

MATHEUS SILVA PRENASSI

***CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE – CARS-2: ADAPTAÇÃO***  
**TRANSCULTURAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS PRELIMINARES PARA**  
**O CONTEXTO BRASILEIRO**

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2024

MATHEUS SILVA PRENASSI

***CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE – CARS-2: ADAPTAÇÃO***  
**TRANSCULTURAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS PRELIMINARES PARA**  
**O CONTEXTO BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Linha de pesquisa: Instituições, Saúde e Sociedade

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup>. Mônia Aparecida da Silva

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2024

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)  
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P427c Prenassi, Matheus Silva.  
CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE - CARS-2 : ADAPTAÇÃO  
TRANSCULTURAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS  
PRELIMINARES PARA O CONTEXTO BRASILEIRO / Matheus  
Silva Prenassi ; orientadora Mônia Aparecida da  
Silva. -- São João del-Rei, 2024.  
75 p.

Dissertação (Mestrado - Psicologia) --  
Universidade Federal de São João del-Rei, 2024.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Avaliação.  
3. Instrumentos diagnósticos. 4. CARS-2. 5. Autismo.  
I. Silva, Mônia Aparecida da , orient. II. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 12 / 2024 - PPGPSI (13.24)**

**Nº do Protocolo: 23122.025081/2024-55**

**São João del-Rei-MG, 22 de agosto de 2024.**

A Dissertação ***Childhood Autism Rating Scale - CARS-2: adaptação transcultural e propriedades psicométricas preliminares para o contexto brasileiro***

elaborada por **Matheus Silva Prenassi**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

### **MESTRE EM PSICOLOGIA**

#### **BANCA EXAMINADORA:**

Profa. Dra. Lisandra Borges Vieira Lima (USF)  
Assinado por concordância com ata de defesa realizada por videoconferência

*(Assinado digitalmente em 22/08/2024 21:05 )*  
MARIO CESAR REZENDE ANDRADE  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DPSIC (12.25)  
Matrícula: 3042695

*(Assinado digitalmente em 23/08/2024 10:43 )*  
Mônia Aparecida da Silva  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
PPGPSI (13.24)  
Matrícula: 3031506

Visualize o documento original em <https://sipac.ufsj.edu.br/public/documentos/index.jsp>  
informando seu número: **12**, ano: **2024**, tipo: **ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**, data de  
emissão: **22/08/2024** e o código de verificação: **4905082c27**

## AGRADECIMENTOS

“Se você conhece uma pessoa com autismo, você conhece uma pessoa com autismo”. Sempre gosto de pensar no impacto que essa frase tem, já que o autismo é tão diverso e cada ser humano é tão único em suas particularidades. Desde que comecei a estudar sobre o tema me deparei com a pluralidade de aspectos que descrevem esse quadro. E, para além disso, conheci pessoas autistas e pude entender essa frase na prática. Ao longo do mestrado, na pesquisa e na prática, pude encontrar pessoas autistas que me ensinaram e ensinam novos jeitos de ver o mundo, de entender comportamentos e algumas lógicas, e de como viver em um mundo que é pensado apenas para neurotípicos. Por isso, gostaria de começar agradecendo a todas as pessoas autistas que encontrei ao longo da minha jornada acadêmica, com certeza vocês são a motivação e o coração deste trabalho.

Gostaria de agradecer também minha mãe, meu pai e meu irmão que foram pontos de apoio durante todo esse processo, sendo fontes de coragem e inspiração para seguir adiante.

Agradeço profundamente à minha amiga e orientadora Mônia Silva, cuja parceria e orientação foram fundamentais para a realização deste trabalho. Sua dedicação, as valiosas trocas de experiências e o empenho singular em cada projeto são verdadeiramente inspiradores.

Agradeço meu namorado, André, por ter acompanhado todo o trabalho de perto, da seleção à defesa, pela ajuda quando foi necessário e pela paciência em me escutar quando também era preciso.

Agradeço aos meus familiares e amigos que, direta ou indiretamente, estiveram presentes durante todo esse percurso do mestrado.

Agradeço também à Isabella, estagiária e colaboradora do projeto, pela dedicação com que conduziu cada detalhe e por ser uma parte essencial desta pesquisa. Sua colaboração na coleta de dados e no planejamento das ideias foi fundamental, e sua presença foi uma constante fonte de apoio.

Gostaria de agradecer também a todos os participantes do meu projeto. Aos profissionais, aos cuidadores de pessoas autistas e às pessoas autistas que colaboraram diretamente com este trabalho, vocês foram parte essencial dele. A colaboração de vocês permitiu a construção de uma pesquisa precisa, fidedigna e importante para a ciência. Aos

professores que integraram a banca de avaliação, meu sincero agradecimento pelas sugestões, incentivo e dedicação.

Agradeço também a Clínica NETA – Núcleo de Estudos e Tratamento ABA e às profissionais, Silvana e Thais, que me acolheram e foram colaborativas e atenciosas, permitindo que eu desenvolvesse parte do meu trabalho na instituição. Além disso, agradeço a Associação Pró-Autistas de São João del-Rei pela confiança em meu trabalho e pela parceria de longo prazo estabelecida.

Por fim, gostaria de agradecer à Universidade Federal de São João del-Rei pela formação excepcional propiciada na graduação e pós-graduação. Agradeço aos professores que tive durante todo o meu percurso acadêmico, principalmente aqueles com quem tive um contato próximo e me ensinaram coisas para além da academia. Para mais, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

## RESUMO

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por déficits desde os primeiros anos de vida. Sabe-se que a identificação precoce é importante, uma vez que a intervenção nos primeiros anos de vida auxilia em um prognóstico satisfatório do paciente. A identificação de casos de TEA na vida adulta tem ganhado destaque na literatura, haja vista a importância do diagnóstico correto tanto para a orientação do tratamento quanto para auxiliar o sujeito a se entender e compreender suas dificuldades e potencialidades. Dito isso, esta dissertação teve como base o tema de avaliação psicológica e transtorno do espectro autista. O primeiro estudo trata-se de um capítulo de livro, cujo objetivo foi, por meio da literatura científica atual, explicar questões acerca da avaliação qualitativa do TEA. O capítulo foi dividido em tópicos baseando-se no desenvolvimento humano dos indivíduos, abordando questões mais comuns do TEA na infância e adolescência e na vida adulta. Além disso, o capítulo discute diferenças na apresentação do autismo em indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino que podem auxiliar nos processos de identificação. Por fim, é discutido um caso clínico articulando a prática com a teoria. Já o segundo estudo desta dissertação teve como objetivo apresentar a adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo da Childhood Autism Rating Scale-2 (CARS-2) e. A CARS-2 é utilizada para avaliação de indivíduos com suspeita ou diagnóstico de TEA – e auxiliar no planejamento de intervenções –, abrangendo uma ampla faixa etária, de 2 anos até a vida adulta. A CARS-2 é respondida pelo próprio profissional após uma extensa coleta de informações sobre a pessoa avaliada. A escala avalia sinais e sintomas do autismo, em 14 áreas incluindo, dentre elas, adaptação a mudanças, respostas visuais, auditivas, comunicação verbal e não verbal e o nível de consistência da resposta intelectual. O último item (15) consiste na impressão geral que o profissional preenche a partir de sua observação e coleta de dados do sujeito avaliado. A CARS-2 é composta por dois formulários: a versão padrão (CARS2-ST) e a versão de alto funcionamento (CARS2-HF), além de um questionário desenvolvido para pais e cuidadores (CARS2-QPC). O processo de tradução e adaptação transcultural seguiu todos os passos recomendados na literatura. Primeiro, foi feita a tradução por dois tradutores independentes, depois foi realizada a síntese das versões traduzidas. Em seguida, foram realizadas as análises dos formulários por nove especialistas em avaliação psicológica e/ou TEA. Estes sugeriram modificações com o objetivo de aprimorar o instrumento com uma visão mais recente do TEA, diminuir estigmas, eliminar vieses de gênero e também aprimorar a escrita dos itens para que fossem contextualizados para a cultura brasileira. Na análise do coeficiente de validade de

conteúdo (CVC), feita por estes especialistas, os formulários da CARS2-ST e CARS2-HF apresentaram índices satisfatórios (CVC > 0,80) e poucos itens do CARS-QPC precisaram de ajustes considerando o indicador quantitativo (CVC < 0,80). Posteriormente, na avaliação pelo público-alvo, que incluiu profissionais da saúde e a comunidade autista (mães de pessoas autistas e pessoas autistas), foi testada a aplicabilidade e verificadas ainda possíveis alterações que precisavam ser realizadas. As mudanças visaram uma descrição mais atual do TEA e a diminuição de termos capacitistas. Ao final, os formulários de avaliação foram retrotraduzidos para checagem da versão brasileira da CARS-2 pela editora WPS. Todas essas etapas seguiram as recomendações da literatura científica – nacional e internacional – a respeito da tradução e adaptação transcultural, visando garantir satisfatórias evidências de validade de conteúdo, levando em consideração aspectos idiomáticos, semânticos, experienciais e conceituais. Por fim, com o instrumento bem adaptado e adequado ao contexto brasileiro, espera-se que estudos futuros possam construir novas evidências de validade e normas a fim de que a CARS-2 possa ter um uso profissional nas avaliações do TEA.

Palavras-Chave: Transtorno do Espectro Autista; avaliação; instrumentos diagnósticos.



## ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by deficits from the early years of life. It is known that early identification is important since intervention in the early years helps in achieving a satisfactory prognosis for the patient. Additionally, the identification of ASD cases in adulthood has also gained prominence in the literature, given the importance of an accurate diagnosis both for guiding treatment and for helping the individual understand and comprehend their difficulties and strengths. This dissertation focused on the theme of psychological assessment and autism spectrum disorder. The first study is a book chapter, which aimed, through the current scientific literature, to explain issues concerning the qualitative assessment of ASD. The chapter was divided into topics based on the human development of individuals, addressing the most common issues of ASD in childhood, adolescence, and adulthood. Furthermore, the chapter discusses differences in the presentation of autism in male and female individuals, which can assist in the identification process. Finally, a clinical case is discussed, linking practice with theory. The second study of this dissertation aimed to present the cross-cultural adaptation and evidence of content validity of the Childhood Autism Rating Scale-2 (CARS-2). The CARS-2 is used for the assessment of individuals with suspected or diagnosed ASD and to assist in intervention planning, covering a wide age range, from 2 years to adulthood. The CARS-2 is completed by the professional after an extensive collection of information regarding the assessed individual. The scale evaluates signs and symptoms of autism across 14 domains, including, among others, adaptation to change, visual and auditory responses, verbal and non-verbal communication, and the consistency level of intellectual responses. The final item (15) consists of a general impression that the professional fills in based on their observation and data collection of the evaluated subject. The CARS-2 consists of two forms: the standard version (CARS2-ST) and the high-functioning version (CARS2-HF), in addition to a questionnaire developed for parents and caregivers (CARS2-QPC). The translation and cross-cultural adaptation process followed all the recommended steps in the literature. First, it was translated by two independent translators, then a synthesis of the translated versions was carried out. Next, the forms were analyzed by nine specialists in psychological assessment and/or ASD. They suggested modifications to improve the instrument with a more recent view of ASD, reduce stigmas, eliminate gender biases, and improve the writing of the items to be contextualized for Brazilian culture. In the content validity coefficient (CVC) analysis conducted by these specialists, the CARS2-ST and CARS2-HF forms showed satisfactory indices ( $CVC > 0.80$ ), and few items from the CARS-QPC needed adjustments

considering the quantitative indicator ( $CVC < 0.80$ ). Subsequently, in the evaluation by the target population, which included health professionals and the autistic community (mothers of autistic individuals and autistic individuals), the applicability was tested, and further possible changes were verified. Changes aimed for a more current description of ASD and the reduction of ableist terms. Finally, the assessment forms were back-translated to check the Brazilian version of the CARS-2 by the WPS publisher. All these steps followed the recommendations of the national and international scientific literature regarding translation and cross-cultural adaptation, aiming to ensure satisfactory evidence of content validity, considering idiomatic, semantic, experiential, and conceptual aspects. Finally, with the instrument well adapted and suitable for the Brazilian context, it is expected that future studies can build new evidence of validity and norms so that the CARS-2 can be used professionally in ASD assessments.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder; assessment; diagnostic instruments.

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACSF - *Autism Classification System of Functioning: Social Communication*

ADI-R - *Autism Diagnostic Interview Revised*

ADOS - *Autism Diagnostic Observation Schedule*

ADOS-2 - *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition*

AERA – *American Educational Research Association*

AMSE - *Autism Mental Status Examination*

APA – *American Psychological Association*

CARS-2 - *Childhood Autism Rating Scale – Second Edition*

CARS2-HF - *Childhood Autism Rating Scale – High Functioning Version*

CARS2-QPC - *Childhood Autism Rating Scale - Questionnaire for Parents or Caregivers*

CARS2-ST - *Childhood Autism Rating Scale – Standard Version*

CC – *Coerência Central*

CDC - *Centro de Controle e Prevenção de Doenças*

CFP – *Conselho Federal de Psicologia*

CID-10 – *Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição.*

CID-11 – *Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição.*

DSM-5 - *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – quinta edição.*

DSM-5-TR - *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – quinta edição – texto revisado.*

DSM-III - *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – terceira edição*

DSM-III-R - *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – terceira edição – revisada.*

DSM-IV - *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – quarta edição.*

ITC – *International Test Commission*

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

M-CHAT-R/F - *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*

NCCME - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

NCME – *National Council on Measurement in Education*

PROTEA-R - *Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo*

QI – *Quociente Intelectual*

QR-TEA - *Questionário para Rastreamento de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista*

SATEPSI - Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos

SRS-2 – Escala de Responsividade Social

TEA – transtorno do espectro autista.

TID – Transtorno Invasivo do Desenvolvimento

TID-SOE – transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação

VABS - Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>Introdução - Geral</b> .....	12
<b>Capítulo</b> .....	27
<b>CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM DIFERENTES FASES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO</b> .....	27
<b>Apresentação Clínica do Autismo na Infância e Adolescência</b> .....	29
<b>Autismo na Vida Adulta</b> .....	33
<b>Apresentação e discussão de caso clínico</b> .....	39
<b>Considerações finais</b> .....	41
<b>Artigo</b> .....	42
<i>Childhood Autism Rating Scale – CARS-2: Adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo para o contexto brasileiro</i> .....	42
<b>Conclusão Geral</b> .....	43
<b>Referências</b> .....	44

## Introdução - Geral

O termo “autismo” foi usado pela primeira vez em 1911 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, ao descrever sujeitos com esquizofrenia que segundo ele pareciam desconectados do mundo (Silva & Elias, 2020). Contudo, a primeira descrição do transtorno, sistematizada como uma síndrome única, foi feita em 1943, por Leo Kanner, um psiquiatra austríaco, em um artigo intitulado "*Autistic Disturbances of Affective Contact*". Nesse relatório, o médico descreveu uma síndrome que acreditava ser bastante rara, provavelmente devido à escassez de casos identificados. De maneira geral, Kanner descreveu 11 crianças com as quais ele trabalhava e que identificou como tendo um padrão distinto de comportamento e interação social. Foi o próprio autor que utilizou o termo “autista” para descrever esse padrão. Ele acreditava que nestes indivíduos havia uma falta de interesse social, assim como uma preocupação com comportamentos repetitivos e estereotipados.

No artigo de Kanner (1943), há uma descrição detalhada de cada uma das crianças, abordando prejuízos sociocomunicativos e de comportamentos restritos e repetitivos. Este relatório teve um impacto significativo, uma vez que o médico conceituou o transtorno e os critérios diagnósticos usados para identificá-lo, lançando bases para pesquisas adicionais sobre as causas, diagnóstico e tratamento do autismo (Donvan & Zucker, 2017).

Desde então, várias pesquisas foram realizadas, e características do transtorno foram levantadas, mas o reconhecimento oficial do autismo só se deu a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III; APA, 1980). Nesse manual, o TEA foi incluído junto a outras psicopatologias em uma classe chamada Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), com o nome de “autismo infantil”. No DSM-III-R (APA, 1987), houve uma mudança do nome “autismo” para “transtorno autista”, refletindo as pesquisas que haviam sido realizadas, revelando a necessidade de uma abordagem orientada para o desenvolvimento e que abarcasse todas as idades.

No DSM-IV (APA, 1994), houve a inclusão da Síndrome de Asperger na classe diagnóstica dos TID que incluía também o transtorno autista, o transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação (TID-SOE), o transtorno de Rett e o transtorno desintegrativo da infância. Essa classificação perdurou até que, por fim, no DSM-5 (APA, 2014), adotou-se a nomenclatura de transtorno do espectro autista (TEA) para englobar todas as subcategorias citadas. Além disso, de acordo com o manual, o especificador “associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou fator ambiental” passou a ser utilizado

quando os indivíduos com TEA possuem também doenças genéticas conhecidas (p. ex. a síndrome de Rett; APA, 2014).

Em 2022, a *American Psychiatric Association* publicou o texto revisado da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR). A alteração em relação ao DSM-5 nos critérios do TEA se deu no Critério A, relacionado à comunicação social e interação. A frase “conforme manifestado pelo seguinte” foi alterada para “conforme manifestado por todos os seguintes”. A alteração, feita pelo grupo de trabalho do DSM-5-TR, reforçou que todos os três itens do critério “A” devem ser identificados para o diagnóstico de TEA, uma vez que no texto anterior a interpretação poderia ficar a critério do profissional. Tal mudança foi justificada como uma necessidade de melhorar a clareza e evitar um excesso de diagnósticos, mantendo um alto limiar para que a pessoa se enquadre no espectro (First et al., 2022).

Em 2022, entrou em vigor no Brasil a 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11, *World Health Organization* [WHO], 2018), que, da mesma forma que o DSM-5 (APA, 2014), adotou o conceito de espectro e o nome “transtorno do espectro autista” como um termo guarda-chuva que denomina o TEA. As subcategorias na CID-10, que foram englobadas no conceito do espectro na CID-11, foram o autismo infantil; o autismo atípico; outro transtorno desintegrativo da infância; o transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados; a síndrome de Asperger; outros transtornos globais do desenvolvimento e transtornos globais não especificados do desenvolvimento. A única exceção foi a Síndrome de Rett, que passou a ter uma categoria separada. Entretanto, a CID-11 (WHO, 2018) manteve um sistema multicategórico que diferencia os sujeitos ao longo do espectro, sendo que cada uma das subcategorias descreve um perfil de prejuízos, com variações no nível de déficit intelectual (com e sem deficiência intelectual) e de linguagem funcional (com ou sem comprometimento).

Segundo dados recentes do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, 1 a cada 36 crianças foram identificadas com TEA, de acordo com a Rede de Monitoramento de Deficiências de Autismo e Desenvolvimento do órgão. Nas informações divulgadas pela pesquisa, os pesquisadores ressaltaram que o transtorno ocorre em todos os grupos raciais, socioeconômicos e étnicos (*Centers for Disease Control and Prevention*, [CDC], 2023). Ainda, historicamente, o TEA era considerado tipicamente masculino, tendo uma prevalência de 8 homens para uma mulher em 2011 (Lockwood Estrin et al., 2021). Contudo, ao longo dos anos essa prevalência foi se modificando e o número de diagnóstico de mulheres com TEA cresceu exponencialmente, de modo que estudos atuais apontam para 2 a 3 homens

para cada mulher (Cumin et al., 2022). O aumento de casos de autismo em meninas pode ser atribuído, por exemplo, à identificação de casos mais leves, ao avanço das pesquisas sobre o autismo em mulheres que resultaram em uma compreensão mais detalhada de como o autismo se manifesta de maneira diferente em meninas (Cook, 2024).

As alterações presentes no TEA se dão pela qualidade das habilidades do sujeito, ou seja, mesmo se tratando de um único transtorno, há diversas formas de manifestação do quadro, descrevendo tanto pessoas com inteligência preservada ou acima da média, quanto indivíduos com graves dificuldades. Por isso, utiliza-se a noção de espectro, adotada no DSM-5, para explicitar a ideia de um contínuo associado ao transtorno (APA, 2013). Outro fator que justifica a noção de espectro é que, atualmente, sabe-se que as características centrais do transtorno assumem diversas formas e os déficits decorrentes se desenvolvem por “caminhos diferentes”. Tal descoberta implica a necessidade de um estudo aprofundado do TEA, utilizando diversos métodos, como, por exemplo, imagem cerebral e genética (Bernier et al., 2021). A gravidade, ainda de acordo com o DSM-5-TR, está relacionada ao quanto de suporte o indivíduo precisa, sendo dividida em níveis de “Exigindo Apoio”, “Exigindo Apoio Substancial” e “Exigindo Apoio Muito Substancial” (APA, 2022).

Atualmente, o TEA na vida adulta tem recebido cada vez mais atenção, tanto na produção acadêmica (Mason et al., 2019) quanto no aumento significativo de diagnósticos nesta fase da vida (Underwood et al., 2022). O reconhecimento do TEA em adultos é fundamental para auxiliar em intervenções e apoios oportunos. Em 2012, uma das principais diretrizes para avaliação e intervenção de adultos com TEA foi publicada pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence*, intitulada *Autism: Recognition, Referral, Diagnosis and Management of Adults on the Autism Spectrum*. Nesse documento, os profissionais ofereceram orientações sobre o manejo e tratamento de adultos com TEA acima de 18 anos. Uma das principais recomendações da diretriz do NCCME (2012) é a de que os profissionais que trabalham com adultos autistas devem estabelecer processos de intervenção e avaliação em parceria com esses indivíduos e, quando pertinente, incluir suas famílias, parceiros e cuidadores. Sendo assim, os profissionais devem ter um entendimento amplo da natureza do TEA, seu desenvolvimento, impacto em diversas áreas da vida, interações com o ambiente social e físico, bem como suas relações com outros transtornos mentais e físicos (NCCME, 2012).

Dentre os fatores relatados na literatura, que pode dificultar a identificação precoce de pessoas adultas com TEA, está a camuflagem social. Ela abrange comportamentos complexos de imitação e/ou disfarce de características específicas do transtorno, permitindo que o indivíduo desempenhe um papel adaptativo ao lidar com as exigências de diversas situações



(Cook et al., 2021; Alaghband-Rad et al., 2023). O conceito de camuflagem social foi primeiramente identificado como uma característica distintiva entre pessoas com TEA, que ativamente buscam disfarçar e compensar suas características “autísticas” em contextos sociais para uma integração mais efetiva (Lai et al., 2011).

Um estudo de revisão sistemática recente apontou que, embora haja um aumento gradual dos estudos sobre camuflagem social, há uma carência de informações a respeito deste fenômeno (Alaghband-Rad et al., 2023) e diferentes aspectos, desde psicopatologia e etiologia até suas implicações e resultados, ainda carecem de definição e entendimento precisos. Na revisão, os autores apontaram para um conjunto crescente de evidências que destaca a camuflagem social mais presente entre mulheres com TEA “de alto funcionamento”. Essas mulheres, ao mascarar seus sintomas diante de observadores adultos, demonstram um repertório de habilidades sociais aparentemente mais elaborado. Contudo, mesmo próximo a grupos de pares e com oportunidades de interação social, as pesquisas indicam que as mulheres com TEA podem possuir menos habilidades que seus pares típicos para aproveitar essas oportunidades e manter interações sociais eficazes com colegas (Dean et al., 2017). Embora a etiologia da camuflagem social seja multifacetada e envolva normas sociais, expectativas de gênero e diferenças neuropsicológicas, suas implicações para o bem-estar do sujeito são complexas.

Conforme já foi dito, a apresentação do TEA é heterogênea e as habilidades funcionais no transtorno permanecem altamente variáveis. Dentre os aspectos da funcionalidade está o Quociente Intelectual (QI) (Wolff et al., 2022). Um termo recorrente na literatura é o “*High functioning autism*” (autismo de alto funcionamento), que, apesar de não ser um diagnóstico, é frequentemente utilizado para indivíduos diagnosticados com TEA que têm uma estimativa de QI de 70 ou mais (Alvares et al., 2020; Schopler et al., 2010). A expressão, com o passar do tempo, passou a ser associada a expectativas de habilidades relativamente mais desenvolvidas em linguagem, QI mais elevado, perfis de sintomas mais leves do TEA e resultados positivos a longo prazo, apesar de uma quantidade significativa de pesquisas contradizer essas suposições (Fein, et al., 2013; Alvares et al., 2020; Howlin et al., 2014). Para exemplificar, um estudo conduzido com uma amostra de 2.225 participantes na Austrália adotou um desenho prospectivo para investigar a relação entre comportamento adaptativo, estimativas cognitivas (quociente de inteligência) e idade no diagnóstico do TEA. Os participantes foram agrupados com base na presença ou ausência de deficiência intelectual. Utilizando as Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland (VABS), os resultados revelaram que o quociente de inteligência era um preditor fraco para as pontuações das escalas VABS, especialmente em crianças sem deficiência intelectual. A disparidade entre as pontuações do quociente de

inteligência e da VABS aumentou com a idade no diagnóstico, destacando a limitação do QI como indicador das habilidades funcionais no TEA. Sendo assim, crianças com TEA sem deficiência intelectual apresentaram uma maior discrepância entre as pontuações obtidas na VABS e as estimativas de QI, destacando uma maior disparidade entre suas habilidades de funcionamento adaptativo e cognitivas. Em contrapartida, crianças no espectro do TEA com deficiência intelectual apresentaram estimativas de comportamento adaptativo mais equivalentes com suas classificações de QI. Os autores argumentam, então, que o uso do termo "autismo de alto funcionamento" deve ser repensado (Alvares et al., 2019).

Caracterizado o TEA e sua diversidade de apresentação e características, estudos têm relatado a importância da identificação precoce do TEA, uma vez que o processo de avaliação e diagnóstico auxilia no delineamento do prognóstico do paciente, no planejamento de intervenções e na minimização de sintomas (Bivarchi et al., 2021; Brasil, 2013). A importância da detecção e intervenção precoces vem sendo relatada desde Kanner (1943) em seu artigo, no qual ele observou que todas as crianças que atendia apresentavam atrasos no desenvolvimento da linguagem e que a intervenção precoce poderia melhorar esses resultados. Porém, esse processo pode ser desafiador e demorado, já que, além das variações no grau de gravidade do transtorno, os perfis comportamentais dos sujeitos tendem a se alterar com a idade, com os problemas associados ao transtorno e devido à presença de comorbidades (Howes et al., 2021; Yates & Le Couteur, 2016). O processo avaliativo na vida adulta também é de extrema importância e nele deve ser investigada a presença dos sinais e sintomas na infância, usualmente confirmados por entrevistas com a própria pessoa ou informantes próximos (Lai & Baron-Cohen, 2015).

Diversos fatores podem atrasar ou dificultar a detecção do TEA. Hayes et al. (2018) ressaltaram fatores contextuais, operacionais e interacionais que podem atrasar o diagnóstico. O primeiro diz respeito ao contexto cultural no qual o paciente está inserido, incluindo o mascaramento de sintomas, à interpretação de suas necessidades pelo profissional que está realizando o processo avaliativo e o impacto que a detecção do transtorno terá na vida do indivíduo. O fator operacional está relacionado a utilização de ferramentas diagnósticas e à interpretação dos elementos que constituem o diagnóstico. Já os fatores interacionais correspondem à avaliação por um único profissional de saúde ou por uma equipe multidisciplinar, além da relação estabelecida entre o profissional e o paciente, o profissional e a família do paciente, e o próprio avaliado e sua família.

O atraso no diagnóstico é um problema, no caso de crianças e adolescentes, tanto para os cuidadores – pois a postergação é um fator de estresse e sobrecarga para a família (Gomes

et al., 2015) –, quanto para o sujeito – que pode ser privado de intervenções que têm potencial de modificação das conexões do cérebro devido ao período de maior neuroplasticidade. Essa, mais intensa nos primeiros anos de vida, se refere à capacidade do sistema nervoso de reorganização ou adaptação a situações externas a fim de responder conforme o que é esperado para cada momento da vida (Kolb & Gibb, 2011; Silva et al., 2022). No caso de adultos, o diagnóstico tardio pode acarretar uma série de desafios significativos, como a falta de compreensão da própria pessoa sobre suas características e comportamentos, o que pode levar a dificuldades de autoaceitação e autoestima, afetando negativamente as relações pessoais e sociais. Além disso, no âmbito laboral, a não detecção do transtorno pode resultar em desemprego, subemprego ou insatisfação profissional. Para mais, a ausência do diagnóstico adequado pode contribuir para problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e ideação suicida, muitas vezes devido à falta de compreensão e apoio para lidar com o estresse e as demandas cotidianas. Tudo isso impacta diretamente na qualidade de vida da pessoa e dificulta sua participação na comunidade, sua independência e as habilidades de vida diária. Por fim, a falta do diagnóstico correto pode impedir o sujeito de desenvolver comportamentos de autogestão que são eficazes, tornando desafiador o enfrentamento dos obstáculos cotidianos (Nalin et al., 2022).

O TEA tem etiologia multifatorial, o que significa que, até o momento, não há uma causa única para o transtorno, e sim uma combinação de fatores genéticos que interagem com fatores ambientais, resultando em uma apresentação desse quadro clínico (Silva & Elias, 2020). Sendo assim, não existe nenhum biomarcador preditivo, exame de sangue ou de imagem, ou qualquer característica física que defina o TEA. Cabe ao profissional ou à equipe multidisciplinar realizar o processo de avaliação, que é essencialmente clínico (Howes et al., 2021).

O objetivo principal da avaliação no TEA é realizar o diagnóstico, quando este é pertinente, e com isso orientar intervenções e tratamentos a partir do perfil do sujeito, dos seus pontos fortes e fracos, suas habilidades e as necessidades das pessoas que convivem com ele. Visa também identificar possíveis comorbidades ou problemas associados que podem afetar negativamente o sujeito e seus familiares. No que diz respeito aos aspectos pessoais do indivíduo, há fatores que dificultam o processo de avaliação, como o comprometimento da comunicação e da linguagem, além de possíveis déficits cognitivos associados. Isso torna desafiador determinar se as características do indivíduo são decorrentes do TEA, da presença de outra comorbidade, de fatores ambientais ou de uma combinação desses elementos (Yates & Le Couteur, 2016).

A maioria das diretrizes de avaliação para o TEA recomenda que o processo seja feito por uma equipe multidisciplinar, incluindo psicólogos, fonoaudiólogos, médicos, professores e outros (Brasil, 2013; NCCME, 2012; Zwaigenbaum & Penner, 2018). Indica-se que a avaliação seja feita por uma equipe, dada a existência de benefícios, tais como: (1) permitir que a observação dos comportamentos do sujeito seja realizada em uma variedade de ambientes; (2) acessar opiniões e experiências de diversos profissionais, principalmente quando os casos são mais complexos e incertos; e (3) permitir um maior apoio aos familiares durante o processo diagnóstico (Howes et al., 2021). Tais equipes, então, permitem que os profissionais se apoiem durante o processo diagnóstico, propiciando debate sobre o caso e a maior acurácia diagnóstica.

A equipe multidisciplinar poderá usar diferentes estratégias, métodos e técnicas durante o processo de avaliação, incluindo as entrevistas, a observação do comportamento e a utilização de instrumentos e de tarefas estruturadas (Bosa & Zanon, 2016). Uma avaliação abrangente e bem fundamentada é mais do que a administração de vários instrumentos, ou seja, deve envolver a combinação de diferentes técnicas e fontes de informação. A partir disso, a equipe deve se embasar em manuais como o DSM-5-TR (APA, 2022) e a CID-11 (WHO, 2018), para nortear a avaliação baseando-se nas características apresentadas pelo sujeito e na descrição clínica dos critérios diagnósticos.

É preciso também que, ao longo do processo, os responsáveis pela avaliação estejam atentos para possíveis comorbidades. Essa ressalva é importante, pois pode ocorrer um “ofuscamento diagnóstico”, uma tendência de não identificação de outros transtornos quando uma condição mais perceptível, no caso em questão o TEA, está presente (Volkmar et al., 2014).

Diante do exposto, durante o processo de avaliação, é recomendado o uso de instrumentos elaborados para avaliar múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento do sujeito (Brian et al., 2019). Reconhece-se a importância da utilização de instrumentos que tenham propriedades psicométricas satisfatórias e normas locais de referência para interpretação dos resultados. Além disso, sabe-se que o diagnóstico de TEA é essencialmente clínico, ou seja, baseia-se em observações das características comportamentais do paciente, levantamento de dados sobre a história de vida do sujeito, de relatos de cuidadores e pessoas próximas e no uso de instrumentos (Bosa & Zanon, 2016). Um dos fatores que pode atrasar esse processo é a dificuldade em realizar uma avaliação abrangente para a conclusão diagnóstica sobre a presença do transtorno. Assim, instrumentos de triagem e de avaliação padronizados e adaptados ao contexto brasileiro, com evidências de validade e fidedignidade satisfatórias, têm se mostrado fundamentais para auxiliar no processo de diagnóstico, sendo recomendados em várias diretrizes nacionais e internacionais de avaliação do TEA (Silva &

Elias, 2020; Zwaigenbaum & Penner, 2018). Os instrumentos de rastreio visam identificar sinais precoces de TEA e sinalizar um risco aumentado, indicando a necessidade de uma avaliação diagnóstica mais detalhada. Eles são classificados por formato (escalas, questionários, protocolos etc.) e por nível: nível 1, que identifica sinais de risco na população geral; e nível 2, que identifica sinais de risco entre indivíduos com problemas de desenvolvimento, como atraso na linguagem (Seize & Borsa, 2017). Já os instrumentos de avaliação diagnóstica são utilizados por profissionais treinados para confirmar o diagnóstico de TEA. Esses métodos geralmente requerem entrevistas com pais/cuidadores e observação do comportamento do indivíduo (Joseph et al., 2016).

Os instrumentos devem apresentar propriedades psicométricas satisfatórias, baseadas em pesquisas. As evidências de validade dos instrumentos estão relacionadas ao grau em que a teoria e os estudos apoiam a interpretação dos resultados do teste como realmente refletindo aquilo que o teste se propõe a medir (*American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], & National Council on Measurement in Education [NCME], 2014*). Já a fidedignidade está relacionada à consistência dos resultados obtidos por um teste. Em outras palavras, refere-se ao grau em que os resultados de um teste são estáveis e replicáveis ao longo do tempo e em diferentes situações (AERA et al., 2014). Os instrumentos utilizados para avaliar o TEA podem ser classificados em dois tipos: rastreio e avaliação abrangente.

É de extrema importância a identificação de sinais de alerta para o TEA. Geralmente, o rastreio é o primeiro nível, apontando ou não para o risco do transtorno. Já no segundo nível, é preciso que, além da identificação de atrasos, especificamente quando se trata de TEA, se diferencie este transtorno de outros possíveis (Steigleder et al., 2021), como transtorno do déficit de atenção/hiperatividade ou transtorno do desenvolvimento intelectual. Uma vez identificada a possibilidade de TEA, é necessário que se realize uma avaliação diagnóstica abrangente (Seize & Borsa, 2017).

No Brasil, há uma carência de instrumentos, com propriedades psicométricas satisfatórias que possam ser utilizados por profissionais para auxiliar no diagnóstico de TEA. Em uma revisão sistemática de Backes et al. (2014), feita para identificar instrumentos internacionais com propriedades psicométricas para avaliação do TEA na população brasileira, constatou-se a falta de ferramentas diagnósticas adaptadas para o Brasil. Além disso, as autoras ressaltaram que alguns instrumentos internacionais, apesar de possuírem estudos psicométricos para o Brasil, careciam de informações sobre os direitos autorais, que deveriam ser descritos na publicação, frisando que estudos de evidências de validade não implicam necessariamente no

acesso livre à versão brasileira do instrumento, acarretando, algumas vezes, no uso ilegal do mesmo. Em 2017, Seize e Borsa realizaram uma revisão sistemática de instrumentos disponíveis para rastreamento dos sinais do autismo em crianças com até 36 meses de idade. Foi realizada uma revisão de artigos de 2004 a 2015, e foram identificados 11 instrumentos. Os resultados apontaram que apenas um desses instrumentos, o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), foi traduzido para o português, indicando escassez de instrumentos com esse objetivo no contexto nacional. Foi destacada a limitação decorrente da ausência de um instrumento padrão-ouro no diagnóstico do TEA.

Silva e Elias (2020) realizaram uma revisão sistemática sobre os instrumentos disponíveis e com evidências de validade no Brasil para a avaliação do TEA, segundo o relato de cuidadores primários e de professores de crianças de seis a 12 anos. Os resultados identificaram oito instrumentos, dentre eles escalas, inventários, questionários, entrevistas estruturadas e protocolos. Todos apresentavam alguma evidência de validade, estando disponíveis em artigos revisados por pares, e não sendo comercializados por nenhuma editora. Nenhum instrumento específico para avaliação do TEA foi encontrado no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) – órgão que avalia a qualidade técnico-científica de instrumentos psicológicos no Brasil. Além disso, identificou-se uma escassez de instrumentos de rastreio específicos para o TEA.

Há outros dois instrumentos comercializados no Brasil, não identificados na revisão sistemática de Silva e Elias (2020), mas citados por elas. Trata-se do Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo (PROTEA-R) (Bosa & Salles, 2018), que avalia crianças de 24 a 60 meses de idade por meio da observação clínica da brincadeira; e da Escala de Responsividade Social (SRS-2) (Borges, 2021), traduzida e adaptada para o Brasil, e com evidências satisfatórias de validade, que objetiva o rastreio de TEA em crianças a partir de dois anos e meio, adolescentes e adultos. Esses instrumentos podem ser utilizados em casos de avaliação de suspeita de TEA. Contudo trata-se de instrumentos de rastreio, ou seja, eles indicam se há sinais e sintomas do autismo suficientes para que uma avaliação mais aprofundada seja realizada. Além disso, a SRS-2 é um instrumento respondido pelos cuidadores, pela própria pessoa ou por amigos e parentes próximos à pessoa avaliada, o que pode ser afetado pela desejabilidade social e a percepção do respondente. A *Childhood Autism Rating Scale-2*, objeto-alvo dessa dissertação, é um instrumento diagnóstico e respondido pelo próprio profissional, o que possibilita que ele investigue várias áreas da vida da pessoa, colete informações substanciais e realize, ele mesmo, a pontuação do instrumento. Assim, considerando o contexto brasileiro, ressalta-se a carência de instrumentos específicos

para a avaliação diagnóstica de TEA para todas as faixas etárias, visto que há apenas instrumentos de rastreio disponíveis.

A fim de atualizar a busca sobre instrumentos utilizados no Brasil para avaliação do TEA, foi feita uma busca nos indexadores de periódicos científicos MedLine/PubMed, Web of Science, PsycInfo e Scielo com os seguintes descritores: “autism spectrum disorder/transtorno do espectro autista” AND “scale/escala” AND “Brazil/Brasil”; “autism spectrum disorder/transtorno do espectro autista” AND “instrument/instrumento” AND “Brazil/Brasil”; “autism spectrum disorder/transtorno do espectro autista” AND “questionnaire/questionário” AND “Brazil/Brasil”; “autism spectrum disorder/transtorno do espectro autista” AND inventory/inventário AND “Brazil/Brasil”; “autism spectrum disorder/transtorno do espectro autista” AND protocol/protocolo AND “Brazil/Brasil” nos títulos e resumos, e sem restrição de tempo. Esta busca foi realizada em junho de 2023. Foram encontrados 180 artigos, dos quais 70 foram excluídos por estarem duplicados. Dentre os 110 artigos restantes, foram selecionados aqueles que estavam relacionados à construção ou adaptação transcultural e/ou estudos de evidência de validade e fidedignidade de instrumentos para o Brasil. Foram excluídos estudos empíricos ou que não estivessem relacionados ao TEA, sendo então selecionados 10 artigos.

Dos 10 artigos selecionados, apenas um deles relatou uma adaptação transcultural de um instrumento diagnóstico para o TEA, a *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS; Pacífico et al., 2019). Trata-se de um protocolo semiestruturado e padronizado para observação e avaliação de comportamentos sociocomunicativos de crianças e adultos com suspeita ou diagnóstico de TEA. A ADOS deve ser aplicada por profissionais treinados e ainda não está oficialmente disponível para uso no Brasil. Já a segunda escala de avaliação é a LABIRINTO. Este instrumento consiste em uma lista de atividades semiestruturadas realizadas com a criança. Utilizam-se brinquedos e brincadeiras específicas para avaliar os domínios contemplados na escala. É composta por 15 itens que avaliam o grau em que os comportamentos relacionados ao TEA estão afetados. Segundo os autores, a escala pretende ser um instrumento diagnóstico para crianças de 2 a 4 anos e 11 meses, permitindo uma avaliação abrangente e detalhada de sintomas (Pondé et al., 2021).

Os artigos encontrados também citaram o PROTEA-R (Bosa & Salles, 2018) e a SRS-2 (Borges, 2021), ambos de rastreio e já descritos anteriormente. Outro instrumento de rastreio localizado foi a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-Chat), que pode ser utilizada em crianças de 24 a 36 meses de idade. Esta pode ser aplicada em visitas pediátricas e é composta por 23 itens com respostas de “sim” ou “não” que estão relacionadas à presença de sinais precoces de TEA. O resultado pode ser de “com risco para TEA” ou “sem risco para TEA”

(Alves et al., 2022). Encontrou-se também um artigo relacionado à tradução e adaptação transcultural da *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up* (M-CHAT-R/F; Losapio et al., 2022). Trata-se de uma escala de rastreio cujo objetivo é identificar traços de TEA em crianças muito pequenas. As diferenças entre a M-CHAT e a M-CHAT-R/F incluem a redução de itens nesta última, assim como a modificação da linguagem visando à facilidade de entendimento. Foram acrescentados exemplos para facilitar o entendimento e as perguntas de acompanhamento (follow-up). Essas perguntas fazem com que o instrumento tenha duas etapas, a primeira em que os cuidadores respondem os 20 itens; e a segunda, caso a pontuação indique médio risco para TEA a entrevista de follow-up deve ser aplicada. Crianças com baixo risco para TEA ou alto risco não requerem aplicação da entrevista (Losapio et al., 2022).

Outro instrumento encontrado foi a *Autism Classification System of Functioning: Social Communication* (ACSF:SC; Eloi et al., 2019), que tem como objetivo classificar e fornecer informações sobre o nível da função de comunicação social de crianças com TEA. O instrumento abrange a faixa etária de 3 a 6 anos. É possível classificar dois aspectos distintos das habilidades de comunicação social: a capacidade, ou seja, quando a criança está na sua melhor performance; e as respostas típicas, ou seja, qual é a habilidade de comunicação social que ela predominantemente usa. A escala é pontuada pelos profissionais a partir de uma entrevista com os pais. Uma das utilidades dessa escala é agrupar crianças a partir de níveis de habilidades de comunicação social semelhantes para intervenções em grupo, por exemplo (Eloi et al., 2019).

A *Autism Mental Status Examination* (AMSE; Galdino et al., 2020) também foi um dos instrumentos encontrados, sendo esta uma escala breve para triagem de autismo que pode ser utilizada durante exames clínicos de rotina. A AMSE permite a avaliação de aspectos comportamentais, da interação social e da comunicação em pacientes com diagnóstico ou suspeita de TEA. Pontuações mais altas são indicativas de maior gravidade. Nesta escala de oito itens, os três primeiros são respondidos apenas pela observação do avaliador, e os outros podem ser pontuados com base na observação ou nos relatos dos responsáveis.

Encontrou-se também o Questionário para Rastreio de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista (QR-TEA; Seize & Borsa, 2022). Trata-se de um instrumento de rastreio, pontuado por profissionais da saúde após uma entrevista com cuidadores de crianças entre 24 e 36 meses. O instrumento possui duas dimensões: Comunicação e Interações Sociais (subdividida em atenção compartilhada, desenvolvimento social e comunicação e linguagem); e Comportamentos Restritos e Repetitivos (subdividida em comportamentos restritos e repetitivos e resposta da criança a estímulos sensoriais) (Seize & Borsa, 2022).



Um dos instrumentos encontrados estava relacionado à avaliação do TEA exclusivamente na vida adulta, a *Adult Autism Spectrum Quotient*. Este instrumento foi elaborado em 2001 por Baron-Cohen e colaboradores e é utilizado para indivíduos maiores de 18 anos. O instrumento aborda cinco áreas do funcionamento: habilidades sociais, mudança de atenção (*attention switching*), atenção aos detalhes, comunicação e imaginação. Apesar de não ser um instrumento diagnóstico, a escala tem como objetivo quantificar “onde” a pessoa se encontra no continuum entre TEA e desenvolvimento típico. Quanto maior a pontuação obtida, maiores os traços de autismo do sujeito. O ponto de corte tem como função identificar sujeitos com indicação para uma avaliação mais aprofundada (do Egito et al., 2017).

Após essa revisão de instrumentos, uma nova ferramenta para avaliação do TEA foi publicada em uma revista científica, sendo também um instrumento de rastreio. Trata-se de um instrumento intitulado “*Mini-TEA Scale*” (Forcelini et al., 2024). Desenvolvida no contexto brasileiro para ser respondida por pais e cuidadores durante uma entrevista, a Mini-TEA Scale, foi construída baseando-se no M-CHAT e na CARS. A escala é composta por 15 itens. Os 14 primeiros avaliam comportamentos relacionados ao TEA, em que cada um dos itens consiste em 2 a 5 perguntas binárias em que qualquer resposta positiva faz o item pontuar “1”. Já a pontuação “0” se dá quando todas as perguntas de cada um dos itens foram negativas. O 15º item avalia a impressão do cuidador sobre a presença ou ausência de um neurodesenvolvimento atípico.

A partir do que foi relatado, é possível perceber que não foram encontrados instrumentos diagnósticos para TEA adaptados transculturalmente ou construídos no Brasil que possuam propriedades psicométricas satisfatórias. Algumas vezes, profissionais e pesquisadores utilizam testes de outros idiomas, realizando apenas a tradução dos itens para o português brasileiro. Contudo, sabe-se que esse procedimento não garante a qualidade da medida, sendo necessárias uma série de etapas para realização do processo de tradução, adaptação e do levantamento de evidências de validade e fidedignidade (Borsa et al., 2012).

Internacionalmente, há alguns instrumentos diagnósticos que são bastante utilizados na prática clínica, como a *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition* (ADOS-2; Lord et al., 2012), a *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R; Le Couteur et al., 2003) e a *Childhood Autism Rating Scale - CARS-2* (Schopler et al., 2010). Este última é um instrumento composto por dois formulários de avaliação - *Standard Version* (CARS2-ST) e *High-Functioning Version* (CARS2-HF) - e pelo *Questionnaire for Parents or Caregivers* (CARS2-QPC). A CARS-2 é amplamente utilizada em outros países e fornece informações sobre a intensidade e duração dos sintomas do TEA dos dois anos de idade até a vida adulta. Além

disso, seus resultados permitem o planejamento de intervenções e podem ser utilizados não apenas em ambiente clínico, mas também em escolas e em diretrizes padronizadas de intervenção, por exemplo, em intervenções que incluem o ambiente doméstico (Schopler et al., 2010).

Ao utilizar instrumentos internacionais em outro contexto, ou seja, diferente do seu idioma de origem, é preciso realizar um processo de tradução e adaptação transcultural. Nos últimos anos, observa-se uma preocupação de pesquisadores, conselhos profissionais – como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) – e entidades internacionais – tais como a AERA, APA e NCME (2014) – em proporcionar efetividade e segurança na utilização de instrumentos de avaliação. Essas discussões existem para que se chegue a um consenso sobre quais as propriedades mínimas que um instrumento deve ter para ser reconhecido pela comunidade científica e ter seu uso assegurado. Com objetivo de evitar que instrumentos sejam utilizados de forma inadequada, modelos de tradução e adaptação cultural têm sido propostos. Um exemplo é a *International Test Commission* (ITC), que em 2017 publicou a segunda edição do *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests*, propondo diretrizes para tradução e adaptação de testes. Há também recomendações criadas especificamente para a adaptação transcultural de instrumentos no contexto do TEA, como a de DuBay e Watson (2019). No Brasil, o estudo de Borsa et al. (2012) é amplamente utilizado e citado, tendo em vista que os autores propuseram uma sistematização de etapas a serem seguidas para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos em contexto geral.

O processo de adaptação transcultural pode ser conduzido para avaliar um mesmo construto em várias culturas, especialmente quando se tem um instrumento considerado padrão-ouro ou de reconhecida qualidade científica. Uma vez que a criação de instrumentos envolve um gasto substancial de tempo e dinheiro, primeiro para desenvolver o teste e, posteriormente, para realizar estudos de evidências de validade, o processo de adaptação transcultural, por vezes, é uma via mais rápida e que produz medidas equivalentes (Epstein et al, 2015). Outra vantagem de adaptar instrumentos é a possibilidade de realizar estudos de comparação transcultural, ainda mais quando se trata de um instrumento com qualidades psicométricas reconhecidas e utilizado em diversos países e contextos.

Conforme mencionado anteriormente, há diretrizes para o processo de adaptação transcultural. Epstein et al. (2015) realizaram uma revisão de várias diretrizes para adaptação de instrumentos em diferentes contextos culturais. Eles identificaram 31 *guidelines* e não encontraram consenso entre os métodos, principalmente sobre qual a melhor abordagem para a adaptação transcultural, uma vez que as diretrizes variaram em termos de etapas e métodos

recomendados. Contudo, os autores sugerem que o processo de adaptação transcultural seja acurado e transparente, sempre considerando aspectos linguísticas e culturais, a fim de garantir a validade de conteúdo do instrumento adaptado. Por fim, eles recomendam que os pesquisadores forneçam sempre uma descrição detalhada dos procedimentos que utilizaram para auxiliar leitores e cientistas na interpretação dos resultados descritos.

Ademais, Epstein et al. (2015) descreveram os benefícios de cada uma das etapas do processo de adaptação transcultural. Por exemplo, ressaltaram que, ao comparar as *guidelines*, a retrotradução não foi considerada como obrigatória. Entretanto, consideraram que ela pode ser útil para estabelecer contato com o autor do instrumento original e atestar a qualidade da versão adaptada. Em relação ao comitê de especialistas, argumentam que é uma etapa importante para assegurar uma equivalência entre o instrumento traduzido e o original. Além disso, eles ressaltaram que bons instrumentos devem ser escolhidos para o processo de tradução e adaptação transcultural, uma vez que este procedimento não é necessariamente uma maneira de melhorar o instrumento original.

Além dos procedimentos de tradução e adaptação transcultural, é fundamental que os instrumentos tenham estudos que comprovem sua qualidade psicométrica. Entre dos principais aspectos psicométricos que embasam a adequabilidade de um instrumento estão as evidências de validade (Backes et al., 2014). Atualmente, utiliza-se o termo “evidências de validade” para transmitir a ideia de que vários estudos podem ser feitos para indicar em que grau as evidências sustentam a interpretação do teste. Entre os tipos de evidência, por exemplo, está a de conteúdo, relacionada à fundamentação do teste, ou seja, envolve o embasamento teórico e empírico do construto que se pretende avaliar. (AERA et al., 2014). Em um processo de adaptação transcultural, a evidência de validade de conteúdo busca verificar se há equivalências semânticas, conceituais, experienciais e idiomáticas, e se elas refletem de fato o conteúdo teórico do que se pretende avaliar. Portanto, as etapas empregadas para o levantamento deste tipo de evidências, como a análise de juízes e a avaliação pelo público-alvo, visam garantir que o instrumento traduzido e adaptado esteja realmente avaliando aquilo que ele se propunha originalmente, no novo idioma (Alexandre & Coluci, 2011).

A construção de evidências de validade é um processo contínuo, ou seja, devem levar em consideração as pesquisas já existentes e incorporar novas descobertas científicas. A junção de uma robustez de pesquisas acerca de diferentes tipos de evidência para um mesmo instrumento permite que seu uso seja mais confiável e válido. Assim, toda interpretação ou uso de um teste deve ter embasamento científico. Isso é fundamental para que clínicos, por exemplo, possam tomar decisões bem fundamentadas a partir de informações confiáveis, ou seja, por

meio de estudos que indiquem o quanto de confiança pode-se obter a partir dos resultados de um teste (Reynolds et al., 2021).

Assim, este estudo teve como objetivo, a partir da autorização da editora internacional da CARS-2, a WPS (<https://www.wpspublish.com>), conduzir estudos de tradução e adaptação transcultural e o levantamento de evidências de validade de conteúdo deste instrumento para o Brasil. A WPS tem a editora Hogrefe (<https://www.hogrefe.com.br>) como sua representante no país. Por isso, foi firmado um contrato entre essas editoras e os autores brasileiros para desenvolver estudos psicométricos no Brasil com o instrumento. A partir disso, dois estudos foram elaborados, o primeiro trata-se de um capítulo de livro com o nome “Caracterização e avaliação qualitativa do transtorno do espectro autista em diferentes fases do desenvolvimento humano”, publicado pela editora Pedro e João Editores em 2024 em um e-book intitulado “Transtorno do Espectro Autista na prática: pesquisa, ensino e extensão”. O segundo estudo trata-se do artigo decorrente do processo de tradução e adaptação transcultural da CARS-2 e do levantamento de evidências de validade de conteúdo.

## Capítulo

Capítulo publicado no e-book intitulado “Transtorno do Espectro Autista na prática: pesquisa, ensino e extensão”, pela editora Pedro e João Editores em 2024. O link para acesso é:

<https://pedrojoaoeditores.com.br/produto/transtorno-do-espectro-autista-na-pratica-pesquisa-ensino-e-extensao/>.

Para citar o capítulo utilize: Prenassi, M. S., Silva, M. A., & Machado, I. S. (2024).

Caracterização e avaliação qualitativa do Transtorno do Espectro Autista em diferentes fases do desenvolvimento humano. Em R. B. Zanon & F. M. S. Souza (Eds.), *Transtorno do Espectro Autista na prática: Pesquisa, ensino e extensão* (pp. 55-80). Pedro & João Editores.

### **CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM DIFERENTES FASES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Matheus Silva Prenassi

Mônia Aparecida da Silva

Isabella Santos Machado

O transtorno do espectro autista (TEA) é caracterizado por alterações em dois domínios principais: 1) prejuízos socioemocionais evidentes na comunicação verbal e não verbal, na interação e nas trocas socioemocionais; e 2) presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (American Psychiatric Association [APA], 2023; World Health Organization, [WHO], 2019). O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento e tem origem nos primeiros anos de vida, quando há a formação do sistema nervoso. Grande parte das crianças começa a apresentar sinais evidentes entre os 12 e os 24 meses de idade (Estes et al., 2019), e os sintomas variam em intensidade e qualidade ao longo do desenvolvimento. Apesar disso, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, o diagnóstico, usualmente, só ocorre por volta dos cinco anos de idade (Paula et al., 2020; Yates & Le Couteur, 2016).

O TEA tem etiologia multifatorial, incluindo uma combinação de fatores genéticos que interagem com variáveis ambientais (Silva & Elias, 2020). Como não existe biomarcador preditivo, exame de sangue ou de imagem, ou qualquer característica física que define o TEA, o processo diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na compreensão de sinais e sintomas e nos limiares que definem a presença ou ausência do transtorno (Howes et al., 2021). Isso significa que pessoas típicas podem apresentar sinais e sintomas característicos do TEA, mas sem preencher os critérios suficientes para conclusão deste diagnóstico. Além disso, é preciso considerar possíveis comorbidades, que podem levar a um “ofuscamento diagnóstico”, uma

tendência do não diagnóstico de outros transtornos quando uma condição mais perceptível, no caso em questão o TEA, está presente (Volkmar et al., 2014). Dentre as comorbidades mais comuns com o TEA têm-se os transtornos do neurodesenvolvimento, como a deficiência intelectual, os transtornos da comunicação e linguagem e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Maenner et al. 2020).

O objetivo principal da avaliação no TEA é realizar o diagnóstico, quando pertinente, e descrever características sintomatológicas e habilidades do paciente para orientar intervenções e tratamentos a partir do perfil da pessoa. Visa também identificar possíveis comorbidades ou problemas associados que podem afetar negativamente o indivíduo com TEA e seus familiares. Existem dificultadores do processo de avaliação, como o comprometimento da comunicação e da linguagem e problemas cognitivos associados, tornando difícil a diferenciação sobre se as características do sujeito são resultantes do TEA ou de alguma outra comorbidade ou fator ambiental, ou se uma combinação dos três fatores (Yates & Le Couteur, 2016).

A avaliação geralmente é realizada incluindo entrevistas, a observação do comportamento, a utilização de instrumentos e de tarefas estruturadas (Bosa & Zanon, 2016). Uma avaliação abrangente e bem fundamentada é mais do que a administração de vários instrumentos. A conclusão do profissional ou da equipe deve se embasar nos critérios presentes nos manuais como o DSM-5-TR (APA, 2023) e a CID-11 (WHO, 2019), bem como no entendimento de sinais e sintomas específicos ao longo do desenvolvimento, de forma a nortear a caracterização necessária ao diagnóstico. Entretanto, é importante ressaltar que uma extensa pesquisa tem sido feita para descrever sinais e sintomas presentes no TEA, já que os critérios dos manuais classificatórios fornecem uma visão mais restrita em termos de variabilidade de manifestações sintomatológicas. Conhecer os sinais e sintomas do TEA, para além desses manuais, tem importância central no processo avaliativo.

A observação das características comportamentais do paciente, levantamento de dados sobre a sua história de vida, relatos de cuidadores e pessoas próximas a ele e o uso de instrumentos podem ter funções mais ou menos importantes dependendo de cada caso analisado (Bosa & Zanon, 2016). A dificuldade em reconhecer sintomas menos aparentes, ou camuflados, é um dos dificultadores para a conclusão diagnóstica. Os sintomas do TEA podem variar dependendo da fase do desenvolvimento que o indivíduo se encontra, de seu sexo, de seu nível intelectual, dentre outros fatores, tornando a identificação mais desafiadora. Especialmente nos casos mais leves, os sintomas podem não ser evidentes e por isso, as pessoas podem demorar a buscar ajuda especializada, atrasando o diagnóstico. Atualmente, a identificação tardia, bem como a percepção dos indivíduos diagnosticados na vida adulta, tem sido mais explorados

(Ghanouni & Seaker, 2023).

À medida que o indivíduo com TEA se desenvolve, os sintomas podem se modificar, intensificar-se ou tornar-se mais sutis, adaptando-se ao contexto social e ambiental. A identificação de como essas mudanças se manifestam em diferentes fases da vida, infância, adolescência e idade adulta, é fator importante para os processos de avaliação e intervenção no transtorno. Este capítulo objetiva abordar a avaliação qualitativa dos sinais e sintomas do espectro autista ao longo do ciclo vital, partindo do desenvolvimento inicial e da evolução dos sintomas. Além da identificação de sinais e sintomas relevantes para a observação clínica, serão abordadas algumas características mais específicas, como a camuflagem social, e as diferentes apresentações do autismo nos sexos feminino e masculino. Ao final, será apresentado um estudo de caso com o objetivo de articular com a discussão teórica apresentada.

### **Apresentação Clínica do Autismo na Infância e Adolescência**

Os primeiros sinais de autismo surgem nos estágios iniciais do desenvolvimento, mas sua identificação pode ser complexa devido à variedade de manifestações e à sobreposição com marcos típicos do desenvolvimento infantil. Observações detalhadas de comportamentos repetitivos, dificuldades na comunicação não verbal e dificuldades sociais são pontos cruciais para uma avaliação qualitativa eficaz nesse estágio. As dificuldades na atenção compartilhada (AC) também são indicadores precoces do autismo. A AC é entendida como um conjunto de habilidades utilizadas para responder (respostas de AC) ou direcionar (iniciativas de AC) a atenção conjunta para algo através do olhar, gestos e expressões emocionais, facilitando a comunicação e interação entre pessoas. Trata-se de uma habilidade sociocomunicativa exclusivamente humana, que se inicia por volta dos nove meses de idade do bebê com desenvolvimento típico, mas que, geralmente, não está presente em bebês com TEA (Zanon et al., 2014).

Estes et al. (2019) descreveram uma fase prodrômica para o TEA, que inclui preocupações dos pais de que há algo diferente, alterações sensoriais e motoras sutis e atenção visual atípica nos primeiros seis meses de vida. As diferenças sensoriais e motoras podem envolver atrasos no desenvolvimento motor e menor realização de movimentos espontâneos, como girar a cabeça em direção a estímulos sonoros ou visuais ou para acompanhar objetos em movimento. Entre os seis e 12 meses, o uso de gestos como apontar, o balbucio e a resposta ao nome e a demonstração de afeto positivo são mais reduzidos, bem como os prejuízos na AC, no contato visual e na reatividade emocional. Os déficits na comunicação social começam a

ficar mais evidentes após o primeiro ano de vida. A partir do início do segundo ano do bebê, comportamentos restritos e repetitivos podem aparecer, bem como alterações sensoriais podem se tornar mais evidentes, assim como o uso repetitivo de objetos. Os atrasos na aquisição de marcos do desenvolvimento da linguagem se tornam perceptíveis. Aos 24 meses, a maioria das crianças com o transtorno já apresentam sinais claros, facilitando o diagnóstico clínico. Irmãos com alto risco para o transtorno geralmente exibem um surgimento mais lento dos sintomas, o que reforça a utilidade de monitoramento contínuo (Estes, 2019).

A regressão desenvolvimental também é um marcador importante na avaliação do TEA. Há indivíduos, principalmente aqueles com alto risco familiar para o TEA, que apresentam um curso de desenvolvimento bastante típico e em seguida ocorrem perdas de habilidades, geralmente na linguagem ou nas habilidades sociais, acompanhadas do aparecimento de comportamentos característicos do TEA (Landa et al., 2013). Landa et al. (2013), em um estudo prospectivo, acompanharam o desenvolvimento de 235 crianças, entre 6 e 36 meses. Algumas das crianças tinham alto risco para TEA, como aquelas que já tinham um irmão com diagnóstico, e outras eram crianças com baixo risco. No estudo, os autores identificaram duas categorias principais de início do TEA: precoce e tardio. O TEA precoce ocorria naquelas crianças com atrasos desde os primeiros anos de vida; já o TEA tardio, era atribuído àquelas que tiveram regressão de habilidades. O grupo com TEA precoce mostrou maiores déficits entre os 14 e 24 meses, embora tenha se equiparado ao grupo com TEA tardio aos 36 meses. A regressão ocorre em 20 a 30% dos casos e é mais frequentemente relatado por volta dos 18 aos 24 meses (Yates & Le Couter, 2016), contudo esses dados costumam variar conforme a metodologia do estudo (Boterberg et al., 2019). A regressão pode ser gradual ou repentina e, em alguns casos, sobreposta por atrasos sutis já existentes ou desenvolvimento atípico, como interesse extremamente intenso por objetos ou estímulos não sociais desde os primeiros anos de vida, mas que não são percebidos por cuidadores ou profissionais (Johnson et al., 2007). Assim, os estudos da área apresentam resultados inconsistentes em relação ao impacto da regressão, com estudos divergindo quanto a idade de início e o entendimento de como ocorre o prognóstico de crianças com autismo tardio (Boterberg et al., 2019).

Duvall et al. (2022), com base em discussões de especialistas na área e em uma revisão da literatura, apresentaram uma lista de sinais e sintomas do TEA, especialmente em crianças, que devem ser observados por profissionais de saúde. Os autores dividiram esses sintomas em duas categorias: bandeiras vermelhas e bandeiras rosa. A primeira está relacionada a comportamentos e características que indicam alta probabilidade de TEA (sintomas clássicos), que geralmente não aparecem em outros grupos clínicos. Já as “bandeiras rosa” são



características mais sutilmente associadas ao quadro e que constituem sintomas menos definitivos, variando na intensidade, atipicidade, prevalência e especificidade. Algumas bandeiras rosas podem ser comuns e até apropriadas para o desenvolvimento de crianças mais novas (por exemplo, agitar as mãos e andar na ponta dos pés). Incluem sinais presentes também em outras condições clínicas, como dificuldade na compreensão e expressão de sentimentos ou emoções, contato visual variável ou mal modulado, dificuldade em manter uma conversa, entre outros. Por isso, a consideração apenas da presença desses indicadores isolados, sem levar em conta o contexto, ou alterações mais significativas de qualidade, levam, frequentemente, a diagnósticos errôneos de TEA.

Em relação a brincadeiras, bandeiras vermelhas para o TEA incluem-se interesses restritos, caracterizados por um interesse exaustivo e obsessivo por tópicos altamente específicos, como por exemplo, saber todos os modelos e peças de aviões de guerra. Enquanto isso, bandeiras rosas incluem um grande interesse em aprender e falar sobre determinados tópicos. Em relação ao comportamento de busca sensorial, bandeiras vermelhas incluem cheirar repetidamente objetos sem odor, como peças de quebra-cabeça ou alinhar e olhar ao longo da linha com olhar periférico. Bandeiras rosa incluem gostar de rolar no chão, girar em balanços ou cadeiras de escritório, brincar na água, buscar comidas picantes ou crocantes, procurar espelhos ou luzes brilhantes, preferir roupas justas, apreciar abraços apertados e cobertores pesados, andar descalço e acariciar ou esfregar o cabelo. Em relação à inflexibilidade à mudança, comportamentos altamente característicos do TEA (bandeiras vermelhas) incluem sofrimento severo com mudanças triviais, tornando difícil a transição de atividades não preferidas para preferidas, além de comportamento rígido, como andar exclusivamente por um lado da calçada. Bandeiras rosa incluem estresse a mudanças mais relevantes, como ajustar-se a novos professores, deixar de fazer atividades preferidas ou ter preferência demarcada, como por um assento no carro ou prato favorito (Duvall et al., 2022).

Em relação à comunicação social verbal, comportamentos bandeira vermelha incluem perguntas perseverativas mesmo após respostas repetidas, reversão de pronome, como por exemplo, se referir a si mesmo com pronomes de terceira pessoa, apresentar ecolalia imediata e tardia em conteúdo e tom e regressão acentuada da linguagem. Já as bandeiras rosa incluem ter um planejamento específico para interagir com as pessoas, discurso excessivamente formal, ecolalia imediata de conteúdo, prosódia atípica, falar alto ou baixo demais para o contexto social e o atraso de linguagem com uma estagnação de habilidades. Em relação à comunicação não verbal, são bandeiras vermelhas usar a mão de outra pessoa como ferramenta, não apontar para compartilhar o interesse (iniciativa de AC), evitar regularmente o contato visual e não integrar

o sorriso com o contato visual para compartilhar a alegria, mesmo com os adultos preferidos. Já as bandeiras rosa incluem levar os outros pela mão até o que desejam, ter um repertório limitado de gestos e contato visual variável ou mão modulado, não respeitar os limites habituais do espaço pessoal (ex. encarar de forma insistente ou se aproximar demais durante uma conversa) e possuir expressões faciais monótonas ou inadequadas (Duvall et al., 2022). Para informações mais detalhadas sobre diferentes indicadores que são bandeiras vermelha ou rosa para o TEA, sugere-se a leitura na íntegra de Duvall et al. (2022).

Na adolescência, assim como nas outras fases, o TEA se manifesta de maneira variada. Pessoas diagnosticadas com TEA na adolescência podem não ter sido identificadas mais cedo pelo fato de a demanda do contexto não ter sido maior do que suas habilidades. As dificuldades de interação social e comunicação em adolescentes com TEA podem se apresentar em situações como: desafios na formação de amizades e na manutenção delas, interpretação equivocada de sinais ou pistas sociais e expressão de desconforto ao se integrar em situações convencionais, dificuldade na modulação do olhar e para cumprimentar e iniciar conversas com os pares (Keller et al., 2019). A rigidez cognitiva, também é algo observado, uma vez que adolescentes com TEA frequentemente podem manifestar dificuldades significativas em adaptar seus pensamentos e comportamentos a novas situações ou demandas. Essa inflexibilidade cognitiva pode impactar negativamente diversas áreas da vida do adolescente, incluindo o desempenho acadêmico, as interações sociais e a capacidade de enfrentar desafios cotidianos (Lei et al., 2022). A sensibilidade sensorial nesta fase da vida pode levar a uma sobrecarga em ambientes com muitos ruídos, e acarretar uma crise. Ademais, pode haver dificuldades com o toque e na organização de tarefas do cotidiano. Para alguns adolescentes com TEA, pode ser comum experienciar sintomas emocionais (Vasa & Mazurek, 2015), como baixa autoestima, ansiedade intensificada e, ocasionalmente, depressão. Estes sintomas podem ser agravados devido às dificuldades enfrentadas na interação social e na compreensão das complexidades sociais, muitas vezes levando a sentimentos de isolamento do mundo externo.

Na identificação do TEA em adolescentes, educadores e profissionais de saúde devem observar desafios psicológicos durante mudanças de cenário, como a transição para um novo tipo de escola. É fundamental também observar discrepâncias acentuadas entre habilidades acadêmicas que chamam a atenção e habilidades sociais com déficits, sobretudo em situações não estruturadas, como intervalos escolares. Adolescentes com TEA podem se mostrar socialmente ingênuos, enfrentar dificuldades nas relações sociais, ser vítimas de bullying e assumir posturas mais sérias e com tendência ao isolamento. Os déficits sociais podem ser disfarçados por habilidades sociais aparentemente competentes, mas que, na realidade, refletem

a imitação externa de comportamentos neurotípicos.

### **Autismo na Vida Adulta**

Atualmente, o TEA na vida adulta também tem ganhado destaque, tanto na produção acadêmica (Mason et al., 2019), quanto pelo número crescente de diagnósticos nesta etapa da vida (Underwood, et al., 2022). Em 2012, uma das principais diretrizes para avaliação e intervenção de adultos com TEA foi publicada pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence*, intitulada *Autism: Recognition, Referral, Diagnosis and Management of Adults on the Autism Spectrum*. O documento foi elaborado por uma equipe multidisciplinar, que incluiu indivíduos com autismo e seus cuidadores, além de se basear em evidências científicas disponíveis na época, a fim de auxiliar e direcionar formas de cuidado e intervenção (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCME], 2012). Em 2021, este documento foi atualizado, passando a ser intitulado *Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management*, mas poucas alterações foram realizadas.

O *guideline* descreveu alguns prejuízos recorrentes de adultos com TEA. Em relação às dificuldades de comunicação social, estas podem se apresentar de várias formas, incluindo contato visual atípico, dificuldade em entender o espaço pessoal do outro, redução do interesse em socializar, dificuldades em compreender o comportamento dos outros, problemas em interpretar expressões faciais e entonação vocal, desafios em manter conversas equilibradas, dificuldade em manter conversas casuais e ingenuidade social. Além disso, podem ocorrer dificuldades em entender as perspectivas dos outros, em resolver conflitos, e em antecipar o impacto de certas palavras ou ações. Também, indivíduos adultos com TEA podem apresentar dificuldades em fazer e manter amizades, bem como em compreender expectativas sociais e se conformar a elas. Já em relação aos padrões restritos e repetitivos do comportamento, interesse ou atividade, podem ocorrer evitação de lugares lotados, preferência por repetição e rotina, ansiedade diante de mudanças, necessidade de previsibilidade e foco em interesses específicos (NCCME, 2012).

Dentre os fatores relatados na literatura, que podem dificultar a identificação precoce de pessoas adultas com TEA, estão as capacidades intelectuais ou habilidades adaptativas adquiridas ao longo do desenvolvimento e da interação social, assim como a diferença entre os sexos (Alaghband-Rad et al., 2023). Um tema que vem sendo estudado na população adulta com TEA é a camuflagem social. Ela envolve comportamentos complexos de imitação e/ou ocultação de traços específicos do transtorno, a fim de que o sujeito consiga desempenhar um

papel adaptativo ao responder às demandas de diferentes situações (Cook et al, 2021; Alaghband-Rad et al., 2023). Esses comportamentos e estratégias permitem ao sujeito mascarar certos sintomas e imitar comportamentos típicos para melhor se integrar em contextos sociais e em interações aparentemente mais recíprocas (Tubío-Fungueiriño et al., 2021). Embora a etiologia da camuflagem social seja multifacetada e envolva normas sociais, expectativas de gênero e diferenças neuropsicológicas, suas implicações para o bem-estar do sujeito são complexas. A camuflagem pode levar a sintomas de depressão, ansiedade e esgotamento por parte dos indivíduos com TEA (Alaghband-Rad et al., 2023).

As estratégias de camuflagem social, dada a carência de instrumentos como escalas ou inventários, podem ser analisadas de maneira qualitativa. Durante as sessões de entrevistas o profissional pode elaborar questões que visem identificar se o paciente tem habilidades de camuflagem e se percebe tais estratégias. É importante se atentar também para o quanto o indivíduo consegue verbalizar que esse comportamento emitido frequentemente é uma estratégia e não um comportamento socialmente convencional. Por exemplo, um determinado paciente ao ser questionado sobre a dificuldade de modular o olhar, pode relatar que não observa prejuízos em si mesmo quanto a este quesito, contudo em um pedido de uma descrição mais detalhada, o avaliado por descrever que não olha para as pessoas no olho e sim na testa, no nariz ou na boca, o que, para os outros, transmite a ideia de contato visual. Embora algumas pessoas com TEA possam reconhecer conscientemente seus comportamentos de camuflagem social e entender suas motivações para esconder comportamentos atípicos em situações sociais, outras podem não perceber esses comportamentos como uma escolha consciente. Para elas, essas reações podem ser automáticas em situações sociais, sendo difícil de “desligar” (Cage & Troxell-Whitman, 2019).

Na prática clínica dos autores deste capítulo alguns pacientes adultos descreveram estratégias de camuflagem tais como: rir de piadas que não achou graça ou não entendeu, ter uma expressividade exagerada para contar histórias em que a performance pode ser útil, não ser honesta com a sua opinião, ter um “sorriso forçado” e se “policiar” para manter o contato visual, mesmo que na maior parte do tempo esteja olhando para o meio da testa da pessoa. Além disso, alguns pacientes percebiam que imitavam comportamentos de colegas desde a infância, por não saber como agir em determinadas situações e, alguns relataram que parecia haver “duas versões” de si mesmo, uma “mascarada” e outra “desmascarada”. Estes comportamentos podem afetar a construção da identidade da pessoa (Cremone et al., 2023). Outro comportamento relatado aos autores, por um adulto com TEA, foi a estratégia desenvolvida para lidar com dificuldades acentuadas de entender expressões não verbais dos outros. Ao suspeitar que

alguém estava zangado ou aborrecido com ele, costumava passar o dia observando a pessoa, analisando suas interações e comportamentos. Esse esforço visava discernir se a outra pessoa estava, de fato, irritada ou descontente com ele. Além disso, houve um relato sobre aprender a interpretar expressões corporais, faciais e tons de voz para compreender os sentimentos e pensamentos das outras pessoas relevantes para ela. No entanto, isso exigia esforços mentais constantes, não sendo algo natural. Ademais, ela evitava situações sociais nas quais pudesse ser o centro das atenções, e mantinha contato visual por alguns segundos antes de desviar o olhar. Durante as conversas, costumava direcionar o foco para sua esposa para desviar a atenção de si mesma. Além disso, costumava ouvir e parafrasear trechos do que a outra pessoa dizia para demonstrar interesse.

### **Diferenças na apresentação do TEA de acordo com sexo**

O TEA tem uma proporção diagnóstica de uma menina para cada quatro meninos (APA, 2022). Nessa perspectiva, várias hipóteses têm sido consideradas para investigar a relação entre esse fenômeno, abrangendo desde estudos com análise biológica (Lin et al., 2022) até aqueles com enfoque sociocultural predominante (Cola et al., 2022). Para essa discussão, é importante fazer uma distinção entre sexo biológico e gênero. O sexo é um conceito definido pela biologia, enquanto o gênero é um conceito construído com base em perspectivas socioculturais. Embora as pessoas tenham um sexo biológico definido ao nascer, a construção da identidade de gênero é um processo complexo que envolve a conscientização do próprio gênero e a maneira como lidam com as expectativas sociais relacionadas às atitudes e comportamentos considerados tipicamente femininos ou masculinos (Praun, 2011).

Na ótica psicossociocultural, a identificação mais tardia do TEA em meninas, comparado com meninos, pode estar, dentre outros fatores, intimamente relacionada às expectativas comportamentais esperadas culturalmente para cada gênero. Muitas vezes, as meninas precisam apresentar sintomas adicionais ou mais intensos para serem incluídas nos processos diagnósticos, o que não ocorre com os meninos. Logo, cada vez mais, se reconhece a possibilidade de haver um fenótipo autista com características femininas, devido às diferenças na apresentação dos sinais e sintomas (Lockwood Estrin, et al., 2021). Dessa forma, as práticas contextuais e culturais moldam e mantêm os comportamentos individuais. Nesse sentido, desde a infância, é difundida a ideia de que meninos e meninas devem adotar comportamentos distintos, reforçando estereótipos arraigados e delineando expectativas para cada gênero. Há uma expectativa, geralmente, de que as mulheres sejam mais recatadas, enquanto os homens

sejam mais aventureiros para comprovar sua masculinidade (Silva, 2015). Diante disso, enquanto o mesmo tipo de comportamento pode ser percebido como um sinal de alerta nos meninos, que deveriam demonstrar comportamentos mais expressivos, nas meninas, este pode passar despercebido por uma questão de expectativa de gênero.

A identificação de meninas com TEA também encontra alguns entraves na operacionalização dos critérios diagnósticos para o transtorno presentes nos manuais de classificação, que historicamente foram baseados, predominantemente, em estudos com meninos. Isso pode resultar em um viés diagnóstico, tornando mais desafiador identificar o TEA em meninas, cujas manifestações podem não se encaixar completamente nos padrões de diagnóstico estabelecidos. Ademais, em se tratando da construção de instrumentos, os sintomas dos manuais diagnósticos são, geralmente, utilizados para a operacionalização dos itens. Nas normas, as amostras dos instrumentos, quase sempre são compostas por mais indivíduos do sexo masculino, o que também se constitui como um possível viés na identificação e discriminação de mulheres com TEA. Assim, aponta-se para a necessidade crítica de revisão e adaptação desses instrumentos a fim de melhorar a sensibilidade e a eficácia na detecção de sintomas do autismo em uma diversidade de perfis individuais, independentemente do gênero (Navarro-Pardo et al., 2021).

Alguns estudos de diferenças de sexo na apresentação do TEA na infância têm auxiliado no entendimento da camuflagem social e de fatores relacionados ao atraso diagnóstico em adultos, especialmente em mulheres. Pesquisas têm apontado para diferenças de apresentação do TEA em relação ao sexo, que estão presentes em todas as faixas etárias (Dean et al., 2017; Hull et al., 2020, WHO, 2019). No estudo de Dean et al. (2017), os autores adotaram uma abordagem mista, combinando dados quantitativos e qualitativos para analisar comportamentos sociais de crianças com TEA e desenvolvimento típico durante o recreio escolar. Dados quantitativos foram coletados por meio de observações e analisados para detectar diferenças entre grupos. Já os dados qualitativos foram obtidos por meio de diários de campo. Os resultados apontaram que as meninas com TEA tinham a tendência a participar de interações sociais não estruturadas em proporções parecidas com as meninas com desenvolvimento típico, como conversas e interações afetivas. Além disso, elas tendiam a utilizar estratégias de proximidade e de entrada e saída de atividades para encobrir suas dificuldades sociais. Já os meninos com TEA preferiam jogos com regras e muitas vezes se envolviam em atividades solitárias. Além disso, os meninos também tendiam a se engajar mais em comportamentos repetitivos, tornando seus desafios sociais mais óbvios. Os meninos com TEA também apresentaram maiores dificuldades de coordenação motora e de interação.

Tofani et al. (2023) analisaram uma amostra de 56 crianças pré-escolares diagnosticadas com TEA, sendo 44 meninos e 12 meninas, com idades médias de cerca de 36 meses. Utilizou-se a *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R), para avaliar diferenças de sexo na interação e comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos. Constatou-se que meninas com TEA eram menos propensas a exibir comportamentos restritos e repetitivos em comparação com os meninos, especialmente em crianças sem interesses sensoriais atípicos. Contudo, os resultados não apontaram diferenças significativas entre meninos e meninas com TEA quando se trata de comportamento social ou habilidades de comunicação/linguagem. No entanto, ao analisar somente as pontuações dos itens da ADI-R, foram encontradas diferenças no comportamento social entre meninos e meninas. Esse resultado é sugestivo de que, embora ambos os sexos possam apresentar déficits nessas áreas, podem existir diferenças em aspectos específicos destes déficits (Tofani et al., 2023).

Há alguns comportamentos descritos na literatura a respeito da diferenciação de indivíduos dos sexos masculino e feminino, mas é importante salientar que os estudos da área ainda são divergentes (Napolitano et al., 2022; Grove et al., 2017). Apesar disso, mulheres com TEA, segundo os dados disponíveis, parecem ter uma tendência a não serem diagnosticadas quando possuem altos níveis de quociente intelectual (QI). Mulheres com TEA e QI médio usualmente mostram mais comportamentos sociais funcionais do que homens com TEA e níveis equivalentes de inteligência, além de exibirem menos comportamentos repetitivos. Associado a isso, indivíduos do sexo masculino frequentemente apresentam comportamentos externalizantes que chamam mais atenção, como hiperatividade e agressividade. Ademais, diferenças em habilidades como memória, flexibilidade cognitiva, fluência verbal e comunicação social também podem mascarar déficits do TEA em mulheres (Halladay et al., 2015).

Profissionais da área da saúde também identificam diferenças de sexo no autismo em relação ao funcionamento e à apresentação dos principais sintomas (Lundin et al., 2021; Jamison et al., 2017). Jamison et al. (2017) apontaram que, segundo o relato de profissionais, homens autistas frequentemente exibem mais comportamentos externalizantes, enquanto mulheres tendem a ter maiores problemas de internalização e uma maior motivação social, ou seja, interesse social e desejo em estabelecer interações. Atrasos na linguagem, assim como dificuldade na produção da fala, são mais evidentes em homens, enquanto mulheres podem ter déficits e atrasos menos marcantes na comunicação e linguagem. Ainda, esses profissionais relataram que os sintomas do TEA em mulheres são mais sutis, tornando o reconhecimento mais desafiador, devido ao aumento de comportamentos de sociabilidade e à camuflagem

social. Lundin et al. (2021) apontaram que meninas autistas geralmente têm relacionamentos sociais e apoio de colegas, enquanto meninos autistas frequentemente tendem ao isolamento e sofrem mais *bullying*.

Apesar da maior motivação social em mulheres com TEA, elas podem apresentar dificuldades em manter amizades a longo prazo. Apesar da menor dificuldade social geral do que os homens autistas, as mulheres enfrentam desafios particulares em outros aspectos da socialização, especialmente quando comparadas a mulheres não autistas (Hiller et al., 2014). Além disso, no que se refere a interesses restritos e repetitivos no autismo, observa-se que mulheres autistas geralmente apresentam níveis mais baixos desses interesses em comparação com homens (Hull et al., 2020). Os interesses específicos de mulheres autistas podem ser subestimados durante avaliações se não forem explorados, em especial, em termos de qualidade e frequência. Isso acontece, geralmente, porque os interesses atípicos dos homens estão em tópicos mais mecânicos, enquanto os das mulheres estão em temas mais relacionais (Grove et al., 2018; Nowell et al., 2021), o que faz com que a identificação de comportamentos rígidos e restritos demandem maior cuidado e investigação. Frequentemente, esses interesses passam despercebidos por cuidadores e profissionais, uma vez que, nas meninas eles podem estar mais alinhados às expectativas esperadas para a sua faixa etária, o que pode levar à subestimação das características do autismo em mulheres e, por conseguinte, à redução das chances de um diagnóstico clínico.

Em relação a problemas internalizantes, por exemplo, ansiedade, depressão, automutilação e distúrbios alimentares, percebe-se que as mulheres autistas têm uma probabilidade significativamente maior de apresentar estes transtornos do que os homens, que geralmente, externalizam em proporções maiores (Hull et al., 2020). Esse fenômeno pode impactar a identificação do autismo em mulheres, uma vez que a expressão mais intensa desses transtornos comórbidos podem mascarar as características autistas subjacentes, resultando em um diagnóstico exclusivo da condição coexistente. O problema é que tais dificuldades internalizantes não apenas aumentam o risco de condições de saúde mental mais sérias para as mulheres, mas também diminuem a probabilidade do diagnóstico de TEA ser prontamente reconhecido. Considerando as especificidades do TEA ao longo do desenvolvimento, bem como a apresentação diferenciada no sexo feminino, o estudo de caso a seguir pretende ilustrar alguns aspectos importantes discutidos neste capítulo.



## **Apresentação e discussão de caso clínico**

Manuela, 3 anos e 6 meses, foi encaminhada para avaliação psicológica com o objetivo de investigar a suspeita de TEA. A mãe de Manuela relatou a queixa de que a menina apresentava muitas estereotípias, atraso no desenvolvimento motor, desequilíbrio, ainda não tinha o controle dos esfíncteres e parecia ter hipersensibilidade a alguns sons. Dentre as técnicas qualitativas de avaliação, foram feitas a entrevista de anamnese com a cuidadora, além de entrevista com a professora da creche. Os instrumentos utilizados foram o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de TEA (PROTEA-R; Bosa & Salles, 2018), o Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI; Silva et al., 2020) e a Escala de Responsividade Social (SRS-2; Borges, 2021).

Durante o processo de avaliação, Manuela modulou bem as suas expressões faciais, com pouca dificuldade de manter contato visual com a avaliadora. Também foi possível constatar que Manuela demonstrava potencialidades cognitivas perceptíveis, como discriminar cores, formas e tamanhos, habilidades de contagem até o número 10. Apresentou uma grande desinibição social, recorrendo à imitação e aprendendo padrões sociais com facilidade. Por exemplo, em todas as sessões quando chegava à clínica ou na troca de atividades, Manuela falava “O que vamos fazer hoje?”, ou ainda “Tudo bem? Eu estou bem, e você?”. Aliado a isso, a avaliada se referia a ela mesma em terceira pessoa. Manuela falou bastante durante o processo de avaliação, mas se identificou mais tarde que não era uma fala direcionada à avaliadora. Em uma das sessões, a menina chegou à clínica falando de uma barata que havia visto no portão. Nessa ocasião, ela dizia “A barata é grande demais, você acredita?” por diversas vezes e, quando a avaliadora a questionou sobre o que ela havia feito com a barata e tentou aprofundar aquela conversa, a menina não respondia, voltando a repetir a mesma frase, sem manter um diálogo ou uma interação recíproca. Na semana seguinte, repetiu a mesma frase “A barata é grande demais”, mesmo sem contexto para tal comentário. Em consonância, a mãe de Manuela também relatou que a paciente falava sobre determinados temas de forma repetitiva por vários dias e que, em cada período, manifestava interesse fixo por alguma coisa que havia visto ou ouvido. Em relação à comunicação não verbal, ela usou a mão da avaliadora, sem troca de olhares, como ferramenta em algumas situações, como para ajudá-la a abrir um pote ou a encaixar figuras. Ela também não era recíproca ao sinal de “toca aqui”, quando a avaliadora o fazia para ela.

Manuela não explorou os objetos de forma atípica e apresentou indícios de brincadeiras simbólicas, utilizando objetos do seu interesse, como carrinhos, mas de forma repetitiva.

Durante uma sessão em que ela estava empurrando carrinhos no chão, a avaliadora introduziu uma variação em sua brincadeira, afirmando que um deles havia quebrado e que precisava consertar. A partir desse momento, a avaliada repetiu essa variação em todas as outras instâncias da brincadeira, sem qualquer modificação. Também foi possível perceber certa hipersensibilidade a estímulos sonoros durante as sessões, nas quais Manuela tapou os ouvidos diante de sons, como do ventilador, ainda que ligado na menor velocidade.

Durante a entrevista com a professora, foi relatado que Manuela prefere brincar sozinha, especialmente de atirar objetos pela sala. Ao se aproximar de seus pares, ela não se engaja totalmente nas brincadeiras desenvolvidas pelo grupo. A professora destacou a dificuldade de Manuela em compreender a "narrativa" das brincadeiras, citando o exemplo do faz de conta com panelinhas em que ela participa pegando algum dos objetos, mas parece dispersar-se facilmente. Manuela cumprimenta a professora e se despede dos colegas sempre da mesma maneira. A professora relatou estereotípias, como flapping em momentos de irritação ou superestimulação, acompanhado por caminhadas repetitivas e estereotípias vocais.

Em relação à análise quantitativa, Manoela apresentou atraso global no desenvolvimento no IDADI (Silva et al., 2020), foi classificada com um escore indicativo de risco relativo para TEA no PROTEA-R (Bosa & Salles, 2018) e com um rastreio positivo para TEA na SRS-2 (Borges, 2021). Diante da integração de dados quantitativos e qualitativos, foi possível concluir potencialidades cognitivas perceptíveis, o que fazia com que os prejuízos, principalmente de interação social, fossem inicialmente camuflados. Acerca dos padrões sociais aprendidos por Manuela, eles só foram possíveis de ser melhor observados e configurados como padrões atípicos de comunicação no decorrer das sessões de avaliação. Ela fazia o uso de frases aprendidas e de forma rígida e repetitiva, por isso, sua comunicação parecia, inicialmente, direcionada à avaliadora, dificultando a conclusão sobre se ela preenchia ou não o critério A do DSM-5-TR (APA, 2023) para o TEA. Somente a observação longitudinal permitiu perceber a natureza rígida e repetitiva deste comportamento verbal.

Manuela demonstrou um déficit em estabelecer um diálogo e manter e de aprofundar uma conversa. Por isso, apesar de apresentar perceptível motivação e interesse social, ela não conseguiu desenvolver a interação ou aprofundá-la, detendo-se a padrões aprendidos e esperados em contextos sociais, acarretando interações menos recíprocas. Além disso, demonstrou dificuldades relacionadas à linguagem não verbal, já que mesmo com a capacidade verbal funcional, ela utilizou a mão da avaliadora como ferramenta e não entendeu alguns gestos.

Foram também notados os padrões restritos e repetitivos em sua brincadeira,

movimentos estereotipados das mãos e do corpo, estereotípias verbais e vocais. É esperado que indivíduos com TEA apresentem déficits nos domínios identificados na avaliação, principalmente na comunicação e linguagem expressiva e receptiva, no socioemocional e no comportamento adaptativo, nos quais Manuela apresentou atraso significativo no IDADI. Ela também demonstrou um atraso no desenvolvimento da brincadeira simbólica. Crianças na faixa etária de Manuela geralmente exploram uma maior quantidade de brinquedos, além de brincar com outras crianças, compartilhando seus interesses, o que não ocorria na escola. A partir dos dados apresentados no processo avaliativo, conclui-se que Manuela apresentou sintomas característicos do TEA (DSM-5-TR F84.0, com comprometimento da linguagem concomitante - dificuldade de pronúncia da fala; CID-11, 6A02.2, sem deficiência intelectual e com linguagem funcional prejudicada).

Considerando as características singulares de Manuela é crucial reconhecer a expressão fenotípica distinta do TEA em meninas, destacando uma melhor comunicação recíproca, maior propensão a compartilhar interesses e adaptação contextual, apesar de desafios na compreensão social (WHO, 2019). Dessa forma, meninas autistas podem apresentar menos déficits sociais do que meninos, evidenciando uma inclinação para maior motivação social em comparação com o sexo masculino (Head et al., 2014). Os menores prejuízos em habilidades sociais parecem refletir expectativas sociais e reforços, principalmente, ao sexo feminino. Dessa forma, a avaliação do TEA em meninas, especialmente, deve sempre considerar a qualidade e abrangência dos comportamentos sociocomunicativos apresentados, dentro de uma perspectiva da desejabilidade social e cultural.

### **Considerações finais**

Este capítulo destacou a importância de uma avaliação qualitativa cuidadosa dos sinais e sintomas do TEA ao longo das fases do desenvolvimento. Reconhecer a variabilidade na manifestação dos sintomas com base na etapa da vida e nos papéis atribuídos a cada sexo é fundamental para uma compreensão mais completa e sensível do autismo, possibilitando a identificação e intervenções mais eficazes e personalizadas ao longo do tempo.

**Artigo*****Childhood Autism Rating Scale – CARS-2: Adaptação transcultural e evidências de validade de conteúdo para o contexto brasileiro*****CARS-2: Adaptação transcultural e evidências de validade**

Artigo suprimido por estar submetido em periódico científico.

## Conclusão Geral

Esta dissertação teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente a Childhood Autism Rating Scale-2 (CARS-2). A fundamentação teórica para este trabalho foi reunida e culminou na construção de um capítulo de livro, pensando em uma avaliação qualitativa dos sinais e sintomas do TEA. Este teve como objetivo disseminar informação a respeito da área, para pessoas interessadas e auxiliar os profissionais que trabalham com este tema na identificação correta desse transtorno. Isso é importante, uma vez que a apresentação do TEA é diversa, com comportamentos diferenciados de indivíduo para indivíduo, tanto baseados em sexo quanto na qualidade de cada uma das habilidades. Além disso, o segundo capítulo teve como objetivo relatar o processo de adaptação transcultural da CARS-2 e do levantamento de suas evidências de validade de conteúdo. A evidência de validade deste instrumento se baseia no fato de que a CARS-2 foi traduzida e sintetizada, de que os itens foram avaliados por especialistas em avaliação psicológica e/ou TEA, com poucos itens precisando de ajustes devido à baixa concordância entre eles. Além disso, a evidência de validade se sustenta também nas modificações feitas após a avaliação pelo público-alvo, assim como na retrotradução para checagem do instrumento com a editora WPS. Assim, é possível afirmar que a CARS-2 seguiu as diretrizes de tradução e adaptação transcultural sugeridas pela literatura nacional e internacional, buscando adaptá-la em aspectos semânticos, idiomáticos, experienciais e conceituais. Garantindo uma satisfatória evidência de validade e conteúdo, considera-se o instrumento pronto para estudos posteriores a fim de investigar outras evidências de validade e também de fidedignidade. A adaptação da CARS-2 para o contexto brasileiro permite levantar algumas implicações clínicas, práticas e para pesquisas futura. No contexto clínico, o instrumento permitirá uma avaliação mais precisa do TEA e culturalmente sensível aos indivíduos com suspeita deste transtorno, permitindo que os critérios e exemplos descritos nos itens sejam relevantes e compreensíveis a população brasileira. De forma prática, a adaptação transcultural facilitará a aplicação da CARS-2 por profissionais de saúde, aprimorando a eficiência e a eficácia do diagnóstico e do planejamento de intervenções. Já em relação às pesquisas futuras, a versão brasileira da CARS-2 oferece uma ferramenta padronizada que poderá ser utilizada em estudos clínicos, permitindo o levantamento de dados e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas baseadas em evidências.

## Referências

- Alaghband-Rad, J., Hajikarim-Hamedani, A., & Motamed, M. (2023). Camouflage and masking behavior in adult autism. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1108110.
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & saúde coletiva, 16*, 3061-3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Alvares, G. A., Bebbington, K., Cleary, D., Evans, K., Glasson, E. J., Maybery, M. T., ... & Whitehouse, A. J. (2020). The misnomer of 'high functioning autism': Intelligence is an imprecise predictor of functional abilities at diagnosis. *Autism, 24*(1), 221-232.
- Alves, M. R., Maia, F. A., Almeida, M. T. C., Saeger, V. S. D. A., Silva, V. B. D., Bandeira, L. V. S., ... & Silveira, M. F. (2022). Estudo de Propriedades Psicométricas do M-Chat no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão, 42*, e238467.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed.)*. Artmed.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (3ª ed.)*. Artmed.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (3ª ed.; Texto Revisado)*. Artmed.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4ª ed.)*. Artmed.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado)*. Artmed.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed. rev.)*. Artmed.
- Backes, B., Mônico, B. G., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R. (2014). Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 63*, 154-164.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism,

- males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5-17. <https://doi.org/10.1023/a:1005653411471>
- Bernier, R. A., Dawson, G., & Nigg, J. T. (2021). *O que a ciência nos diz sobre o transtorno do espectro autista: fazendo as escolhas certas para o seu filho*. Artmed Editora.
- Bivarchi, F. A., Kehyayan, V., & Al-Kohjim S. A. (2021). Barriers to the early detection and intervention of children with autism spectrum disorders: A literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 11(11), 75–80.
- Borges, L. (2021) *Escala de Responsividade Social (SRS-2)*. Hogrefe.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432.
- Bosa, C. A., & Salles, J. F. (2018). *Sistema PROTEA-R de Avaliação da Suspeita de Transtorno do Espectro Autista*. Vetor.
- Bosa, C. A., & Zanon, R. (2016). Psicodiagnóstico e transtorno do espectro autista. In D. Hutz, C. Bandeira, Trentini & J. Krug (Eds.), *Psicodiagnóstico*. Artmed.
- Boterberg, S., Charman, T., Marschik, P. B., Bölte, S., & Roeyers, H. (2019). Regression in autism spectrum disorder: A critical overview of retrospective findings and recommendations for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 102, 24-55. 10.1016/j.neubiorev.2019.03.013
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo*. Ministério da Saúde.
- Brian, J. A., Zwaigenbaum, L., & Ip, A. (2019). Standards of diagnostic assessment for autism spectrum disorder. *Paediatrics & child health*, 24(7), 444-451.
- Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the reasons, contexts and costs of camouflaging for autistic adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(5), 1899-1911. 10.1007/s10803-018-03878-x
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*, 72(No. SS-2), 1-14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>
- Cola, M., Yankowitz, L. D., Tena, K., Russell, A., Bateman, L., Knox, A. & Parish-Morris, J. (2022). Friend matters: sex differences in social language during autism diagnostic interviews. *Molecular autism*, 13, 1-16. 10.1186/s13229-021-00483-1
- Cook, J., Hull, L., & Mandy, W. (2024). Improving Diagnostic Procedures in Autism for Girls and Women: A Narrative Review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 505-514.

- Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021). Camouflaging in autism: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 89*, 102080.
- Cremonese, I. M., Carpita, B., Nardi, B., Casagrande, D., Stagnari, R., Amatori, G., & Dell'Osso, L. (2023). Measuring Social Camouflaging in Individuals with High Functioning Autism: A Literature Review. *Brain Sciences, 13*(3), 469. 10.3390/brainsci13030469
- Cumin, J., Pelaez, S., & Mottron, L. (2022). Positive and differential diagnosis of autism in verbal women of typical intelligence: A Delphi study. *Autism: the international journal of research and practice, 26*(5), 1153–1164. <https://doi.org/10.1177/13623613211042719>
- Dean, M., Harwood, R., & Kasari, C. (2017). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism, 21*(6), 678-689.
- do Egito, J. H. T., Ferreira, G. M. R., Gonçalves, M. I., & Osório, A. A. C. (2018). Brief report: Factor analysis of the Brazilian Version of the adult Autism Spectrum Quotient. *Journal of autism and developmental disorders, 48*, 1847-1853.
- Donvan, J., & Zucker, C. (2017). *Outra sintonia: a história do autismo*. Editora Companhia das Letras.
- DuBay, M., & Watson, L. R. (2019). Translation and cultural adaptation of parent-report developmental assessments: Improving rigor in methodology. *Research in Autism Spectrum Disorders, 62*, 55-65.
- Duvall, S., Armstrong, K., Shahabuddin, A., Grantz, C., Fein, D., & Lord, C. (2022). A road map for identifying autism spectrum disorder: Recognizing and evaluating characteristics that should raise red or “pink” flags to guide accurate differential diagnosis. *The Clinical Neuropsychologist, 36*(5), 1172-1207. 10.1080/13854046.2021.1921276.
- Eloi, D. S., Mareco, K. K. G., Queiroz, A. G., Lage, C. R., Galvão, C. P., Araújo, C. R. S., ... & Cardoso, A. A. (2019). Adaptação transcultural do instrumento Autism Classification System of Functioning: Social Communication (ACSF: SC) para uso no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 27*, 293-301.
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemain, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of clinical epidemiology, 68*(4), 435-441.
- Estes A, St. John T, Dager SR. What to Tell a Parent Who Worries a Young Child Has Autism. *JAMA Psychiatry. 2019;76*(10):1092–1093. 10.1001/jamapsychiatry.2019.123.
- Fein, D., Barton, M., Eigsti, I. M., Kelley, E., Naigles, L., Schultz, R. T., ... & Tyson, K. (2013). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of child psychology and psychiatry, 54*(2), 195-205.



- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry*, 21(2), 218.
- Forcelini, C. M., Ampese, R., de Melo, H. Y., Pasin, C. P. N., Pádua, J. R. D., Spanholo, C. B., ... & Zortea, M. (2024). Proposal of a screening instrument for autism spectrum disorder in children (Mini-TEA Scale). *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 82(03), 001-008.
- Galdino, M. P., Pegoraro, L. F. L., Saad, L. O., Grodberg, D., & Celeri, E. H. R. V. (2020). Evidence of validity of the Autism Mental Status Examination (AMSE) in a Brazilian sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 2320-2325.
- Ghanouni, P., & Seaker, L. (2023). What does receiving autism diagnosis in adulthood look like? Stakeholders' experiences and inputs. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1), 1-10. 10.1186/s13033-023-00587-6
- Gomes, P., Lima, L. H., Bueno, M. K., Araújo, L. A., & Souza, N. M. (2015). Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. *Jornal de pediatria*, 91, 111-121.
- Grove, R., Hoekstra, R. A., Wierda, M., & Begeer, S. (2017). Exploring sex differences in autistic traits: A factor analytic study of adults with autism. *Autism*, 21(6), 760-768. 10.1177/1362361316667283
- Grove, R., Hoekstra, R. A., Wierda, M., & Begeer, S. (2018). Special interests and subjective wellbeing in autistic adults. *Autism Research*, 11(5), 766-775. 10.1002/aur.1931
- Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., Messinger, D., Pelphrey, K., Sanders, S. J., Singer, A. T., Taylor, J. L., & Szatmari, P. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular autism*, 6(1), 1-5. 10.1186/s13229-015-0019-y
- Hayes, J., Ford, T., Rafeeqe, H., & Russell, G. (2018). Clinical practice guidelines for diagnosis of autism spectrum disorder in adults and children in the UK: a narrative review. *BMC psychiatry*, 18(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1800-1>
- Head, A. M., McGillivray, J. A., & Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism*, 5(19). 10.1186/2040-2392-5-19
- Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: Evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(8), 1381–1393. 10.1007/s10802-014-9881-x

- Howes, A. E., Burns, M. E., & Surtees, A. D. R. (2021). Barriers, facilitators, and experiences of the autism assessment process: A systematic review of qualitative research with health professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), 449–460.
- Howlin, P., Savage, S., Moss, P., Tempier, A., & Rutter, M. (2014). Cognitive and language skills in adults with autism: a 40-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(1), 49-58.
- Hull, L., Petrides, K.V. & Mandy, W. (2020). The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7, 306–317. 10.1007/s40489-020-00197-9
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes*. <https://www.intestcom.org/>
- Jamison, R., Bishop, S. L., Huerta, M., & Halladay, A. K. (2017). The clinician perspective on sex differences in autism spectrum disorders. *Autism*, 21(6), 772-784. 10.1177/1362361316681481
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215. 10.1542/peds.2007-2361
- Joseph, L., Soorya, L., & Turm, A. (2016). *Transtorno do Espectro Autista*. Hogrefe.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
- Keller, R., Bari, S., & Castaldo, R. (2019). Diagnosing ASD in adolescence and adulthood. In R. Keller (Ed.), *Psychopathology in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorders* (pp. 1-21). Springer.
- Kolb, B., & Gibb, R. (2011). Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 265.
- Kreiser, N. L., & White, S. W. (2014). ASD in females: Are we overstating the gender difference in diagnosis? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 67–84. 10.1007/s10567-013-0148-9
- Lai, M. C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013-1027.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Pasco, G., Ruigrok, A. N., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., ... & Baron-Cohen, S. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PloS one*, 6(6), e20835.
- Landa, R. J., Gross, A. L., Stuart, E. A., & Faherty, A. (2013). Developmental trajectories in children with and without autism spectrum disorders: the first 3 years. *Child development*, 84(2), 429-442. 10.1111/j.1467-8624.2012.01870.x

- Le Couteur, A., Lord, C., & Rutter, M. (2003). *Autism diagnostic interview-revised*. Western Psychological Services.
- Lei, J., Charman, T., Leigh, E., Russell, A., Mohamed, Z., & Hollocks, M. J. (2022). Examining the relationship between cognitive inflexibility and internalizing and externalizing symptoms in autistic children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 15(12), 2265-2295. 10.1002/aur.2826
- Lin, J., et al. (2022). Transtorno do Espectro Autista em Meninas: Características Clínicas e Dificuldades Diagnósticas. *Boletim do Curso de Medicina da UFSC*, 8(2), 32-37. 10.32963/bcmufsc.v8i2.5199
- Lockwood Estrin, G., Milner, V., Spain, D., Happé, F., & Colvert, E. (2021). Barriers to Autism Spectrum Disorder Diagnosis for Young Women and Girls: a Systematic Review. *Review journal of autism and developmental disorders*, 8(4), 454–470. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8>
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism diagnostic observation schedule* (2nd ed.). Western Psychological Services.
- Losapio, M. F., Siquara, G. M., Lampreia, C., Lázaro, C. P., & Pondé, M. P. (2022). Tradução para o português e validação da escala Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up para rastreamento precoce de transtorno do espectro do autismo. *Revista Paulista de Pediatria*, 41.
- Lundin, K., Mahdi, S., Isaksson, J., & Bölte, S. (2021). Functional gender differences in autism: An international, multidisciplinary expert survey using the International Classification of Functioning, Disability, and Health model. *Autism*, 25(4), 1020-1035. DOI: 10.1177/1362361320975311
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D. L., Wiggins, L. D., Pettygrove, S., Andrews, J. G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Robinson Rosenberg, C., Lee, L.-C., Harrington, R. A., Huston, M., Hewitt, A., Esler, A., Hall-Lande, J., Poynter, J. N., Hallas-Muchow, L., Constantino, J. N., Fitzgerald, R. T., Zahorodny, W., Shenouda, J., Daniels, J. L., Warren, Z., Vehorn, A., Salinas, A., Durkin, M. S., & Dietz, P. M. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance summaries*, 69(4), 1.10.15585/mmwr.ss6904a1.
- Mason, D., Ingham, B., Urbanowicz, A., Michael, C., Birtles, H., Woodbury-Smith, M., ... & Parr, J. R. (2019). A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable

- physical healthcare services access for autistic adults. *Journal of autism and developmental disorders*, *49*, 3387-3400.
- Nalin, L. M., de Matos, B. A., Vieira, G. G., & Orsolin, P. C. (2022). Impactos do diagnóstico tardio do transtorno do espectro autista em adultos. *Research, Society and Development*, *11*(16), e382111638175-e382111638175.
- Napolitano, A., Schiavi, S., La Rosa, P., Rossi-Espagnet, M. C., Petrillo, S., Bottino, F., Tagliente, E., Longo, D., Lupi, E., Casula, L., Valeri, G., Piemonte, F., Trezza, V., & Vicari, S. (2022). Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: Diagnostic, Neurobiological, and Behavioral Features. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 889636. 10.3389/fpsy.2022.889636
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2012). *Autism: Recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum*. British Psychological Society.
- Navarro-Pardo, E., López-Ramón, M. F., Alonso-Esteban, Y., & Alcantud-Marín, F. (2021). Diagnostic tools for autism spectrum disorders by gender: Analysis of current status and future lines. *Children*, *8*(4), 262. 10.3390/children8040262
- Nowell, K. P., Bernardin, C. J., Brown, C., & Kanne, S. (2021). Characterization of special interests in autism spectrum disorder: A brief review and pilot study using the special interests survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*, 2711-2724. 10.1007/s10803-020-04743-6
- Pacífico, M. C., de Paula, C. S., 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*, 218-226.
- Paula C. S., Cukier S., Cunha G. R., Irarrázaval M., Montiel-Nava C., Garcia R., Rattazzi A. (2020). Challenges, priorities, barriers to care, and stigma in families of people with autism: Similarities and differences among six Latin American countries. *Autism*, *24*(8), 2228–2242. 10.1177/1362361320940073
- Pondé, M. P., Wanderley, D. D. B., Menezes, L. D. D., Gomes, F. L., & Siquara, G. M. (2021). A validation study of the LABIRINTO scale for the evaluation of autism spectrum disorder in children aged 2 to 4 years. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *43*, 320-328.
- Praun, A. G. (2011). Sexualidade, gênero e suas relações de poder. *Revista Húmus*, *1*(1)
- Reynolds C. R., Altmann R. A., Allen D. N. (2021). *Mastering modern psychological testing:*

*Theory and Methods*. Springer.

- Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, J., & Love, S. (2010). Childhood autism rating scale-second edition (CARS2): manual. Western Psychological Services.
- Seize, M. D. M., & Borsa, J. C. (2017). Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistemática. *Psico-USF*, 22, 161-176.
- Seize, M. D. M., & Borsa, J. C. (2022). Questionário para Rastreo de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista: evidências de validade e consistência interna. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71, 176-185.
- Silva, A. D. (2015). Ser homem, ser mulher: as reflexões acerca do entendimento de gênero. In M. Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina (pp. 51-100). Editora UNESP.
- Silva, C. C., & Elias, L. C. D. S. (2020). Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. *Avaliação Psicológica*, 19(2), 189-197.
- Silva, C. C., & Elias, L. C. D. S. (2020). Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. *Avaliação Psicológica*, 19(2), 189-197. 10.15689/ap.2020.1902.09
- Silva, H. A., Prenassi, M. S., Vargas Junior, A. S., Pereira, D. B. (2022). Introdução à neuropsicologia: neuroanatomia, neurofisiologia e plasticidade cerebral. In M. R. C. Lins, C. A. S. M. Minervino, & M. A. Silva (Eds.), *Avaliação Cognitiva: Princípios E Técnicas*. Hogrefe.
- Silva, M. A., de Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2020). *Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI)*. Vetor Editora.
- 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.
- Tofani, M., Scarcella, L., Galeoto, G., Giovannone, F., & Sogos, C. (2023). Behavioral gender differences across Pre-School Children with Autism Spectrum Disorders: A cross-sectional study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(8), 3301-3306. 10.1007/s10803-022-05498-y
- Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2021). Social camouflaging in females with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 2190-2199. 10.1007/s10803-020-04695-x.

- Underwood, J. F., DelPozo-Banos, M., Frizzati, A., John, A., & Hall, J. (2022). Evidence of increasing recorded diagnosis of autism spectrum disorders in Wales, UK: An e-cohort study. *Autism*, 26(6), 1499-1508. <https://doi.org/10.1177/13623613211059674>.
- Vasa, R. A., & Mazurek, M. O. (2015). An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Current opinion in psychiatry*, 28(2), 83. 10.1097/YCO.0000000000000133
- Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-Smith, M., King, B., McCracken, J., & State, M. (2014). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(2).
- Wolff, N., Stroth, S., Kamp-Becker, I., Roepke, S., & Roessner, V. (2022). Autism Spectrum Disorder and IQ—A Complex Interplay. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 856084.
- World Health Organization (WHO). (2018). *International Classification of Diseases*, 11th Revision
- Yates, K., & Le Couteur, A. (2016). Diagnosing autism/autism spectrum disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 513-518. 10.1016/j.paed.2016.08.004
- Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 30, 25-33. 10.1590/S0102-37722014000100004
- Zwaigenbaum, L., & Penner, M. (2018). Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *BMJ (Clinical research ed.)*, 361.