

## **Avaliação de aspectos emocionais e comportamentais de crianças com Transtorno do Espectro Autista**

*Fernanda Saraiva Almeida  
Jaqueline Portella Giordani  
Denise Balem Yates  
Clarissa Marcelli Trentini*

**Resumo:** O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem início precoce e é caracterizado predominantemente por prejuízos persistentes na comunicação social recíproca/interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Pesquisas apontam que indivíduos com TEA apresentam altas taxas de problemas emocionais e de comportamento. O objetivo do presente estudo é avaliar os aspectos emocionais e comportamentais através do *Child Behavior Checklist* (CBCL) em crianças que preencheram critérios para o diagnóstico de TEA. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo. No CBCL/1½-5, constatou-se que a escala Problemas do Espectro Autista apresentou escore clínico. Quanto ao CBCL/6-18, as escalas Retraimento, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção e Problemas de Estresse (DSM) apresentaram sintomatologia clínica. Os achados desse estudo estão de acordo com outras pesquisas da área. Os resultados do presente estudo sugerem que o CBCL é útil para a identificação de sinais de alerta de TEA.

**Palavras-chave:** Avaliação Psicológica; CBCL; Transtorno do Espectro Autista.

### **Evaluation of emotional and behavioral aspects in children with Autism Spectrum Disorder (ASD)**

**Abstract:** Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopment disorder characterized by impairments in social interaction/communication and stereotyped behavior. The literature suggests that individuals with ASD often presents emotional and behavioral problems. The aim of this study was to examine emotional and behavioral aspects in patients who have been diagnosed with ASD after a psychological evaluation. The tool used for investigation was the Child Behavior Checklist (CBCL), in both versions (1½-5 and 6-18). This is a quantitative, descriptive and retrospective study. The CBCL/1½-5 profiles showed elevated scores in Withdrawn, Internalizing Problems and Autism Spectrum Problems scales. The CBCL/6-18 showed clinical scores for Withdrawn/Depressed, Thought Problems, Attention Problems And Stress Problems. The pattern of elevations found in this study is consistent with prior studies. Although CBCL is not a diagnostic tool, it can be considered an useful instrument for detecting alarm signs of ASD.

**Keywords:** Psychological Evaluation; CBCL; Autism Spectrum Disorder.

---

### **Introdução**

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento de início precoce, caracterizado principalmente por prejuízo persistente na comunicação social recíproca/interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (American Psychiatric Association [APA], 2014). No domínio da comunicação social, encontram-se déficits na reciprocidade socioemocional, dificuldade para manter ou iniciar uma conversa, compartilhamento reduzido de emoções, interesses ou afeto, déficits nos comportamentos comunicativos não verbais, déficits na compreensão e uso de gestos, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. No domínio comportamental, incluem-se movimentos repetitivos, uso de objetos ou fala estereotipados, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados, interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco, hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (APA, 2014). A variabilidade na apresentação clínica do TEA é ampla, impactando em maior ou menor grau na funcionalidade (Bosa & Teixeira, 2017). A etiologia do transtorno ainda é desconhecida, mas os estudos apontam para uma importante influência de fatores genéticos, além de uma possível contribuição de fatores ambientais.

A prevalência registrada do TEA está aumentando com o passar dos anos. O Centro de Controle de Doenças, órgão americano que realiza estudos de referência, apontou um aumento significativo na

porcentagem de crianças com TEA nos Estados Unidos. O estudo (Baio et al., 2018) revelou que 1 em 59 crianças apresenta o diagnóstico de TEA, o que corresponde a um aumento de 15% em relação aos últimos dois anos, data da pesquisa anterior. A prevalência registrada em 2016 era de 1 a cada 68 crianças (Christensen et al., 2016).

O rastreamento do transtorno na primeira infância e a identificação precoce dos sinais de risco é fundamental. São robustas as evidências científicas indicando que quanto antes o tratamento for iniciado, melhores são os resultados em termos de desenvolvimento cognitivo e linguagem (Fuller, Oliver, Vejnaska & Rogers, 2020), o que aumenta as chances de um melhor prognóstico. O diagnóstico pode ser realizado tanto com base na observação comportamental, quanto por meio do uso de instrumentos válidos e fidedignos que permitem ao profissional traçar um perfil refinado das características de desenvolvimento da criança (Marques & Bosa, 2015).

A avaliação psicológica é um procedimento científico de investigação/intervenção, realizado essencialmente por profissionais da psicologia, que atua como uma importante aliada na identificação do TEA. O processo de avaliação psicológica utiliza-se da aplicação de instrumentos e de outras técnicas, como hora lúdica diagnóstica e realização de entrevista clínica (Hutz, Bandeira, Trentini & Krug, 2016). Posteriormente, realiza-se a integração de todos os dados coletados a fim de confirmar ou refutar a hipótese diagnóstica. A avaliação psicológica pode ser útil no contexto do TEA não só para investigar uma suspeita diagnóstica não confirmada, mas também para avaliar as competências e as áreas de maior dificuldade do paciente que já possui o diagnóstico, ou ainda, para proporcionar aos pais ou cuidadores uma melhor compreensão acerca do funcionamento da criança (Bosa & Teixeira, 2017). Em qualquer uma das circunstâncias supracitadas, a avaliação psicológica apresenta-se como uma ferramenta de enorme relevância e utilidade.

Como já bem consolidado cientificamente e no contexto clínico, indivíduos com TEA apresentam altas taxas de problemas emocionais e de comportamento (Shafiq & Pringsheim, 2018). No entanto, existem poucos instrumentos validados para avaliar pacientes com TEA e as ferramentas existentes seguem sendo aprimoradas (Randall et al., 2018). Em razão de limitações da idade ou do prejuízo desenvolvimental, é comum pacientes com TEA apresentarem dificuldades de fornecer informações suficientes para embasar a avaliação de comorbidades emocionais/comportamentais. Por essa razão, questionários respondidos por cuidadores ou responsáveis são de extrema valia (Pandolfi, Magyar & Dill, 2012).

O DSM-5 descreve o TEA como um espectro em que os prejuízos podem ser leves, moderados ou graves, dependendo do nível de comprometimento do indivíduo (APA, 2014). Existe uma grande variabilidade de expressões do TEA, e compreender quais problemas emocionais e comportamentais fazem parte desse quadro é fundamental. A identificação e caracterização dos problemas emocionais e comportamentais associados ao quadro de TEA é de extrema importância, pois essas dificuldades repercutem diretamente no funcionamento adaptativo e no nível de prejuízo que o indivíduo terá em todas as esferas (individual, familiar, social, escolar, profissional).

Existem problemas de ordem emocional e/ou comportamental que podem representar um entrave para a integração do indivíduo e a inserção em contextos sociais. A agressividade física é um exemplo disso, pois sua manifestação pode dificultar a interação com os pares e dificultar o convívio social em nível amplo (Farmer et al., 2015). A manifestação de problemas de comportamentos externalizantes pode acarretar importantes prejuízos para o indivíduo e para seu meio social, podendo ser indicado tratamento com psicofármacos. Estudos recentes apontam estimam que cerca de 50% dos indivíduos com TEA utilizam medicação psiquiátrica para sintomas tais como irritabilidade, agressividade e comportamentos opostos (Lamy & Erickson, 2018; Jobski, Höfer, Hoffmann & Bachmann, 2016).

Familiares e profissionais da área da saúde devem estar atentos às comorbidades associadas ao TEA, em razão do impacto que podem acarretar na funcionalidade, bem como em prejuízos para a saúde mental (Bosa & Teixeira, 2017; Neil, Olsson & Pellicano, 2016; Farmer et al., 2015; APA, 2014). Mapear os problemas associados ao TEA contribui para uma melhor compreensão do transtorno e das dificuldades que esses indivíduos enfrentam, e também pode auxiliar no diagnóstico diferencial, possibilitando a elaboração de melhores intervenções terapêuticas que contemplem todos os tipos de dificuldades associadas ao quadro.

A avaliação de aspectos emocionais e comportamentais pode ser feita através de instrumentos padronizados. Um dos questionários disponíveis para essas avaliações é o *Child Behavior Checklist* (CBCL), que é amplamente utilizado para triagens em contexto clínico. Pode-se aplicar o CBCL com os responsáveis/cuidadores de crianças e adolescentes com diferentes níveis de funcionamento comportamental, com ou sem comprometimento intelectual, e esse instrumento tem se mostrado útil para uma ampla caracterização dos problemas infantis (Achenbach & Rescorla, 2001). Embora o instrumento não tenha sido desenvolvido com o propósito de detectar TEA, pode-se conjecturar que exista um padrão de respostas elevadas no CBCL que seja indicativo desse transtorno (Mazefsky, Anderson, Conner & Minshew, 2011). Cabe destacar que na versão CBCL/1½-5 há uma escala específica de sintomas de TEA categorizada como “Problemas do Espectro Autista” ou “Problemas do Desenvolvimento”. Na versão CBCL/6-18, no entanto, não há nenhuma escala específica de TEA.

Diante desse contexto, o objetivo do estudo é avaliar os aspectos emocionais e comportamentais através do *Child Behavior Checklist* (CBCL) em crianças que preencheram critérios para o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista após avaliação em um serviço-escola de Psicologia.

## **Método**

### *Delineamento*

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo.

### *Participantes*

Os dados desta pesquisa foram coletados através dos prontuários dos pacientes. Analisou-se a ficha de entrevista de triagem e o questionário CBCL de pacientes avaliados no período de 2013 a 2018 em serviço-escola de avaliação psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foram incluídos no estudo 19 pacientes que preencheram critérios para o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista ao final do processo de avaliação psicológica realizado no serviço-escola. Na ocasião, os responsáveis foram entrevistados na triagem e solicitados a responderem as questões do CBCL, além de preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Instrumentos*

Foram utilizadas as informações coletadas através da entrevista de triagem e do CBCL, fornecidas pelos responsáveis das crianças avaliadas. Para crianças menores de seis anos, utilizou-se o CBCL/1½-5 anos. Com as demais faixas etárias, aplicou-se o CBCL/6-18.

O questionário da entrevista de triagem foi desenvolvido pela própria equipe do serviço-escola e contém questões referentes à idade, sexo, escolaridade, idade dos pais, com quem reside, quem é o cuidador principal, profissionais que já consultou, se a busca pelo serviço foi espontânea ou por encaminhamento, entre outras.

O CBCL é um questionário preenchido por pais ou responsáveis que investiga problemas de ordem emocional, comportamental e social em crianças de 1½ a 5 anos e 6 a 18 anos (Achenbach & Rescorla, 2001). As questões são respondidas através de uma escala likert de zero (não verdadeiro), um (um pouco ou algumas vezes verdadeiro) ou dois (muito verdadeiro ou muitas vezes verdadeiro). Além de avaliar as competências da criança, também identifica comportamentos disfuncionais. As informações obtidas a partir do CBCL classificam os problemas emocionais/comportamentais como clínico, limítrofe ou não-clínico. As escalas do questionário avaliam sintomas de ansiedade, depressão, isolamento/retraimento, problemas somáticos, problemas sociais, problemas de atenção, problemas de pensamento, comportamento agressivo e comportamento opositor. Além disso, esses mesmos itens compõem outras três escalas maiores: Problemas Internalizantes (Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas), Problemas Externalizantes (Comportamento Opositor e Comportamento Agressivo) e Problemas totais (inclui itens de todas as escalas).

Há ainda as escalas baseadas nos critérios do Manual de Classificação de Transtornos Mentais (DSM 4), as quais contemplam questões que investigam aspectos emocionais e comportamentais segundo as categorias diagnósticas do manual. As escalas que compõem essa seção são: Problemas Afetivos, Problemas Ansiosos, Problemas Somáticos, Problemas de Atenção/Hiperatividade, Problemas Opositores-Desafiantes, Problemas de Conduta, Ritmo Cognitivo, Problemas Obsessivo-Compulsivo e Problemas de Estresse.

### *Procedimentos*

A coleta de dados do presente estudo foi realizada acessando o prontuário dos pacientes atendidos no serviço-escola de avaliação psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O Centro de Avaliação Psicológica (CAP/UFRGS) é vinculado ao curso de graduação de Psicologia da UFRGS e realiza um trabalho de referência na área. No período de 2013 a 2018, o serviço totalizou 354 pacientes atendidos. Cabe destacar que o CAP/UFRGS realiza avaliação psicológica de diversos transtornos e psicopatologias, não limitando-se ao diagnóstico de TEA. Para fins da pesquisa atual, foram analisados os prontuários e laudos de todos os pacientes atendidos no intervalo de tempo supracitado (N=354), e selecionou-se para compor a amostra exclusivamente os casos que preencheram critérios para TEA (N=19).

Os participantes incluídos no estudo estiveram no CAP/UFRGS no período de 2013 a 2018, a partir de busca espontânea ou encaminhamento para realizar a avaliação psicológica. Na entrevista de triagem, os responsáveis foram convidados a responder os questionários e a preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual está registrado e aprovado na Plataforma Brasil pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), nº 85319318.9.0000.5334.3.4. A avaliação psicológica e a aplicação dos instrumentos referidos foram realizadas por psicólogas(os) ou estudantes de psicologia devidamente treinados. Ao final da avaliação realizada no serviço-escola, os pacientes contemplaram os critérios para o diagnóstico de TEA.

#### Análise de dados

A estatística descritiva foi realizada para caracterização dos participantes. Para análise de dados do questionário CBCL, foi utilizado o software *Assessment Data Manager (ADM)*. Posteriormente, os dados foram analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 18*. As estatísticas descritivas utilizadas na análise foram frequência, porcentagem e média. Os dados analisados foram exclusivamente dos pacientes que preencheram critérios para TEA.

### Resultados

Foram analisados 19 prontuários, tendo sido o enfoque em questões sociodemográficas e questões do CBCL. Constatou-se a predominância do sexo masculino na amostra, compondo 94,7% (N=18) dos participantes. O CBCL/1½-5 foi preenchido por 42,1% (N=8) dos responsáveis. Em razão da idade dos participantes, o restante dos responsáveis preencheu o CBCL/6-18. A procura pelo serviço foi feita majoritariamente através de encaminhamento por profissional (89,5%, N=17). Dentre os profissionais que realizaram os encaminhamentos estão neurologista (21,1%, N=4), psiquiatra (10,5%, N=2), médica(o) de outra especialidade (10,5%, N=2), psicóloga(o) (10,5%, N=2), fonoaudióloga(o) (5,3%, N=1), pedagoga(o) (5,3%, N=1), psicopedagoga(o) (5,3%, N=1), professor(a) (5,3%, N=1).

Foram analisadas conjuntamente as 12 escalas comuns às duas versões do CBCL, sendo elas: Ansiedade e Depressão, Retraimento e Depressão, Problemas Somáticos, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo, Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes, Problemas Totais, Problemas Afetivos/Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas de TDAH, Problemas de TOD. Também foram feitas análises individuais das escalas exclusivas de cada versão do CBCL. Os responsáveis dos participantes eram em sua maioria ambos os pais biológicos (M=52,6; N=10). Os demais participantes tinham como cuidador principal a mãe biológica. Na Tabela 1 estão descritos os dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1  
Características sociodemográficas da amostra.

| Dados sociodemográficos | N (%)     | Média | Desvio-Padrão |
|-------------------------|-----------|-------|---------------|
| Idade                   | 19        | 6,16  | 3,37          |
| Sexo                    |           |       |               |
| Masculino               | 18(94,7%) |       |               |
| Feminino                | 1(5,3%)   |       |               |
| Escolaridade            |           |       |               |
| Não frequenta escola    | 3(15,8%)  |       |               |
| Educação Infantil       | 5(26,3%)  |       |               |
| 1° ao 4° ano            | 9(47,4%)  |       |               |
| 5° ao 9° ano            | 2(10,5%)  |       |               |

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Cuidador principal    |           |
| Ambos pais biológicos | 10(52,6%) |
| Mãe biológica         | 8(42,1%)  |
| Missing               | 1(5,3%)   |
| Respondente do CBCL   |           |
| Mãe                   | 14(73,7%) |
| Pai                   | 2(10,5%)  |
| Avó/Avô               | 1(5,3%)   |
| Outro                 | 1(5,3)    |
| Missing               | 1(5,3)    |

Na Tabela 2, são descritos indicadores de problemas emocionais e de comportamento com as escalas comuns às duas versões do CBCL. Verificou-se escores limítrofes em indicadores de Problemas de Atenção, Problemas Internalizantes, Problemas Totais e Problemas Afetivos/Depressivos. Foi constatada sintomatologia clínica na escala Retraimento e Depressão.

Tabela 2  
Escore da sintomatologia avaliada através do CBCL/1½-5 e CBCL/6-18

| Escala                             | Ponto de corte para sintomas clínicos e limítrofes | Média   | Desvio-Padrão |
|------------------------------------|--|---------|---------------|
| Ansiedade e depressão              | T>65   | 63,58   | 11,05         |
| Retraimento e depressão            | T>65   | 70,11** | 10,65         |
| Problemas somáticos                | T>65   | 57,58   | 7,38          |
| Problemas de atenção               | T>65   | 67,26*  | 9,61          |
| Comportamento agressivo            | T>65   | 61,84   | 10,22         |
| Problemas internalizantes          | T>63   | 66,37*  | 8,85          |
| Problemas externalizantes          | T>63   | 61,05   | 9,33          |
| Problemas totais                   | T>65   | 67,16*  | 8,27          |
| DSM Problemas afetivos/depressivos | T>65   | 65,63*  | 10,69         |
| DSM Problemas de Ansiedade         | T>65   | 62,63   | 10,34         |
| DSM TDAH                           | T>65   | 62,63   | 7,91          |
| DSM TOD                            | T>65   | 58,21   | 8,48          |

\*Limítrofe \*\*Clínico

Na tabela 3, são descritos os escores de sintomatologia exclusivamente dos participantes com idades até 5 anos. Quanto a esses sintomas, encontrou-se escores clínicos na categoria de Problemas do Espectro Autista, e escores limítrofes de Retraimento e Problemas Internalizantes.

Tabela 3  
Escore da sintomatologia avaliada pelas variáveis específicas do CBCL/1½-5

| Escala                | Ponto de corte para sintomas clínicos e limítrofes | Média  | Desvio-Padrão |
|-----------------------|--|--------|---------------|
| Reatividade Emocional | T>65   | 62,13  | 9,8           |
| Ansiedade/Depressão   | T>65   | 58,25  | 9,28          |
| Problemas Somáticos   | T>65   | 57,75  | 5,03          |
| Retraimento           | T>65   | 69,75* | 9,31          |

|   |      |         |       |
|---|------|---------|-------|
| Problemas no Sono   | T>65 | 57,00   | 9,73  |
| Problemas de Atenção  | T>65 | 63,00   | 5,42  |
| Comportamento agressivo   | T>65 | 57,50   | 6,09  |
| Problemas Externalizantes                                       | T>63 | 58,00   | 7,27  |
| Problemas Internalizantes                                       | T>63 | 63,50*  | 8,96  |
| Problemas Totais  | T>65 | 63,63   | 8,91  |
| DSM Problemas Depressivos                                       | T>65 | 61,13   | 8,67  |
| DSM Problemas de Ansiedade                                      | T>65 | 57,63   | 10,07 |
| DSM Problemas de TDAH   | T>65 | 62,13   | 8,28  |
| DSM Comportamento Opositor Desafiante                           | T>65 | 55,00   | 5,18  |
| DSM Problemas do Espectro Autista/ Problemas do desenvolvimento | T>65 | 74,75** | 10,49 |

\*Limítrofe \*\*Clínico

Na tabela 4 estão descritos os escores de sintomatologia observada através do CBCL/6-18 anos. Verificou-se que os participantes apresentaram escores clínicos nas escalas Retraimento e Depressão, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção e Problemas de Estresse. As escalas que pontuaram limítrofes foram Ansiedade e Depressão, Problemas de Sociabilidade, Comportamentos Agressivos, Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes, Problemas Totais, Problemas Afetivos/Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas de TOC e Ritmo Cognitivo.

Tabela 4  
Escore da sintomatologia avaliada pelas variáveis do CBCL/6-18

| Escala                             | Ponto de corte para sintomas clínicos e limítrofes | Média   | Desvio-Padrão |
|------------------------------------|--|---------|---------------|
| Ansiedade e Depressão              | T>65   | 67,45*  | 10,96         |
| Retraimento e Depressão            | T>65   | 70,36** | 11,97         |
| Queixas Somáticas                  | T>65   | 62,36   | 9,53          |
| Problemas de Sociabilidade         | T>65   | 67,55*  | 8,46          |
| Problemas de Pensamento            | T>65   | 71,27** | 8,76          |
| Problemas de Atenção               | T>65   | 70,36** | 10,98         |
| Comportamentos de Transgressão     | T>65   | 60,73   | 9,13          |
| Comportamentos Agressivos          | T>65   | 65,00*  | 11,66         |
| Problemas Internalizantes          | T>63   | 68,45*  | 8,58          |
| Problemas Externalizantes          | T>63   | 63,27*  | 10,34         |
| Problemas Totais                   | T>65   | 69,73*  | 7,10          |
| DSM Problemas Afetivos/Depressivos | T>65   | 68,91*  | 11,19         |
| DSM Problemas de Ansiedade         | T>65   | 66,27*  | 9,30          |
| DSM Problemas Somáticos            | T>65   | 57,45   | 8,88          |
| DSM Problemas de TDAH              | T>65   | 63,00   | 8,02          |
| DSM Problemas de TOD               | T>65   | 60,55   | 9,83          |
| DSM Problemas de Conduta           | T>65   | 60,91   | 10,94         |
| DSM Ritmo Cognitivo                | T>65   | 66,18*  | 4,07          |
| DSM Problemas de TOC               | T>65   | 69,64*  | 7,10          |
| DSM Problemas de Estresse          | T>65   | 71,36** | 7,36          |

## Discussão

Nesse estudo, foi realizada uma avaliação dos aspectos emocionais e comportamentais em pacientes que preencheram critérios para Transtorno do Espectro Autista após avaliação psicológica realizada em serviço-escola. O estabelecimento desse objetivo deu-se no intuito de melhor compreender características e dificuldades associadas ao transtorno. Deve-se atentar aos problemas emocionais e comportamentais associados ao diagnóstico, devido ao impacto que eles acarretam no funcionamento adaptativo dos indivíduos (APA, 2014).

O predomínio do sexo masculino na amostra vai ao encontro de estudos que apontam maior prevalência de TEA em meninos (Christensen et al., 2016; APA, 2014). No que diz respeito à idade dos participantes, destaca-se que 52,7% da amostra estava na faixa dos 6 aos 11 anos de idade. Tal dado pode estar refletindo o atraso no diagnóstico frequentemente observado no contexto brasileiro. Enquanto em outros países (como nos Estados Unidos), a média de idade das crianças diagnosticadas tem sido de 3 a 4 anos (Chakrabarti & Fombonne, 2005), no Brasil, muitas crianças permanecem com um diagnóstico em aberto até as idades de 6 ou 7 anos e até mesmo por mais tempo (Silva & Mulick, 2009). Esse dado apontado na literatura representa uma falha do país no que se refere ao diagnóstico precoce de TEA. Essa situação é preocupante porque acarreta prejuízos tanto para o indivíduo quanto para o sistema familiar no qual ele está inserido. Também se sabe que um diagnóstico precoce significa intervenções e planos de tratamento mais adequados que permitirão uma melhor qualidade de vida para a criança diagnosticada com TEA até atingir a idade adulta (APA, 2014). Em razão disso, é fundamental enfatizar a importância do diagnóstico precoce de TEA e promover ações em âmbito federal que visem capacitar os profissionais da saúde e da educação a identificar sinais precoces de TEA.

Quanto à análise dos questionários, nota-se que em ambas versões do CBCL foi observada a manifestação de sintomas relacionados a Retraimento/Isolamento e Comportamentos Internalizantes, o que vai ao encontro da sintomatologia característica de TEA. Essas escalas contemplam itens do questionário que se referem a comportamentos tais como evitar o olhar, não responder quando solicitado, isolar-se, mostrar pouco interesse pelas coisas ao redor, apresentar pouca resposta afetiva, e problemas emocionais tais como sintomas de ansiedade, depressão e queixas somáticas. Esse conjunto de sintomas parece estar relacionado aos déficits na comunicação social recíproca/interação social e aos padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses e atividades. A escala Problemas do Espectro Autista (também nomeada de Problemas do Desenvolvimento), exclusiva da versão do CBCL até 5 anos, pontuou como clínica e sugere uma boa capacidade de rastrear TEA em pacientes. Embora o CBCL/1½-5 não seja um questionário específico de rastreio de TEA, essa escala é útil para a identificação de sinais de alerta. Os resultados encontrados nesse estudo estão de acordo com outras pesquisas que apontam Retraimento e Problemas do Espectro Autista como as principais escalas do CBCL/1½-5 para o rastreio de TEA (Rescorla et al., 2017).

Na versão do CBCL/6-18, 14 escalas pontuaram como limítrofes ou clínicas. Outros estudos também encontraram em pacientes com TEA altos escores nas escalas de Retraimento e Depressão, Problemas de Pensamento, Problemas de Sociabilidade e Problemas de Atenção (Havdahl et al., 2015; Mazefsky et al., 2011), corroborando com os achados desse estudo. Escore clínico também foi observado na escala Problemas de Estresse (DSM). Escores limítrofes foram encontrados nas escalas Ansiedade e Depressão, Problemas de sociabilidade, Comportamentos Agressivos, Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes, Problemas Totais, Problemas Afetivos/Depressivos (DSM), Ritmo Cognitivo (DSM) e Problemas de TOC (DSM).

A escala Problemas de Pensamento refere-se a comportamentos estranhos e movimentos repetitivos, ferir-se de propósito, não conseguir tirar certos pensamentos da cabeça (pensamentos obsessivos), escutar sons ou vozes que não existem, apresentar repetir as mesmas ações diversas vezes (compulsões, tiques), cutucar partes do corpo, mexer nas partes íntimas em público, acumular coisas que não precisa ou que não têm utilidade, entre outros itens. Como é possível constatar, essa escala apresenta diversos itens relacionados aos comportamentos incomuns e repetitivos característicos de TEA. A literatura aponta que alguns dos sintomas de TEA podem ser mal interpretados como sintomas do espectro da esquizofrenia. Portanto, ter o conhecimento de que a escala Problemas de Pensamento frequentemente é elevada em pacientes com TEA pode evitar diagnósticos errados para a linha dos transtornos psicóticos (Mazefsky et al., 2011).

Escore elevado na escala de Problemas Internalizantes podem ser explicados pela presença de sintomas de ansiedade, depressão, isolamento, retraimento e também pode estar associada aos problemas de sociabilidade. Essas escalas podem estar indicando sintomas que são comumente associados ao transtorno, tais como falta de interesse em interações sociais, prejuízos na atenção compartilhada, padrões incomuns de brincadeiras que acabam dificultando a interação com os pares, déficits em comunicação não-verbal e prejuízos nas habilidades sociais (APA, 2014). De qualquer modo, deve-se atentar para a pontuação clínica/limítrofe nas escalas supracitadas, pois elas também podem estar indicando transtornos psiquiátricos comórbidos ao TEA, tais como transtornos de ansiedade ou transtornos depressivos. A literatura vem mostrando importantes associações entre TEA e comorbidades psiquiátricas, como ansiedade e depressão (McCauley, Elias & Lord, 2020).

O estudo de Pandolfi et al. (2012), que avaliou as propriedades psicométricas do CBCL/6-18 em amostra de pacientes com TEA, observou diferenças nos escores ao comparar o grupo com TEA isolado e o grupo com TEA em associação com algum transtorno psiquiátrico comórbido. Os autores desse estudo defendem que o CBCL possui uma boa sensibilidade para detectar problemas emocionais e de comportamento, porém as escalas apresentam pouca especificidade. Com isso, destaca-se que o CBCL é um instrumento de rastreio de sintomas, isto é, não se classifica como um instrumento diagnóstico. Seu uso e a posterior interpretação dos resultados requer cautela e conhecimento científico aprofundado, além de avaliações adicionais do paciente com uso de outras técnicas e/ou instrumentos.

Quanto ao escore limítrofe da escala Problemas Externalizantes, é possível relacionar com a manifestação de comportamentos agressivos. A literatura aponta que tanto a agressividade direcionada ao outro quanto a autoagressividade (bater em próprias partes do corpo, arranhar-se, morder-se, etc.) são padrões de comportamento comumente apresentados por crianças com TEA (Bosa & Teixeira, 2017). Uma hipótese para a manifestação de comportamentos agressivos nessa população é a hiper ou hiporreatividade a estímulos, sintomas que foram incluídos como critérios diagnósticos do TEA na última atualização do DSM V (APA, 2014). Alterações no processamento sensorial de indivíduos com TEA são prevalentes e podem acarretar importantes prejuízos nos pacientes, podendo estar relacionadas a estímulos visuais, auditivos, táteis, olfativos ou gustativos (Thye, Bednarz, Herringshaw, Sartin & Kana, 2018). É possível que a manifestação de comportamento agressivo no TEA em determinados contextos seja uma estratégia de defesa frente a estímulos que excedam a capacidade de processamento sensorial do indivíduo. Na inabilidade de se comunicar de uma forma mais assertiva ou de evitar o estímulo, a estratégia encontrada pode ser a auto ou heteroagressividade.

A escala Ritmo Cognitivo, que apresentou escore limítrofe na amostra, refere-se a um conjunto de sintomas comumente apresentados por pacientes com diagnóstico de TDAH predominantemente do subtipo desatento (Camprodón et al., 2013). Romero-Ayuso (2016) descreve que esse construto contempla velocidade de processamento da informação diminuída (revelando prejuízos na memória de trabalho), tendência a devaneios/sonhar acordado (flutuação de atenção) e dificuldade de tomar iniciativa. Esses três sintomas teriam como denominador comum a lentidão cognitiva. Portanto, essa escala está relacionada com a escala Problema de Atenção, que apresentou escore clínico na amostra. Os resultados encontrados nessa escala podem ser justificados pela alta comorbidade entre TEA e problemas atencionais (Rosen, Mazefsky, Vasa & Lerner, 2018).

Até o DSM-4, o diagnóstico de TEA impedia o diagnóstico de TDAH em comorbidade, mas esse impedimento foi desconsiderado no DSM-5. Há também uma discussão na literatura sugerindo que os problemas atencionais no TEA podem estar atrelados a prejuízos sensoriais, tais como reação diminuída a sons/estímulos sensoriais e lentidão nos níveis de atividade (Bosa & Teixeira, 2017). As crianças com TEA são frequentemente relatadas como exibindo comportamentos associados a hiporreatividade a estímulos (por exemplo, não responder quando é chamado) (Lane, Young, Baker & Angley, 2010), e esses comportamentos podem ser erroneamente atribuídos à sintomatologia de TDAH. Por essa razão, é fundamental que os profissionais da saúde tenham conhecimento a respeito das alterações sensoriais no TEA e avaliem cautelosamente as dificuldades atencionais caso a caso para que não sejam atribuídos diagnósticos errôneos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Sugere-se a realização de mais pesquisas que investiguem os problemas sensoriais na população com TEA (Grandin, & Panek, 2017).

A sintomatologia apresentada no presente estudo também encontrou resultados limítrofes na escala Problemas de Estresse (DSM). Essa escala contempla sintomas tais como dificuldade de concentração e atenção, nervosismo, ansiedade, humor deprimido, tristeza, medo intenso, mudanças



repentinamente de humor ou sentimento, não conseguir tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões), ser bastante dependente, ser fechado/reservado, isolar-se, apresentar dificuldades de relacionamento com os outros, ter pesadelos, entre outros. O escore dessa escala pode estar sugerindo traços de rigidez e inflexibilidade cognitiva (obsessões) e dificuldades de comunicação social/interação recíproca, também sintomas que vão ao encontro de sinais de alerta de TEA. Cabe pontuar que é possível identificar transtornos de ansiedade e transtornos de humor em indivíduos com TEA, como vêm sendo amplamente estudado na literatura (Gordon-Lipkin, Marvin, Law & Lipkin, 2018).

### Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo avaliar aspectos emocionais e comportamentais através do *Child Behavior Checklist* (CBCL) em pacientes que preencheram critérios para TEA após avaliação psicológica. No CBCL/1½-5, constatou-se que as escalas Retraimento e Problemas Internalizantes apresentaram escores limítrofes e a escala Problemas do Espectro Autista apresentou escore clínico. Quanto ao CBCL/6-18, as escalas Retraimento, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção e Problemas de Estresse (DSM) apresentaram sintomatologia clínica, corroborando com estudos da área. As escalas Ansiedade/Depressão, Problemas de Sociabilidade, Comportamentos Agressivos, Problemas Internalizantes, Problemas Totais, Problemas Afetivos/Depressivos, Problemas de Ansiedade (DSM), Ritmo Cognitivo (DSM), Problemas de TOC (DSM) e Problemas de Estresse (DSM) pontuaram sintomatologia limítrofe. Embora o CBCL não seja um instrumento diagnóstico, é um importante questionário de rastreio e os resultados desse estudo sugerem que ele é útil para a identificação de sinais de alerta de TEA.

Recomenda-se o CBCL para uso em entrevistas de triagem e anamnese, pois é um questionário de grande utilidade para rastrear sintomas/sinais de alerta de diversos transtornos, incluindo TEA, e auxilia o profissional a realizar um planejamento da avaliação psicológica. Uma análise qualitativa e minuciosa dos resultados do CBCL também permite identificar quais áreas o paciente está apresentando maiores dificuldades, contribuindo para elaboração de planos terapêuticos subsequentes. É de extrema importância destacar que o CBCL deve ser utilizado com cautela, responsabilidade e senso crítico, uma vez que não se caracteriza como um instrumento diagnóstico.

No que se refere às limitações do estudo, pontua-se o pequeno tamanho da amostra e a impossibilidade de explorar a presença de comorbidades psiquiátricas nos participantes. Em razão disso, não há como não há como afirmar se as elevações observadas nos escores do CBCL são decorrentes de sintomas esperados do quadro de TEA ou são sinais de sintomas comórbidos. Outra limitação consiste no fato de que os dados sociodemográficos não foram controlados. Apesar das limitações, esse estudo encontrou um padrão de elevações nos escores do CBCL consistentes com pesquisas anteriores feitas com amostra de pacientes com TEA e traz contribuições relevantes para a identificação de sinais de alerta para TEA.

*Este estudo foi financiado parcialmente pela FAPERGS e os autores declaram não haver conflito de interesse.*

### Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D.L., Maenner, M.J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., ... & Dowling, N.F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network. *MMWR Surveillance Summary*, 67(6), 1–23.
- Bosa, C.A., & Teixeira, M.C.T.V. (2017). *Autismo: Avaliação Psicológica e Neuropsicológica*. Porto Alegre: Hogrefe.
- Camprodón, E. R., Duñó, L., Batlle, S., Estrada, X., Aceña, M., & Ribas-Fitó, N. (2013). El tempo cognitivo lento: Revisión de un constructo. *Child and Adolescent*, 26, 718-723.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 126, 133-141.
- Christensen, D.L., Baio, J., Braun, K.V.N., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J.N., & Yeargin-Allsopp, M. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children

- aged 8 years - Autism and developmental disabilities monitoring network. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, 65(3), 1-23.
- Farmer, C., Butter, E., Mazurek, M.O., Cowan, Ch., Lainhart, J., Cook, E.H., & Aman, M. (2015). Aggression in children with autism spectrum disorders and a clinic-referred comparison group. *Autism*, 19(3), 281-291.
- Fuller, E. A., Oliver, K., Vejnosa, S. F., & Rogers, S. J. (2020). The Effects of the Early Start Denver Model for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Brain Sciences*, 10(6), 368.
- Gordon-Lipkin, E., Marvin, A. R., Law, J. K., & Lipkin, P. H. (2018). Anxiety and mood disorder in children with autism spectrum disorder and ADHD. *Pediatrics*, 141(4), e20171377.
- Grandin, T., & Panek, R. (2017). *O cérebro autista*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Havdahl, K. A., Von Tetzchner, S., Huerta, M., Lord, C., & Bishop, S. L. (2015). Utility of the Child Behavior Checklist as a Screener for Autism Spectrum Disorder. *Autism Research*, 9(1), 33-42.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (2016). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.
- Jobski, K., Höfer, J., Hoffmann, F., & Bachmann, C. (2016). Use of psychotropic drugs in patients with autism spectrum disorders: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(1), 8-28.
- Lamy, M., & Erickson, C. A. (2018). Pharmacological management of behavioral disturbances in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 48(10), 250-264.
- Lane, A. E., Young, R. L., Baker, A. E. Z., & Angley, M. T. (2010). Sensory Processing Subtypes in Autism: Association with Adaptive Behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(1), 112-122.
- McCauley, J. B., Elias, R., & Lord, C. (2020). Trajectories of co-occurring psychopathology symptoms in autism from late childhood to adulthood. *Development and psychopathology*, 32(4), 1287-1302.
- Marques, D.F., & Bosa, C.A. (2015). Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade de Critério. *Psic: Teoria e Pesq.*, 31(1), 44-51.
- Mazefsky, C.A., Anderson, R., Conner, C.M., & Minshew, N. (2011). Child Behavior Checklist Scores for School-Aged Children with Autism: Preliminary Evidence os Patterns Suggesting the Need for Referral. *J Psychopathol Behav Assess*, 33(1), 31-37.
- Neil, L., Olsson, N.C., & Pellicano, E. (2016). The relationship between intolerance of uncertainty, sensory sensitivities, and anxiety in Autistic and typically developing children. *J Autism Dev Disord*, 46, 1962-1973.
- Pandolfi, V., Magyar, C.I., & Dill, C.A. (2012). An initial psychometric evaluation of the CBCL 6-18 in a sample of youth with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders. Pubmed*, 6, 96-108.
- Randall, M., Egberts, K. J., Samtani, A., Scholten, R. J., Hooft, L., Livingstone, N., & Williams, K. (2018). *Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Rescorla, L.A., Winder-Patel, B.M., Peterson, S.J., Pandey, J., Wolff, J.J., Schultz, R.T., & Piven, J. (2017). Autism spectrum disorder screening with the CBCL/1 ½ -5: Findings for Young children at high risk for autism spectrum disorder. *Autism*, 23(1), 29-38.
- Romero-Ayuso, D. M. (2016). Trastorno por Déficit de Atención y Tempo Cognitivo Lento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(2), 199-206.
- Rosen, T. E., Mazefsky, C. A., Vasa, R. A., & Lerner, M. D. (2018). Co-occurring psychiatric conditions in autism spectrum disorder. *International Review of Psychiatry*, 30, 40-61.
- Silva, M. & Mulick, J.A. (2009). Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29(11), 116-131.
- Shafiq, S., & Pringsheim, T. (2018). Using antipsychotics for behavioral problems in children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(13), 1475-1488.
- Thye, M. D., Bednarz, H. M., Herringshaw, A. J., Sartin, E. B., & Kana, R. K. (2018). The impact of atypical sensory processing on social impairments in autism spectrum disorder. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 29, 151-167.

---

Recebido em: outubro de 2019

Aceito em: janeiro de 2021

---

**Fernanda Saraiva Almeida:** Graduanda do curso de Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Jaqueline Portella Giordani:** Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicóloga no Colégio de Aplicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Denise Balem Yates:** Psicóloga, Doutora em Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora e Supervisora do Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Clarissa Marcell Trentini:** Psicóloga, Doutora em Psicologia, Professora do Departamento de Desenvolvimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**E-mail:** fernandasaraivaalmeida@gmail.com