,	52, 53	41, 42, 50, 54, 70
	30, 32, 39, 41, 42,		
	49, 50, 51, 52, 53,		
	54, 70		
B	2, 4, 7, 10, 11, 16,	10, 11, 16, 18, 23, 25,	2, 4, 7, 20, 24, 34,
	18, 20, 23, 24, 25,	28, 31, 33, 35, 36,	48, 55, 56, 57, 59,
	28, 31, 33, 34, 35,	37, 38, 40, 43, 44,	60, 64, 66, 69
	36, 37, 38, 40, 43,	45, 46, 47, 58, 61,	
	44, 45, 46, 47, 48,	62, 63, 65, 67, 68	
	55, 56, 57, 58, 59,		
	60, 61, 62, 63, 64,		
	65, 66, 67, 68, 69		

Importante destacar que os itens da ERAI foram formulados de modo a permitir sua aplicação tanto na forma de entrevista estruturada com os responsáveis quanto por meio da observação direta da criança, favorecendo a flexibilidade e a utilidade do instrumento em diferentes contextos clínicos, escolares ou institucionais.

Após a elaboração dos itens, procedeu-se à análise de conteúdo do instrumento, a qual consistiu na avaliação criteriosa realizada por juízes especialistas com experiência em avaliação psicológica e no Transtorno do Espectro Autista. Essa fase constituiu o segundo momento do estudo e teve como finalidade reunir evidências de validade com base no conteúdo, conforme os procedimentos psicométricos recomendados por Pasquali (2010).

Estudo 2: Investigação das evidências de validade com base no conteúdo

Esta etapa teve como objetivo reunir evidências de validade com base no conteúdo, por meio da avaliação sistemática das qualidades psicométricas do instrumento realizada por juízes especialistas. A construção de um instrumento psicológico fundamenta-se em um processo metodológico rigoroso, que abrange etapas teóricas, empíricas, experimentais e estatísticas (Pasquali, 1999). Assim, é imprescindível que uma investigação teórica robusta preceda a elaboração dos itens, servindo de alicerce para as etapas subsequentes de desenvolvimento do instrumento.

A operacionalização do construto psicológico em itens mensuráveis exige que o conceito teórico seja cuidadosamente traduzido em enunciados que permitam sua avaliação empírica. Ao final dessa etapa, o instrumento deve ser submetido à análise de especialistas, com o propósito de verificar a adequação, relevância e representatividade dos itens em relação ao construto-alvo (Pawlowski, Trentini & Bandeira, 2007). A participação de juízes peritos na temática investigada ou com experiência na construção de instrumentos é considerada fundamental, uma vez que contribui para a identificação de inconsistências teóricas, ambiguidade semântica ou fragilidades na estrutura dos itens (Alves, Souza & Baptista, 2011; Borsa & Seize, 2017).

Esse procedimento constitui uma etapa essencial para assegurar a validade de conteúdo do instrumento, permitindo ajustes prévios à aplicação empírica e, consequentemente, aumentando sua precisão e utilidade prática no contexto da avaliação psicológica (Primi, 2011). Ressalta-se que o instrumento foi desenvolvido para fins de rastreio de sinais do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de 2 a 11 anos, faixa etária que contempla o período crítico de desenvolvimento no qual os sinais clínicos tendem a se manifestar com maior clareza e em que há maior demanda por avaliação e intervenção precoce. O uso do instrumento será destinado exclusivamente a psicólogos, conforme as diretrizes éticas e normativas da avaliação

psicológica, tendo em vista a complexidade da análise dos dados obtidos e os riscos de interpretações indevidas por profissionais não habilitados.

Participantes

A amostra foi composta por quatro avaliadoras (juízas), com média de idade entre 38 e 42 anos, todas psicólogas especialistas em avaliação psicológica, com conhecimento sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e familiaridade com o processo de construção de instrumentos psicológicos. A amostra abrangeu participantes de quatro cidades do Estado de São Paulo (São Paulo, Mogi Guaçu, São João da Boa Vista e Campinas).

Critérios de inclusão: Foram incluídos profissionais com formação há, no mínimo, cinco anos e experiência comprovada de, pelo menos, três anos na avaliação de crianças com diagnóstico de TEA.

Critérios de exclusão: Foram excluídos profissionais que não atuam com TEA há, pelo menos, cinco anos, que não concluíram todas as etapas previstas no estudo ou que solicitaram a retirada de seu consentimento.

Instrumento

Escala de Rastreio de Autismo Infantil – ERAI (versão preliminar)

Neste estudo, foi utilizada a versão preliminar da Escala de Rastreio de Autismo Infantil (Anexo A), construída no Estudo 1. Trata-se de um instrumento composto por 70 itens elaborados com base em descritores amplamente reconhecidos na literatura científica sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), voltados para a identificação precoce de sinais característicos da condição em crianças.

A estrutura da escala foi organizada em duas dimensões principais, cada um subdividido em polos que representam a presença (polo positivo) ou ausência (polo negativo) de comportamentos específicos característicos no TEA.

Procedimentos

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o número de parecer 7.299.143 (Anexo B). Após a aprovação ética, a pesquisadora realizou o contato inicial com os participantes por meio de uma carta-convite enviada ao e-mail institucional dos profissionais selecionados. Com a confirmação do interesse em participar do estudo, os avaliadores receberam, via formulário eletrônico elaborado na plataforma Google Forms, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a leitura e aceite formal do termo, uma cópia com o mesmo teor foi encaminhada aos participantes por e-mail.

Somente após o consentimento, os participantes tiveram acesso ao questionário demográfico (Anexo D) e, em seguida, às instruções para avaliação dos itens da versão preliminar da escala. Os 70 itens foram apresentados de forma aleatória, em uma tabela estruturada com cinco colunas (Anexo E): a primeira listava os itens; a segunda e terceira correspondiam às opções de classificação por critério diagnóstico — (a) para itens relacionados a déficits na comunicação social e na interação social e (b) para itens associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e quarta e a quinta colunas referiam-se à polaridade dos comportamentos descritos — (p) para sentenças que indicavam comportamentos presentes no quadro do TEA (polo positivo) e (n) para sentenças que

indicavam comportamentos ausentes no quadro do TEA (polo negativo). A última coluna era destinada a sugestão de aprimoramento para o item.

As instruções fornecidas aos avaliadores enfatizavam a necessidade de realizar, para cada item, duas classificações simultâneas: a primeira referente ao critério teórico (A ou B), e a segunda à natureza do comportamento descrito (positivo ou negativo), devendo ser assinaladas nas colunas correspondentes. Além disso, foi disponibilizado ao lado de cada item um campo específico para sugestões de reformulação, reescrita ou exclusão, com o objetivo de coletar contribuições qualitativas relevantes para o aprimoramento do instrumento.

Para garantir o controle e anonimato dos dados, cada juiz foi identificado por um código numérico (J1, J2, J3, J4), sem que fossem informados sobre a identidade dos demais participantes da avaliação. Com o intuito de minimizar possíveis vieses relacionados à disposição dos itens, a lista foi organizada de forma alfabética e unificada, de modo que os itens não aparecessem agrupados por categoria ou similaridade temática. Tal estratégia visou dificultar o reconhecimento de padrões por parte dos juízes e, assim, garantir uma análise mais criteriosa e imparcial. O prazo para devolução do formulário preenchido foi de aproximadamente quinze dias.

Após o recebimento dos dados, foi realizado o levantamento das classificações atribuídas pelos juízes a cada item da escala. Para a análise quantitativa dos dados, foram utilizados dois procedimentos complementares: o cálculo da porcentagem de concordância entre os juízes, com o objetivo de mensurar o grau de consistência nas classificações atribuídas. Esses procedimentos permitiram avaliar a robustez das evidências de validade com base no conteúdo da escala proposta.

Análise de dados

Para a análise dos dados coletados nesta etapa, recomendou-se a utilização de estatísticas capazes de avaliar o grau de concordância entre os juízes especialistas, conforme as orientações de Alexandre e Coluci (2011) e Ambiel e Carvalho (2017). Após o recebimento das planilhas preenchidas pelos avaliadores, foi construído um banco de dados contendo tanto as respostas atribuídas por cada juiz, quanto as respostas consideradas “ideais”, previamente definidas pela pesquisadora com base nos fundamentos teóricos que sustentaram a elaboração dos itens.

A análise adotada foi a de porcentagem de concordância, por se tratar de um método direto, de fácil aplicação e amplamente utilizado em estudos voltados à verificação de evidências de validade de conteúdo. A interpretação dos índices de concordância seguiu os parâmetros sugeridos por Landis e Koch (1977), que classificam os níveis de concordância como concordância quase perfeita (entre 0,80 e 1,00), concordância substancial (0,60 a 0,80), concordância moderada (0,40 a 0,60), concordância regular (0,20 a 0,40) e concordância discreta (0,00 a 0,20). Com base na literatura científica da área, especialmente nas recomendações de Pasquali (2010), estabeleceu-se que apenas os itens que atingissem concordância igual ou superior a 75% entre os especialistas seriam considerados adequados para permanência na escala.

O cálculo da taxa de concordância foi realizado por meio de uma análise empírica simples, em que se dividiu o número de juízes que atribuíram ao item a mesma classificação previamente considerada ideal pelo total de juízes participantes, multiplicando-se esse valor por cem. O índice obtido refletiu o percentual de especialistas que concordaram com a categorização teórica proposta para cada item, tanto em relação ao critério (A ou B) quanto à polaridade (positiva ou negativa). Apenas os itens que atingiram o ponto de corte de 75% ou mais foram mantidos na versão final da escala.

Resultados

A seguir veremos os resultados de porcentagem de concordância da avaliação com juízes consecutivamente nas tabelas 5, 6, 7, e 8. Os primeiros itens analisados são referentes aos polos negativos e positivos para TEA, constituídos inicialmente por 39 itens do polo positivo e 31 itens do polo negativo.

A análise das respostas fornecidas pelos juízes revelou que a maioria dos itens da escala ($n = 68$) obteve 100% de concordância quanto à polaridade atribuída, demonstrando elevada consistência entre os avaliadores. Apenas os itens 1 (“Evita toques e abraços”) e 3 (“Afasta-se quando uma pessoa se aproxima”) apresentaram um índice de concordância inferior, de 75%. Apesar de ligeiramente abaixo do padrão observado nos demais itens, essa porcentagem ainda representa um nível considerável de acordo entre os especialistas. A manutenção desses dois itens na escala é justificada pela sua relevância clínica e teórica no contexto da avaliação de comportamentos associados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), contribuindo para a abrangência e sensibilidade do instrumento.

De modo geral, os dados indicam que 97,1% dos itens mantiveram-se na polaridade originalmente proposta, reforçando a robustez da categorização utilizada.

Tabela 5

Porcentagem de concordância para a dimensão (P) Polo Positivo e (N) Polo Negativo.

% de concordância entre juízes	Itens P	Itens N
100%	5, 12, 14, 16, 18, 21, 25, 26, 28, 30, 31, 35, 36, 39, 40, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 58, 61, 62, 63, 65, 68	2, 4, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 17, 19, 20, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 41, 42, 50, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 66, 70
75%	1 e 3	—

Quanto a dimensão A - “comunicação social e interação social”. Constituído inicialmente por 29 itens.

Após análise das respostas dos juízes, a maior parte dos itens (n=28), registrou porcentagens superiores a 80% de concordância. Somente item 19 (“Atende quando chamado pelo nome”) apresentou concordância de 75%. Nessa dimensão, as concordâncias entre os especialistas indicaram que 96,5% dos itens permaneceram na mesma dimensão de investigação.

Tabela 6

Porcentagem de concordância para a dimensão (A) comunicação social e interação social

% de concordância entre juízes	Itens A
100%	3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 32, 39, 41, 42, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 70.
75%	19

Já a dimensão B compreende a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades inicialmente contendo 41 itens. Em análise a repostas dos juízes registrou concordância igual a 100% em 31 itens (75,6%), indicando que os juízes concordam que tais afirmações representam essa área de investigação. Outros 10 itens apresentaram valores abaixo do esperado, sendo os itens 10 (“Tem medo atípico de algum item, objeto”), 11 (“Tem medos intensos de estímulos (ventilador, latido e música”), 23 (“Se incomoda com etiquetas em roupas”), 33(“Parece não se incomodar com sons altos”), 37 (“Reage de forma exagerada quando existe mudanças em trajetos”), 44 (“Enfileira ou empilha brinquedos e/ou objetos”), 48 (“Usa diferentes tipos de tecido sem se incomodar”), 64 (“Varia os brinquedos com os quais brinca”) e 67 (“Gira no próprio eixo”) apresentaram concordância em 50%, e o item 38 (“Evita locais com muita luz”) concordância em 75% entre os juízes em diferente da avaliada.

Tabela 7

Porcentagem de concordância para a dimensão (B) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades

% de concordância entre juízes	Itens B
100%	2, 4, 7, 16, 18, 20, 24, 25, 28, 31, 34, 35, 36, 40, 43, 45, 46, 47, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 68 e 69.
75%	38.
50%	10, 11, 23, 33, 37, 44, 48, 64 e 67.

As observações qualitativas dos juízes, apresentadas na Tabela 8, evidenciaram críticas importantes quanto a esses itens. Entre os apontamentos, destacam-se: falta de precisão na formulação, caráter genérico das afirmações, sobreposição de conteúdo com outros itens da escala, e questionamento sobre a relevância dos comportamentos descritos no contexto do TEA.

Tabela 8

Observações dos juízes sobre os itens com indicação de irrelevância

Item	Juízes e Observações
10	J1: Afirmação abrangente; J2: Item genérico
11	J1: Muito genérico; J4: Falta precisão
23	J2: Comportamento comum fora do TEA; J3: Afirmação comum para pessoas no geral
33	J2: Outro item abrange essa afirmação; J3: Afirmação semelhante a outro item
37	J1: Contemplado no item 25; J2: “Trajetos” faz parte de mudança na rotina
38	J1: Irrelevante para o TEA; J2: Afirmação genérica para autismo; J3: -
44	J2: Comportamento de ritualizado já em outro item; J3: Semelhante a outro item
48	J2: Outro item contempla esse; J4: -

64	J1: Contemplado nos itens 55 e 56; J2: Outro item contempla essa afirmação
67	J2: Contemplado em 46; J4: -

A análise de concordância entre as juízas possibilitou a identificação de dez itens cujo conteúdo foi considerado inadequado, genérico ou redundante em relação aos objetivos específicos da escala. Consequentemente, esses itens foram excluídos da versão final do instrumento. Os itens removidos foram:

- Item 10: “Tem medo atípico de algum item ou objeto”
- Item 11: “Tem medos intensos de estímulos (ventilador, latido e música)”
- Item 23: “Se incomoda com etiquetas em roupas”
- Item 33: “Parece não se incomodar com sons altos”
- Item 37: “Reage de forma exagerada quando existe mudanças em trajetos”
- Item 38: “Evita locais com muita luz”
- Item 44: “Enfileira ou empilha brinquedos e/ou objetos”
- Item 48: “Usa diferentes tipos de tecido sem se incomodar”
- Item 64: “Varia os brinquedos com os quais brinca”
- Item 67: “Gira no próprio eixo”

As justificativas para a exclusão desses itens foram baseadas nas observações qualitativas fornecidas pelas juízas, que apontaram questões como a falta de especificidade, formulação genérica, irrelevância diagnóstica ou sobreposição com outros itens já presentes na escala. Por exemplo, os itens 44, 64 e 67 foram considerados redundantes, pois descrevem comportamentos já abordados em outras formulações mais abrangentes e precisas. Já os itens 10, 11, 23, 38 e 48 foram criticados por sua baixa especificidade em relação ao TEA, sendo considerados características que podem ocorrer em outras condições ou mesmo em indivíduos típicos.

Ao final dessa etapa, a escala foi composta por **60 itens**, distribuídos da seguinte forma: 29 itens referentes ao Critério A (sendo 13 de polaridade positiva e 16 de polaridade negativa) e 31 itens referentes ao Critério B (sendo 18 de polaridade positiva e 13 de polaridade negativa). A versão final da escala encontra-se disponível no Anexo F.

No desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica, a exclusão de itens é uma etapa fundamental para garantir a precisão, coerência interna e validade da medida. No presente estudo, a exclusão correspondeu a 8,5% dos itens originalmente propostos, preservando a estrutura conceitual da ERAI-BR e assegurando sua aderência aos critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista, conforme a avaliação especializada das juízas consultadas.

Estudo 3: Investigação das diferenças na percepção de profissionais da psicologia e pais de pessoas autistas quanto às características do TEA.

Este estudo teve como objetivo identificar e comparar a percepção de profissionais da psicologia e de pais de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em relação às características diagnósticas associadas à condição. Para isso, foi utilizada a versão reformulada da Escala de Rastreamento de Autismo Infantil (ERAI), com o intuito de conhecer como esses grupos reconhecem e atribuem sentido aos comportamentos relacionados ao TEA.

Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 50 participantes, dos quais 37 eram psicólogos e 13, pais de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), provenientes de quatro regiões do Brasil. As informações sociodemográficas detalhadas dos participantes encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9*Característica dos participantes*

Características base	Psicólogos		Pais	
	n	%	n	%
Sexo biológico				
Feminino	35	94,6	12	92,3
Masculino	2	5,4	1	7,7
Idade				
23 – 34 anos	32	76,8	10	15,4
35 – 44 anos	2	5,4	2	76,9
45 – 54 anos	2	5,4	1	7,7
55 – 64 anos	1	2,7	–	–
Região				
Norte	7	18,9	2	15,4
Nordeste	–	–	2	15,4
Sul	1	2,7	–	–
Sudeste	29	78,4	9	69,2

No grupo dos psicólogos, 45,9% (n = 17) estavam formados há menos de cinco anos, 43,2% (n = 16) entre cinco e dez anos, e 10,8% (n = 4) há mais de dez anos.

Em relação aos pais, 46,2% (n = 6) possuíam ensino médio completo, 23,1% (n = 3) ensino superior completo e 30,8% (n = 4) formação em nível de pós-graduação. No que se refere à faixa etária dos filhos, 53,8% (n = 7) tinham entre 4 e 6 anos; 23,1% (n = 3), entre 7 e 12 anos; e 23,1% (n = 3), entre 13 e 18 anos. Quanto ao sexo biológico das crianças, 84,6% (n = 11) eram do sexo masculino e 15,4% (n = 2) do sexo feminino.

No que tange à origem do diagnóstico, a maioria (92,3%; n = 12) foi diagnosticada por médicos psiquiatras ou neurologistas, enquanto apenas 7,7% (n = 1) recebeu diagnóstico de um psicólogo.

Critérios de inclusão: Foram incluídos psicólogos que atendem ou já atenderam pessoas com TEA e pais de crianças ou adolescentes diagnosticados com TEA.

Critérios de exclusão: Foram excluídos profissionais de outras áreas da saúde e psicólogos sem experiência prévia com esta população.

Instrumento

Utilizou-se, neste estudo, a versão reformulada da Escala de Rastreamento de Autismo Infantil (ERAI), desenvolvida com base nas etapas anteriores de análise de validade de conteúdo. A versão aplicada continha 60 itens, organizados segundo os critérios A e B do DSM-5 para o diagnóstico de TEA, sendo 29 referentes ao polo negativo (comportamentos ausentes na sintomatologia do transtorno) e 31 ao polo positivo (comportamentos característicos do TEA).

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário eletrônico construído na plataforma Google Forms. O formulário apresentava os 60 itens da escala em uma tabela composta por três colunas: a primeira listava os itens; a segunda e a terceira correspondiam, respectivamente, às opções de resposta “Concordo” (para sentenças representativas do TEA) e “Discordo” (para sentenças não representativas). Os participantes deveriam selecionar a alternativa que, em sua percepção, melhor refletia a associação entre o item apresentado e o diagnóstico do TEA.

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e pela Plataforma Brasil (Parecer nº 7.299.143) (Anexo B). Após a aprovação, a divulgação ocorreu

por meio das redes sociais (Facebook e Instagram), com o compartilhamento de um link para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), hospedado no Google Forms.

Os participantes, após leitura e aceite do TCLE, recebiam automaticamente uma cópia do termo por e-mail e eram direcionados à etapa inicial da pesquisa. Primeiramente, solicitou-se o preenchimento de um questionário sociodemográfico, seguido das instruções para avaliação dos itens da escala reformulada.

A ERAI foi apresentada em formato tabular com três colunas (Anexo H): a primeira correspondia à descrição dos comportamentos, enquanto as duas seguintes continham as opções “Concordo” e “Discordo”. Os participantes deveriam selecionar a resposta que, em sua percepção, melhor representasse a associação do comportamento descrito com o diagnóstico do transtorno de TEA ou não.

O formulário permaneceu disponível para participação durante um período de 10 dias. Após o encerramento da coleta, foram realizadas análises quantitativas, baseadas no cálculo da porcentagem de concordância dos participantes, com o objetivo de mensurar o grau de conhecimento acerca das características diagnósticas pertencentes ou não ao quadro de TEA.

Após o encerramento da coleta de dados, foi realizado o levantamento das respostas atribuídas a cada item da escala. A análise quantitativa consistiu no cálculo das porcentagens de concordância entre os participantes do estudo 2 e estudo 3, visando avaliar o grau de conhecimento sobre as características diagnósticas do TEA dos participantes do estudo 3, psicólogos e pais.

Análise de dados

Após o encerramento da coleta, foi construído um banco de dados contendo as respostas fornecidas pelos psicólogos e pais participantes do estudo. As respostas foram comparadas com

aquelas consideradas “ideais”, previamente definidas pela pesquisadora em conjunto com os juízes especialistas durante o Estudo 2.

A análise dos dados foi realizada por meio do cálculo da porcentagem de concordância entre as respostas dos participantes e as respostas ideais. A escolha dessa estratégia de análise se justifica por sua aplicação direta, simplicidade operacional e ampla utilização em pesquisas de validação de instrumentos.

Resultados

Os resultados referentes à porcentagem de concordância entre os participantes e as respostas consideradas ideais encontram-se organizados nas Tabelas 10, 11 e 12, que apresentam, respectivamente, os dados relativos aos psicólogos e aos pais de pessoas com TEA. As análises foram conduzidas de forma independente para cada grupo, a fim de verificar o grau de correspondência entre suas percepções e os critérios diagnósticos reconhecidos para o transtorno.

Tabela 10

*Porcentagem de concordância entre **psicólogos** para características presentes ou ausentes no quarto de TEA.*

% de concordância	Itens
	Profissionais Psicólogos
50 - 74	1, 2, 3, 5, 19, 42, 47, 53.
75 - 80	13, 30, 52, 59.
81 - 100	4, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 49,

50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 69,
70.

No grupo dos psicólogos, observou-se que 52 dos 60 itens da escala (86,6%) apresentaram índices de concordância entre 75% e 100%, considerando os itens previamente avaliados pelos juízes. Oito itens, no entanto, obtiveram índices de concordância entre 50% e 74%: 1 ("Evita toques e abraços"), 2 ("Usa todos os tipos de vestuário"), 3 ("Afasta-se quando uma pessoa se aproxima"), 5 ("Apresenta tom de voz monótono"), 19 ("Atende quando chamado pelo nome"), 42 ("Compreende gestos como apontar ou pedido de silêncio"), 47 ("Balança-se enquanto anda") e 53 ("Ignora quando alguém iniciar uma conversa"). Dentre esses, seis pertencem ao critério A (itens 1, 3, 5, 19, 42 e 53) e dois ao critério B (itens 2 e 47). Observa-se que, entre os itens com menor índice de concordância, predominam aqueles relacionados aos critérios de comunicação e interação social (critério A), sugerindo uma maior dificuldade, por parte dos avaliadores, em discriminar esses comportamentos como característicos do Transtorno do Espectro Autista.

Esse resultado sugere um elevado nível de familiaridade e reconhecimento, por parte desses profissionais, das características diagnósticas centrais do Transtorno do Espectro Autista, conforme estabelecido nos critérios clínicos da literatura especializada. Os demais oito itens apresentaram concordância igual ou superior a 50%, indicando, ainda assim, um grau moderado de alinhamento com os parâmetros de diagnóstico.

Tais dados indicam que os psicólogos participantes do estudo demonstraram, de forma geral, uma compreensão consistente dos comportamentos típicos e atípicos associados ao TEA, o que pode refletir a sua formação profissional e/ou experiência clínica com essa população.

No que se refere ao grupo de pais de pessoas com TEA, os resultados estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11

Porcentagem de concordância entre pais para características presentes ou ausentes no quarto de TEA.

% de concordância	Itens
	Pais
≤ 50	2, 3, 6, 13, 17, 19, 24, 27, 29, 41, 42, 43, 52, 53, 59, 63, 66
51 - 74	1, 4, 5, 7, 8, 12, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 25, 28, 30, 32, 34, 35, 36, 39, 45, 46, 47, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 65, 68, 69, 70.
75 - 80	9, 15, 26, 40, 62
81 - 100	31, 49, 54

A análise dos dados revelou que apenas 8 itens da escala (13,3%) apresentaram índices de concordância entre 75% e 85% entre pais e juízes, o que indica um reconhecimento mais limitado, por parte dos responsáveis, das afirmações que descrevem características centrais do TEA. Outros 35 itens (58,3%) registraram concordância entre 51% e 74%, sugerindo uma compreensão parcial dos comportamentos relacionados ao transtorno. Por fim, 17 itens apresentaram os menores índices de concordância igual ou menor que 50%, apontando para dificuldades mais acentuadas na identificação desses comportamentos.

Entre os itens com menor concordância, 7 pertencem ao critério A, relacionado à comunicação e interação social (itens 3, 6, 13, 17, 19, 41 e 42), e 10 ao critério B, que abrange padrões restritos e repetitivos de comportamento (itens 2, 24, 27, 29, 43, 52, 53, 59, 63 e 66). Essa distribuição relativamente equilibrada sugere que as dificuldades dos pais não se concentram em um único domínio, mas abrangem tanto os aspectos sociais quanto os

comportamentais do TEA. Isso pode refletir a sutileza com que esses sinais se manifestam no ambiente familiar ou variações no modo como são interpretados.

Nos itens com concordância intermediária (51% - 74%), a distribuição também se manteve equilibrada: 18 pertencem ao critério A (itens 1, 4, 5, 7, 8, 12, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 25, 30, 34, 36, 39 e 45) e 17 ao critério B (itens 28, 32, 35, 46, 47, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 65, 68, 69 e 70). Esse padrão reforça a ideia de que as dificuldades de reconhecimento dos sinais característicos do transtorno permanecem presentes mesmo em níveis moderados de concordância, abrangendo ambos os critérios diagnósticos. Fatores como nuances no comportamento infantil, variabilidade no desenvolvimento, ou até mesmo influências culturais e contextuais podem contribuir para essas interpretações divergentes.

Por outro lado, os 8 itens que obtiveram alta concordância (80% - 85%) se dividem em 5 do critério A (itens 9, 15, 26, 40 e 62) e 3 do critério B (itens 31, 49 e 54). A predominância de itens sociais entre os mais reconhecidos pode indicar que os pais tendem a perceber com mais clareza comportamentos de comunicação e interação social quando são mais evidentes ou impactam diretamente a rotina da criança. Já os itens do critério B que alcançaram concordância elevada provavelmente se referem a comportamentos repetitivos ou interesses restritos mais visíveis, como estereotípias motoras ou reações marcantes a mudanças, que também tendem a chamar atenção no ambiente doméstico.

Em conjunto, esses achados indicam que, embora os pais demonstrem algum conhecimento sobre o TEA — possivelmente construído por meio da convivência com os filhos e da busca por informações —, ainda há lacunas importantes no reconhecimento formal dos critérios diagnósticos. Tais resultados reforçam a importância de ações educativas e estratégias de orientação familiar que favoreçam uma compreensão mais clara e fundamentada sobre as manifestações clínicas do transtorno.

Tabela 12*Comparativa entre a amostra de participantes psicólogos e pais*

% de concordância	Itens Profissionais Psicólogos	Itens Pais
≤ 50	-	2, 3, 6, 13, 17, 19, 24, 27, 29, 41, 42, 43, 52, 53, 59, 63, 66.
51 - 74	1, 2, 3, 5, 19, 42, 47, 53.	1, 4, 5, 7, 8, 12, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 25, 28, 30, 32, 34, 35, 36, 39, 45, 46, 47, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 65, 68, 69, 70.
75 - 80	13, 30, 52, 59.	9, 15, 26, 40, 62.
81 - 100	4, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 70.	31, 49, 54.

A análise comparativa entre os grupos de psicólogos e pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) evidenciou diferenças significativas na identificação das características comportamentais associadas ao transtorno.

Os psicólogos participantes demonstraram elevado grau de precisão em suas respostas, sendo que 86,6% dos itens da escala obtiveram concordância igual ou superior a 75%, demonstrando concordar com as juízas do estudo². O que indica um domínio satisfatório dos critérios diagnósticos estabelecidos para o TEA. Apesar disso, oito itens apresentaram concordância inferior a esse patamar, com destaque para aqueles relacionados ao critério A (déficits na comunicação e interação social). Entre os exemplos, destacam-se os itens “Evita toques e abraços” (item 1), “Afasta-se quando uma pessoa se aproxima” (item 3) e “Atende

quando chamado pelo nome” (item 19). A variabilidade nas respostas desses itens sugere que, mesmo entre profissionais da Psicologia, comportamentos sociais com natureza mais sutil ou dependente do contexto podem ser interpretados de formas distintas, dificultando uma avaliação padronizada.

Em contrapartida, no grupo de pais, observou-se maior heterogeneidade nas respostas. Os itens com menor índice de reconhecimento entre os pais abrangeram tanto os critérios A quanto B (comportamentos restritos e repetitivos), indicando que as dificuldades de percepção não se restringem a um único domínio sintomatológico. Como exemplos, podem-se citar os itens “Usa todos os tipos de vestuário” (item 2), “Compreende gestos como apontar” (item 42) e “Ignora quando alguém inicia uma conversa” (item 53). Esses dados revelam limitações no conhecimento cotidiano acerca dos sinais clínicos do TEA, mesmo entre aqueles com vivência direta com a criança, o que reforça a importância de ações educativas voltadas a familiares.

Particularmente relevante é a identificação de quatro itens que apresentaram índices de concordância inferiores a 75% em ambos os grupos — pais e psicólogos — a saber: itens 2, 3, 19 e 42. A discordância recorrente em relação a esses comportamentos sugere que são indicadores cuja interpretação pode ser influenciada por fatores contextuais, subjetivos ou culturais. O item 2 (“Usa todos os tipos de vestuário”), por exemplo, pode envolver uma avaliação ambígua de preferências sensoriais ou adaptações feitas pela família. Já o item 3 (“Afasta-se quando uma pessoa se aproxima”) pode gerar diferentes interpretações, pois o afastamento pode ser visto tanto como uma manifestação de desconforto social — característica comum no TEA — quanto como uma resposta momentânea a estímulos ambientais aversivos, o que dificulta sua avaliação isolada. O item 19 (“Atende quando chamado pelo nome”), embora tradicionalmente reconhecido como um marcador clínico precoce do TEA, pode apresentar variações conforme a idade da criança e o ambiente em que a observação ocorre. Por fim, o item 42 (“Compreende gestos como apontar e pedido de silêncio”) envolve habilidades de

comunicação não verbal que nem sempre são percebidas com clareza por observadores leigos, sendo suscetível a interpretações imprecisas. Ainda assim, todos esses itens foram mantidos na escala, considerando sua relevância teórica e potencial valor discriminativo quando analisados em conjunto com outros indicadores comportamentais. Esses resultados reforçam a importância da triangulação de dados no processo diagnóstico — combinando informações obtidas por meio de relatos familiares, observações clínicas e instrumentos padronizados. Tal estratégia pode contribuir para a redução de vieses interpretativos e para o aumento da precisão na identificação precoce de sinais compatíveis com o TEA.

Em síntese, os resultados obtidos evidenciam que, embora os profissionais da Psicologia apresentem maior consistência na identificação dos comportamentos característicos do TEA, os pais oferecem uma perspectiva experiencial que é igualmente valiosa no processo avaliativo. A convergência entre ambos os grupos em relação aos itens com menor reconhecimento indica a complexidade envolvida na avaliação desses sinais e a necessidade de abordagens integradas que unam conhecimento técnico e experiência cotidiana para promover diagnósticos mais precisos e sensíveis à singularidade de cada caso.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo desenvolver a Escala de Rastreamento de Autismo Infantil Brasileira (ERAI) e reunir evidências iniciais de validade de conteúdo. A elaboração dos itens foi fundamentada nos critérios diagnósticos do DSM-5-TR American (APA, 2023). O processo metodológico seguiu rigorosamente os critérios psicométricos de Pasquali (2010) e as recomendações de Carvalho e Ambiel (2017), priorizando itens claros, simples, representativos do construto e compreensíveis ao público-alvo. Também se buscou evitar ambiguidades, eliminar conteúdos relacionados a construtos distintos e assegurar equilíbrio entre diferentes níveis do construto, incluindo polos positivos e negativos.

A versão inicial da ERAI foi composta por 70 itens, distribuídos em duas dimensões teóricas: Dimensão A (déficits em comunicação e interação social), com 29 itens, e Dimensão B (padrões restritivos e repetitivos de comportamento), com 41 itens. A polaridade dos comportamentos descritos também foi considerada. A validade de conteúdo foi analisada por quatro juízas especialistas em avaliação clínica de crianças com TEA. Suas contribuições foram essenciais para verificar a adequação dos itens, promover ajustes prévios à aplicação empírica e, assim, aumentar a precisão e a utilidade prática da escala na avaliação psicológica (Primi, 2011).

Os resultados indicaram altos índices de concordância entre as avaliadoras, especialmente em relação à polaridade dos itens — 68 deles obtiveram concordância total, sugerindo clareza semântica e solidez teórica. No que se refere à correspondência dos itens com as dimensões propostas, a Dimensão A (comunicação e interação social) apresentou 93,1% de concordância total. A Dimensão B (comportamentos repetitivos e restritivos), embora com maior variabilidade, teve 75,6% de itens com 100% de concordância. Dez itens dessa última dimensão foram considerados insatisfatórios devido a sobreposição de conteúdo, linguagem genérica e baixa especificidade diagnóstica. Esses itens foram excluídos para garantir a

consistência interna da escala e reforçar sua validade de conteúdo. Assim, a versão final da ERAI passou a contar com 60 itens: 27 na Dimensão A e 33 na Dimensão B, com equilíbrio entre polos positivos e negativos. A análise de concordância percentual, com ponto de corte de 75%, seguiu as recomendações da literatura especializada. A interpretação dos índices baseou-se nos parâmetros propostos por Landis e Koch (1977), oferecendo um critério objetivo e confiável para a seleção dos itens.

No Estudo 3, foi realizada uma análise qualitativa da percepção de psicólogos e pais de crianças com TEA referente aos polos positivos (características presentes no TEA) e negativos (características ausentes no TEA), em relação aos itens da ERAI, com o objetivo de aproximar a escala ao seu contexto real de aplicação. Os psicólogos apresentaram elevado grau de reconhecimento das características associadas ao transtorno, o que pode ser atribuído à sua formação acadêmica e à experiência clínica. Em contrapartida, os pais e responsáveis demonstraram níveis mais heterogêneos de concordância, o que sugere dificuldades na identificação e interpretação de comportamentos típicos do TEA. Esses resultados estão em consonância com os achados de Oliveira (2011), que indicam um conhecimento limitado por parte dos pais sobre o autismo, mesmo após o diagnóstico formal. Segundo a autora, muitos pais interpretam sinais clínicos importantes — como o isolamento social e a ausência de contato visual — como traços de personalidade, e não como indicadores de um transtorno do neurodesenvolvimento. Além disso, o estudo revelou a presença de crenças equivocadas relacionadas à etiologia do autismo e uma percepção insuficiente sobre suas características centrais, o que pode afetar o engajamento familiar nas estratégias de intervenção (Oliveira, 2011). Reforçando a importância de ações educativas e estratégias de orientação familiar que favoreçam uma compreensão mais clara e fundamentada sobre as manifestações clínicas do transtorno.

Os resultados obtidos indicam evidências iniciais promissoras de validade baseada no conteúdo para a ERAI. A versão final, composta por 60 itens fundamentados em critérios diagnósticos atualizados e validados por especialistas com ampla experiência clínica, representa um avanço importante diante da escassez de instrumentos nacionais aprovados pelo SATEPSI para rastreamento do TEA. No entanto, este é apenas um passo inicial. Estudos futuros deverão investigar a estrutura interna da escala, sua precisão (por meio da consistência interna), validade baseada em critérios externos e estabilidade temporal. A aplicação em amostras clínicas e não clínicas também será essencial para confirmar sua sensibilidade e especificidade diagnóstica.

Espera-se, portanto, que a ERAI se consolide como uma ferramenta ética, eficaz e tecnicamente adequada para auxiliar profissionais da Psicologia na identificação precoce de sinais de TEA, contribuindo para intervenções mais oportunas e eficazes no desenvolvimento infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário brasileiro, ainda são evidentes os desafios relacionados à detecção e ao rastreamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), em especial pela escassez de instrumentos devidamente validados e adaptados à realidade sociocultural e linguística do país (Côrtes, 2020). Essa limitação compromete o diagnóstico precoce, que é fundamental para a implementação de intervenções eficazes. Como alertam Monteiro et al. (2017), muitas crianças com TEA ainda são diagnosticadas tardiamente, geralmente após os cinco anos de idade, o que pode reduzir significativamente as oportunidades de desenvolvimento em etapas cruciais da infância.

Diversos estudos (Zhao et al., 2023; Sauer et al., 2021; Saraiva et al., 2024) apontam que o TEA possui uma etiologia multifatorial, envolvendo a interação de fatores genéticos e ambientais. Essas evidências reforçam a complexidade do transtorno e a necessidade de instrumentos de avaliação sensíveis e específicos. Além disso, dados do CDC (2025) indicam diferenças na prevalência do TEA entre grupos étnicos, sugerindo avanços na identificação do transtorno em populações antes subdiagnosticadas. Também chama atenção o fato de que uma parcela significativa das crianças diagnosticadas apresenta deficiência intelectual associada, sobretudo entre crianças negras e indígenas americanas (Autism Speaks, 2025), o que evidencia a importância de instrumentos que permitam o rastreamento precoce, antes do surgimento de quadros mais severos.

Diante desse cenário, destaca-se a relevância de desenvolver instrumentos psicologicamente fundamentados, com evidências de validade e fidedignidade, conforme preconizado pela APA (2022) e por autores como Machado et al. (2014). A construção da Escala de Rastreamento de Autismo Infantil Brasileira (ERAI) surgiu a partir da identificação de uma lacuna na avaliação objetiva do TEA no país. Embora existam instrumentos em uso, muitos

ainda não constam no sistema SATEPSI e carecem de estudos psicométricos robustos, sendo aplicados sem garantias adequadas de validade ou precisão em contextos clínicos.

A presente dissertação contribui com a primeira etapa desse processo, apresentando uma versão inicial da ERAI composta por 60 itens, construída com base em critérios diagnósticos atualizados (APA, 2023), respaldada por evidências de validade de conteúdo obtidas por meio da análise de juízas especialistas e da escuta de profissionais da Psicologia e familiares de crianças com TEA. Os resultados apontam que a escala apresenta potencial para auxiliar no rastreamento precoce do transtorno, oferecendo aos profissionais da área uma ferramenta tecnicamente adequada, culturalmente sensível e eticamente responsável.

Ressalta-se, contudo, que este é um passo inicial. O estudo apresenta limitações, como o número restrito de avaliadoras na etapa de validação de conteúdo e a ausência, até o momento, de análises empíricas relacionadas à estrutura interna e à consistência do instrumento. Estudos futuros devem aprofundar a investigação das propriedades psicométricas da ERAI, incluindo análises de validade com base em critério, precisão e estabilidade temporal, além de sua aplicação em amostras clínicas e não clínicas.

Acredita-se que, com a continuidade dos estudos, a ERAI poderá atender aos critérios técnicos e éticos exigidos para instrumentos psicológicos no Brasil, tornando-se apta à submissão e aprovação pelo SATEPSI. A incorporação da ERAI à prática profissional poderá contribuir de forma significativa para o rastreamento precoce do TEA, favorecendo o encaminhamento a intervenções mais rápidas e eficazes, com impacto positivo sobre o prognóstico e o desenvolvimento global da criança.

Espera-se que este instrumento, ao longo de seu contínuo processo de validação e aprimoramento, contribua para práticas mais precoces, assertivas e humanizadas de identificação e intervenção no campo dos transtornos do neurodesenvolvimento, em consonância com as demandas sociais e profissionais da Psicologia contemporânea.

Referências

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(2).
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
- Alves, G. A. S., Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2011). Validade e precisão de testes psicológicos. In R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacanaro, G. A. S. Alves, & I. F. A. S. Leme (Eds.), *Avaliação psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia* (pp. 109-128). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ambiel, R. A. M., & Carvalho, L. F. (2017). Validade e precisão de instrumentos de avaliação psicológica. In M. R. C. Lins & J. C. Borsa (Eds.), *Avaliação psicológica Aspectos teóricos e práticos* (pp. 115-125). Editora Vozes.
- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*. (1ª ed.). Washington D/C.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II*. (2ª ed.). Washington D/C.
- American Psychiatric Association (APA). (1989). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM III-R*. (3ª ed.). Washington D/C.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-IV-TR*. (3ª ed.). Artes Médicas.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V* (5ª ed.). Artmed.
- American Psychiatric Association (APA). (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V-TR*. Artmed.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V-TR*. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Araújo, Á. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Asperger, H. (2009). 'Autistic psychopathy' in childhood. In U. Frith (Eds.), *Autism and Asperger Syndrome* (pp. 37–92). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511526770.002>.
- Baraldi, G. S., Rojahn, J., Seabra, A. G., Carreiro, L. R. R., & Teixeira, M. C. T. V. (2013). Translation, adaptation, and preliminary validation of the Brazilian version of the Behavior Problems Inventory (BPI-01). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(3), 198-211. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892013000300007>.
- Barbosa, I. G., Rodrigues, D. H., Rocha, N. P., Simões-e-Silva, A. C., Teixeira, A. L., & Kummer, A. (2015). Propriedades psicométricas da Escala de Responsividade Social-2 para Transtornos do Espectro Autista. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(3), 230-237. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000083>
- Becker, M. M., Wagner, M. B., Bosa, C. A., Schmidt, C., Longo, D., Papaleo, C., & Riesgo, R. S. (2012). Tradução e validação da ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) para diagnóstico de autismo no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(3), 185-190. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012000300006>.
- Bölte, S., Duketis, E., Poustka, F., & Holtmann, M. (2011). Sex differences in cognitive domains and their clinical correlates in higher-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 15(4), 497–511. <https://doi.org/10.1177/1362361310391116>.
- Borsa, J. C., & Seize, M. M. (2017). Construção e adaptação de instrumentos psicológicos: dois caminhos possíveis. In B. Damasio, & J. C. Borsa (Eds.), *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos* (pp. 15-37). Vetor Editora
- Bosa, C. A., & Callias, M. (2000). Autismo: Breve Revisão de Diferentes Abordagens Psicológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 167-177.
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000100017>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Autism spectrum disorder (ASD) data & statistics*. <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *New data on autism prevalence in the United States*. <https://www.cdc.gov/autism/data-research/autism-data-visualization-tool.html>
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Resolução CFP nº 31, de 7 de novembro de 2022*. Dispõe sobre a atualização e consolidação das regras para o uso de testes psicológicos. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-n-31-2022>.
- Constantino, J. N., & Charman, T. (2016). Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *The Lancet. Neurology*, 15(3), 279–291. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00151-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00151-9)
- Cook, K. A., & Willmerdinger, A. N. (2015, juny). The History of Autism. Narrative Documents. Furman University. <https://scholarexchange.furman.edu/schopler-about/1>
- Côrtes, M. do S. M., & Albuquerque, A. R. (2020). Contribuições Para o Diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista: de Kanner ao DSM-V. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 3(7), 864–880. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4678838>
- Costa, V. B. S., Harsányi, E., Martins-Reis, V. de O., & Kummer, A. (2013). Tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro do teste Children's Communication Checklist-2. *CoDAS*, 25(2), 115-119. <https://doi.org/10.1590/s2317-17822013000200005>
- Dias, S. (2015). Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, 18 (2), 307-313. <http://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p307.9>
- Diez- Cuervo, A., Martos, J. (1989). Definición y Etiologia del autismo. Extraído del libro: Intervención Educativa en Autismo Infantil (Tema 1). Ministério da Educación y Ciencia. Disponível em: <http://www.autismo.com/acripts/articulo/smuestra.idc?n=mescld>>.
- Evangelho, V. G. O., Costa, F. M. R., Castro, H. C., Bello, M. L., & Amorim, M. R. (2021). Autismo no Brasil: uma revisão sobre estudos em neurogenética. *Revista Neurociências*, 29, 1–20. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12440>
- Disabilities Monitoring Network. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/ss7011a1.htm#suggestedcitation>

- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happé, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(8), 788–797.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.018>
- Girianelli, V. R., Tomazelli, J., Silva, C. M. F. P., & Fernandes, C. S. (2023). Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013-2019. *Revista saúde pública*, 57(21). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004710>.
- Godinho, G. G., França, F. O., Freitas, J. M. A., Santos, F. M. L., Resende, D. S., Wageck, J. P. Z., & Portela, S. F. B. (2008). Avaliação funcional em longo prazo do tratamento videoartroscópico das lesões parciais do manguito rotador. *Jornal de Pediatria*, 84(7), 639–645. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000700004>
- Greydanus, D. E., & Toledo-Pereyra, L. H. (2012). Historical Perspectives on Autism: Its Past Record of Discovery and Its Present State of Solipsism, Skepticism, and Sorrowful Suspicion. *Pediatric Clinics of North America*, 59 (1), 1–11.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.10.004>.
- Hirai, T., Umeda, N., Harada, T., Okumura, A., Nakayasu, C., Ohto-Nakanishi, T., Tsuchiya, K. J., Nishimura, T., & Matsuzaki, H. (2024). Arachidonic acid-derived dihydroxy fatty acids in neonatal cord blood relate symptoms of autism spectrum disorders and social adaptive functioning: Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 78(6), 546–557. <https://doi.org/10.1111/pcn.13710>
- Hume, K., Steinbrenner, J. R., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., Yücesoy-Özkan, S., & Savage, M. N. (2021). Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism: Third Generation Review. *Journal of autism and developmental disorders*. 51(11), 4013–4032.
<https://doi.org/10.1007/s10803-020-04844-2>.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). Uma pergunta que abre portas: Questão sobre autismo no Censo 2022 possibilita avanços para a comunidade TEA. *Censo 2022*. <https://censo2022.ibge.gov.br/noticias-por-estado/36346-uma-pergunta-que-abre-portas-questao-sobre-autismo-no-censo-2022-possibilita-avancos-para-a-comunidade-tea>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174.
- Leopoldino, C. B. (2016) Inclusão de autistas no mercado de trabalho: uma nova questão de pesquisa para os brasileiros. *Gestão e Sociedade*. 22 (9), 853-868.
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>.
- Losápio, M. F., & Pondé, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 221–229. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400011>
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *Lancet (London, England)*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2).
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (1989). *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*. Western Psychological Services.
- Machado, F.P., Lerner, R., Novaes, B.C.A.C., Palladino, R.R.R., & Cunha, M.C. (2014). Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: Avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. *Audiologia - Pesquisa de Comunicação*, 19 (4), 345–351. <https://doi.org/10.1590/S2317-64312014000300001392>.
- Machado, R. H. V., Schwartzman, J. S., & da Silva, M. T. A. (2014). Diagnóstico do transtorno do espectro autista: revisão dos instrumentos utilizados. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(2), 257–265. <https://doi.org/10.1590/0103-0582201432218213>

- Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hughes, M. M., Ladd-Acosta, C. M., McArthur, D., Pas, E. T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., Hall-Lande, J., ... Shaw, K. A. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020*, 2(72), 1-14. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>.
- Marques, D. F., & Bosa, C. A. (2015). Protocolo de avaliação de crianças com autismo: Evidências de validade de critério. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31 (1), 43-51. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015011085043051>.
- Martins, D. C. A., Vassoler, F. C., Silva, F. S., Honorato, M. M., & Santana, M. B. de. (2024). Tradução e adaptação do Toddler Autism Symptom Inventory (TASI®) para o português do Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 9(5), 134–149. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/toddler-autism-symptom-inventory>.
- Messias, M. P., Silva, E. de M., Andrade, M. H., Cavallo, I. C. C., Galvão, L. P., Périco, C. de A. M., Torales, J., Ventriglio, A., Castaldelli-Maia, J. M., & Martins-da-Silva, A. S. (2022). Clinico-epidemiological profile of patients at children's psychosocial care centers in São Bernardo do Campo: a cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal*, 140(6). <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0577.R1.17022022>.
- Monteiro, A., Pimenta, R. A., Pereira, S. M., & Roesler, H. (2017). Considerações sobre critérios diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista e suas implicações no campo científico. *Do Corpo: Ciências e Artes*, 7(1), 87-97.
- Nassar, N., Dixon, G., Bourke, J., Bower, C., Glasson, E., de Klerk, N., & Leonard, H. (2009). Transtornos do espectro do autismo em crianças pequenas: efeito das mudanças nas práticas diagnósticas. *International Journal of Epidemiology*, 38 (5), 1245–1254. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp260>.

- Oliveira, A. G. (2011). *Perfil do conhecimento dos pais de crianças autistas sobre o autismo* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Minas Gerais]. UFMG – Pós-Graduação em Neurociências.
- Pacico, J. C. (2015). Validade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp.46-53). Artmed.
- Pacífico, M. C., Silvestre de Paula, C., Namur, V. S., Lowenthal, R., Bosa, C. A., & Teixeira, M. C. T. V. (2019). Evidências preliminares do processo de validação da Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): tradução, adaptação transcultural e equivalência semântica para a versão em português do Brasil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 218–226. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0063>
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Artmed.
- Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 5-37). Artmed.
- Pasqualli, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. LabPAM & IBAPP.
- Pawlowski, J., Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2007). Discutindo procedimentos psicométricos a partir da análise de um instrumento de avaliação neuropsicológica breve. *Psico-USF*, 12(2), 211-219. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200009>.
- Primi, R. (2011). Responsabilidade ética no uso de padrões de qualidade profissional na avaliação psicológica. In Conselho Federal de Psicologia (Eds.), *Ano da Avaliação Psicológica – Texto Geradores* (pp. 53-58). Conselho Federal de Psicologia.
- Reis, S. T., & Lenza, N. (2019). A Importância de um diagnóstico precoce do autismo para um tratamento mais eficaz: uma revisão da literatura. *Revista Atenas Higeia*, 2(1), 1 - 7.
- Ribeiro, N. C. R. Marteleto, & R. M. (2023). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais enquanto um dispositivo info-comunicacional. *Encontros Bibli:*

Revista eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da informação. 28, 1–16.

<https://doi.org/10.5007/1518-2924.2023.e90801>.

- Ribeiro, T. C. (2022). Epidemiologia do transtorno do espectro do autismo: rastreamento e prevalência na população (Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-22092022-170809/>
- Rivière, A. (1997, september 24-27). Desarrollo normal y autismo: definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. Curso de Desarrollo Normal y Autismo. Puerto de la Cruz, Tenerife, España. https://personal.us.es/cvm/docs/Desarrollo%20normal%20y%20Autismo_Angel%20Riviere_1.pdf.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131–144. doi.org/10.1023/A:1010738829569
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (1994). *Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R)*. Western Psychological Services.
- Saraiva, I. F., Freire, R. V. S., Frazão, M. A., Muniz, J. S., & Souza, L. C. B. (2024). Transtorno do Espectro Autista (TEA): Etiologia, diagnóstico e intervenções terapêuticas: Uma revisão bibliográfica da literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(08), 2281–2291. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15262>
- Sato, F. P. (2009). *Tradução, adaptação transcultural e validação do Autism Screening Questionnaire (ASQ) para o português do Brasil* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-07052009-134103/publico/FabioPSato.pdf​;contentReference\[oaicite:1\]{index=1}](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-07052009-134103/publico/FabioPSato.pdf​;contentReference[oaicite:1]{index=1})
- Sauer, I., Silva, B., & Giacomini, A. C. V. V. (2021). Autism Spectrum Disorders: Etiology and Pathology. *Brazilian Journal of Development*, 7(6), 64893–64911.
- Selau, T., Silva, M. A., & Bandeira, D. R. (2020). Construção e Evidências de Validade de Conteúdo da Escala de Funcionamento Adaptativo para Deficiência Intelectual (EFA-

341. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1903.17952.11>.

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

Steigleder, B. G., Bosa, C. A., & Sbicigo, J. B. (2021). Sinais de alerta para Transtorno do Espectro Autista: Evidências de validade do PROTEA-R-NV. *Avaliação Psicológica*, 20(3), 331–340. <https://doi.org/10.15689/ap.2021.2003.19847.07>

Tierney, S., Burns, J., & Kilbey, E. (2016). Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.013>.

Tomazelli, J., & Fernandes, C. (2021). Psychosocial Care Centers and the profile of pervasive developmental disorder cases in Brazil, 2014-2017. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 31(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310221>.

Van Wijngaarden-Cremers, P. J., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J., & Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 627–635. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1913-9>.

Volkmar, F. R. & Wiesner, L. A. (2018). *Autismo: guia essencial para a compreensão e o tratamento*. Artmed.

Wang, L., Wang, B., Wu, C., Wang, J., & Sun, M. (2023). *Autism spectrum disorder: Neurodevelopmental risk factors, biological mechanism, and precision therapy*. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(3), 1819. <https://doi.org/10.3390/ijms24031819>

Wing, L. (1996). *The History of Ideas on Autism: Legends, Myths and Reality*. Paper apresentado no 5o Congresso de Autismo, Barcelona, Espanha.

- Wisner-Carlson, R., Uram, S., & Flis, T. (2020). The Transition to Adulthood for Young People with Autism Spectrum Disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 29(2), 345–358. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.12.002>.
- Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 25-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>.
- Zhao, X., Zhang, Y., Li, T., & Wang, H. (2023). Advances in the pathological mechanisms and animal models of autism spectrum disorder. *Journal of Neuroscience Research*, 101(4), 456–468. <https://doi.org/10.1002/jnr.25000>

ANEXOS

Anexo B: Aprovação do Estudo no Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESCALA DE RASTREIO DE AUTISMO INFANTIL BRASILEIRA: CONSTRUÇÃO E ESTUDOS PSICOMÉTRICOS

Pesquisador: BRUNA FATIMA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85216424.0.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.299.143

Apresentação do Projeto:

O autismo faz parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Diagnósticos como autismo, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância, síndrome de Asperger e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, integravam o grupo de transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), pois seu diagnóstico passa a considerar as áreas de interação social, comunicação e comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados.

A nomenclatura de Transtorno do Espectro Autista (TEA), engloba transtornos anteriormente chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outras especificações, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger. Para diagnóstico passam a ser considerados os seguintes critérios: a) Déficits persistentes em comunicação social e interação social em múltiplos contextos e critério b) Padrões restritivos e repetitivos do comportamento, interesses ou atividades, sendo que estes sintomas devem estar presentes precocemente, causar prejuízos significativo social, profissional ou demais áreas importantes.

É necessário destacar que características ambientais gerais e individuais podem mascarar em alguns contextos e/ou situações específicas o autismo, por isso a necessidade de ter uma fonte múltipla de informação para que o diagnóstico seja confiável do TEA. Os sintomas mais comuns

Endereço: Rua Professor Doutor Eurycides de Jesus Zerbini, nº 1516 - Bloco D

Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



do TEA podem ser identificados durante o primeiro ano de vida. No entanto, sintomas mais sutis são mais difíceis de perceber e podem ser verificados apenas após o segundo ano de vida. Atualmente, há uma preocupação cada vez maior com o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, com a intervenção precoce, já que, de maneira geral, os indivíduos são diagnosticados com TEA, em média, somente após os 5 anos de idade.

A pesquisa busca preencher uma lacuna significativa no campo da avaliação psicológica no Brasil. A pesquisa propõe a criação de um instrumento original e validado, para rastreamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) adaptado ao contexto cultural brasileiro, atendendo às exigências normativas do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).

A criação de uma nova escala de rastreamento de autismo no Brasil justifica-se pela necessidade de um instrumento validado e adequado ao contexto cultural brasileiro, considerando as especificidades linguísticas e comportamentais da população. As escalas atualmente utilizadas no país são, em grande parte, adaptações de versões estrangeiras, o que pode reduzir sua eficácia ao não capturarem plenamente as características do desenvolvimento infantil em nosso contexto. Além disso, essas adaptações tendem a ter um custo elevado, tanto financeiro quanto técnico. Desenvolver uma escala original e validada pelo SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos) garantiria um instrumento mais acessível e eficaz para os profissionais da Psicologia. Essa nova escala deve atender aos requisitos legais e normativos para o uso de instrumentos psicológicos no Brasil fortalecendo a prática profissional no país.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral a construção e investigação das qualidades psicométricas de uma Escala de Rastreio de Autismo Infantil Brasileira. Os objetivos específicos são: construir um instrumento de uma escala de rastreio de autismo infantil; investigar as evidências de validade com base no conteúdo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A metodologia da pesquisa prevê o desenvolvimento de dois estudos. O estudo 1 envolve a construção de uma escala de rastreio de autismo infantil. O estudo 2, de validação do conteúdo.

Para o desenvolvimento do estudo 1, com o objetivo averiguar se o público-alvo consegue compreender a semântica dos itens, será selecionada amostra que incluirá cinco psicólogos que atuem com a avaliação de crianças do espectro autista. Os critérios de inclusão e exclusão

Endereço: Rua Professor Doutor Euríclides de Jesus Zerbini, nº 1516 - Bloco D
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



Continuação do Parecer: 7.299.143

foram definidos da seguinte forma pela pesquisadora:

Critérios de inclusão: psicólogos formados há, pelo menos cinco anos, e que já tenham trabalhado com crianças do espectro autista.

Critério de exclusão: serão excluídos aqueles que não concluírem totalmente a tarefa ou que solicitarem a retirada do seu consentimento.

No estudo 2, análise de juízes, tem o propósito de investigar as qualidades do instrumento, e estão previstos cinco avaliadores (juízes), com as seguintes características: profissionais e especialistas em avaliação psicológica, conhecedores da temática do Transtorno do Espectro do Autismo e, preferencialmente, do processo de construção de instrumentos. Os critérios para inclusão e exclusão são os seguintes:

Critérios de inclusão: profissionais psicólogos formados há pelo menos cinco anos e que já trabalhem com avaliação de crianças do Transtorno do Espectro do Autismo.

Critérios de exclusão: serão excluídos aqueles que não concluírem todas as etapas do estudo ou que solicitarem a retirada do seu consentimento.

A pesquisa conta com a participação de voluntários que podem, a qualquer momento, solicitar a retirada do seu consentimento. Portanto, os riscos parecem ser mínimos considerando que os participantes são psicólogos experientes e que já trabalham com o TEA. A participação será realizada somente com os profissionais que se dispuserem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que os participantes podem, ao seu critério, interromper a sua participação em face a qualquer desconforto. A população estudada será favorecida na medida em que, como consta na literatura, houver o diagnóstico precoce do TEA e, conseqüentemente, a intervenção precoce, já que, de maneira geral, os indivíduos são diagnosticados com TEA, em média, somente após os 5 anos de idade, tornando o tratamento mais difícil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata do Transtorno do Espectro Autista (TEA). A coleta de dados será conduzida por meio de dois estudos: estudo piloto; e, análise de juízes. Devem participar do estudo piloto cinco psicólogos que atuem com a avaliação de crianças do espectro autista. Participam da análise de juízes, cinco profissionais de especialistas em avaliação psicológica, conhecedores da temática do Transtorno do Espectro do Autismo.

Endereço: Rua Professor Doutor Eurýclides de Jesus Zerbini, nº 1516 - Bloco D
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **E-mail:** comitedoetica@puc-campinas.edu.br

Página 03 de 06



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



Continuação do Parecer: 7.299.143

Os participantes da pesquisa serão informados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que podem, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa. Da mesma forma, aqueles que se recusarem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão excluídos.

A criação de uma Escala de Rastreio de Autismo Infantil Brasileira tem o potencial de reduzir a dependência de adaptações de instrumentos estrangeiros, que tendem a ter um custo elevado, tanto financeiro quanto técnico, ampliando o acesso de profissionais a ferramentas acessíveis e validadas. Além disso, ao promover o diagnóstico precoce e intervenções mais direcionadas, o instrumento pode impactar positivamente a qualidade de vida de crianças com TEA e suas famílias. Logo, toda a sociedade pode ser beneficiada com os resultados da pesquisa, que resultará na criação de um instrumento psicométrico adaptado ao contexto sociocultural brasileiro, o que pode contribuir significativamente a precisão diagnóstica do TEA no país.

A pesquisadora juntou os seguintes itens para validação: escala TEA; o TCLE para os participantes psicólogos e o TCLE para os participantes juízes; Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais. Juntou ficha de identificação profissional para os participantes do Estudo1.

Além disso, foram juntados a Declaração de Responsabilidade, Compromisso e Confidencialidade, da pesquisadora Bruna Fátima dos Santos, bem como, a Declaração de Responsabilidade, Compromisso e Confidencialidade da orientadora, professora Doutora Solange Muglia Wechsler.

No que diz respeito ao Orçamento Financeiro, consta no projeto que a pesquisadora não será remunerada pelos estudos. Os custos serão assumidos por meio de financiamento próprio.

Cumpramos esclarecer que o projeto está bem fundamentado. O método utilizado está adequado ao propósito da pesquisa. A definição de inclusão dos participantes é coerente com a proposta. A Escala proposta para validação é objetiva e os procedimentos foram descritos de forma esclarecedora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consta a folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos, da Plataforma Brasil, assinada pela pesquisadora e pela Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão da PUC Campinas.

Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atende aos critérios de concisão e objetividade, e está adequado ao nível socioeconômico dos sujeitos da pesquisa

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, nº 1516 - Bloco D
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Página 04 de 05

(psicólogos); consta descrição dos procedimentos para inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa; identificação dos riscos e benefícios da pesquisa, entre outras coisas.

Portanto, os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as normas do Comitê.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto se encontra em conformidade com as normas éticas, sendo considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**. Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2458147.pdf	02/12/2024 10:14:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.pdf	02/12/2024 10:13:35	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODERESPONSABILIDADECOMPROMISSOECONFIDENCIALIDADE_pesquisador.pdf	02/12/2024 10:11:24	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODERESPONSABILIDADECOMPROMISSOECONFIDENCIALIDADE_orientador.pdf	02/12/2024 10:10:04	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
Outros	FICHA_DE_IDENTIFICACAO_DO_PROFISSIONAL.pdf	02/12/2024 10:07:15	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
Outros	ITENS_PARA_ESCALA.pdf	02/12/2024 10:02:00	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Eurýclides de Jesus Zerbini, nº 1516 - Bloco D
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

**PUC**
CAMPINAS**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS**

Continuação do Parecer: 7.299.143

Outros	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_PARA_TRATAMENTO_DE_DADOS_PESSOAIS.pdf	02/12/2024 09:57:10	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPARAPARTICIPANTESJUIZES.pdf	02/12/2024 09:54:30	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPARTICIPANTESPSICOLOGOS.pdf	02/12/2024 09:54:10	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CronogramaDaPesquisa.pdf	02/12/2024 09:52:46	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInfraOnline.pdf	02/12/2024 09:52:05	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	DeclaracaoDeCustosRecursos.pdf	02/12/2024 09:50:19	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	02/12/2024 09:46:06	BRUNA FATIMA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 16 de Dezembro de 2024

Assinado por:
GISELE MARA SILVA GONCALVES
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, nº 1516 - Bloco D
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Página 06 de 06

Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Juízes

Título da Pesquisa: Escala de Rastreo de Autismo Infantil Brasileira: Construção e Estudos Psicométricos

Prezado(a) Avaliador(a),

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento que impacta a comunicação, a interação social e os padrões de comportamento, incluindo interesses restritos e atividades repetitivas. Sua manifestação pode variar consideravelmente entre os indivíduos, apresentando desde desafios sutis até dificuldades significativas nas atividades diárias.

No Brasil, apesar da relevância do diagnóstico precoce, ainda são escassos os instrumentos validados especificamente para a avaliação do TEA, com a maioria dos existentes sendo oriundos de outros países e ainda não validados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Esse cenário revela uma lacuna importante na literatura e nos recursos disponíveis para a avaliação de crianças com o transtorno. Em resposta a essa necessidade, o processo de desenvolvimento de uma escala de rastreio para o autismo infantil foi iniciado. Este projeto integra minha dissertação de mestrado, realizada na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob orientação da Professora Doutora Solange Muglia Wechsler.

Para que o instrumento proposto possa ser disponibilizado para uso profissional, é essencial que as evidências de validade com base no conteúdo sejam investigadas por meio da análise de juízes especialistas da área de avaliação psicológica. Dessa forma, você está sendo convidado(a) a colaborar com este estudo, que não demandará mais do que 20 minutos do seu tempo.

Sua tarefa consiste em realizar uma leitura atenta dos 70 itens da escala, avaliando criticamente qual aspecto do comportamento relacionado ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) cada item representa. Para isso, será necessário fazer duas classificações simultâneas. A primeira diz respeito ao critério diagnóstico, indicando se o item se refere a déficits na comunicação e na interação social (A), a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (B), ou se é considerado irrelevante (I) para as dimensões avaliadas. A segunda classificação se refere à polaridade do comportamento descrito, ou seja, se o item representa um comportamento presente no quadro do TEA (polo positivo – P), um

comportamento ausente no quadro do TEA (polo negativo – N), ou, novamente, se é considerado irrelevante (I) para as dimensões medidas. Essas classificações deverão ser assinaladas nas colunas correspondentes da tabela. Além disso, ao lado de cada item, foi disponibilizado um campo específico para sugestões de aprimoramento, você poderá propor alterações ou reescritas, com o objetivo de aprimorar a clareza e a pertinência do instrumento. Todo o material necessário será enviado a você, e o prazo para a devolução das suas contribuições será de 15 dias.

Ressaltamos que sua participação é totalmente voluntária, sem custos ou pagamento por sua colaboração. Os riscos psicológicos associados à tarefa são mínimos, podendo incluir cansaço durante a execução ou dificuldades em algum item específico. Caso surjam dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora para decidir se deseja ou não continuar participando do estudo.

A pesquisadora garante que sua identidade será mantida em sigilo e que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de publicação científica e apresentação em eventos acadêmicos. Caso aceite participar, será necessário assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas e Plataforma Brasil, sendo aprovado sob número de parecer 7.299.143. Caso haja dúvidas de natureza ética, o comitê pode ser contatado pelos seguintes meios: telefone (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, e o endereço é Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 – Parque Rural Fazenda Santa Cândida, Campinas-SP, CEP 13087-571. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h.

Em caso de outras dúvidas, estou à disposição para esclarecimentos. Meu contato é: bru_fatima@hotmail.com / (19) 996133586.

Atenciosamente,

Bruna Fátima

Mestranda em Psicologia

CPR 12 /126741

Contato: bru_fatima@hotmail.com / (19) 996133586

Anexo D: Questionário Sociodemográfico Para Juízes

Seção 2 de 3

FORMULÁRIO SOCIDEMOGRÁFICO



Este questionário faz parte de um estudo de pesquisa. A sua participação é voluntária e todas as suas respostas serão mantidas em sigilo. Os dados fornecidos serão usados exclusivamente para fins estatísticos, garantindo a privacidade e confidencialidade. Nenhuma informação que permita a sua identificação será compartilhada.

Idade: *

- ☐ 18 - 24 anos
- ☐ 25 - 34 anos
- ☐ 35 - 44 anos
- ☐ 45 - 54 anos
- ☐ 55 - 64 anos
- ☐ 65 ou mais.

Identidade de gênero: *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiro não responder

Região que reside: *

- ☐ Norte
- ☐ Nordeste
- ☐ Sul
- ☐ Sudeste
- ☐ Centro-Oeste

Anos de atuação na área: *

- ☐ 5 - 10
- ☐ Mais de 10 anos

Tempo de experiência com criança no TEA: *

- ☐ 3 - 4 anos
- ☐ 5 - 6 anos
- ☐ 7 - 9 anos
- ☐ 10 - 15 anos
- ☐ Mais de 15 anos

Anexo G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Psicólogos e Pais

Título da Pesquisa: Escala de Rastreo de Autismo Infantil Brasileira: Construção e Estudos Psicométricos

Prezado(a) participante,

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento que impacta a comunicação, a interação social e os padrões de comportamento, incluindo interesses restritos e atividades repetitivas. Sua manifestação pode variar consideravelmente entre os indivíduos, apresentando desde desafios sutis até dificuldades significativas nas atividades diárias.

No Brasil, apesar da relevância do diagnóstico precoce, ainda são escassos os instrumentos validados especificamente para a avaliação do TEA, com a maioria dos existentes sendo oriundos de outros países e ainda não validados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Esse cenário revela uma lacuna importante na literatura e nos recursos disponíveis para a avaliação de crianças com o transtorno. Em resposta a essa necessidade, o processo de desenvolvimento de uma escala de rastreio para o autismo infantil foi iniciado. Este projeto integra minha dissertação de mestrado, realizada na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob orientação da Professora Doutora Solange Muglia Wechsler.

Você está sendo convidado(a) a colaborar com este estudo, cuja participação demandará aproximadamente 15 minutos do seu tempo. Sua tarefa consistirá na leitura cuidadosa de cada item da escala e no julgamento quanto à concordância ou discordância de que o item avalie características compatíveis com o quadro do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Ressaltamos que sua participação é totalmente voluntária, sem custos ou pagamento por sua colaboração. Os riscos psicológicos associados à tarefa são mínimos, podendo incluir cansaço durante a execução ou dificuldades em algum item específico. Caso surjam dúvidas,

você poderá entrar em contato com a pesquisadora para decidir se deseja ou não continuar participando do estudo.

A pesquisadora garante que sua identidade será mantida em sigilo e que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de publicação científica e apresentação em eventos acadêmicos. Caso aceite participar, será necessário assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas e Plataforma Brasil, sendo aprovado sob número de parecer 7.299.143. Caso haja dúvidas de natureza ética, o comitê pode ser contatado pelos seguintes meios: telefone (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, e o endereço é Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 – Parque Rural Fazenda Santa Cândida, Campinas-SP, CEP 13087-571. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h.

Em caso de outras dúvidas, estou à disposição para esclarecimentos. Meu contato é: bru_fatima@hotmail.com / (19) 996133586.

Atenciosamente,

Bruna Fátima

Mestranda em Psicologia

CPR 12 /126741

Contato: bru_fatima@hotmail.com / (19) 996133586