



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Tatiane de Almeida Machado

INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS DO TESTE GESTÁLTICO VISOMOTOR DE
BENDER EM CRIANÇAS COMPATÍVEIS COM O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA.

Palmas – TO

2016

Tatiane de Almeida Machado

INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS DO TESTE GESTÁLTICO VISOMOTOR DE
BENDER EM CRIANÇAS COMPATÍVEIS COM O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), orientado pela Professora M.e. Nara Wanda Zamora Hernandez.

Palmas – TO

2016

Dados internacionais da catalogação na publicação.

M149i

Machado, Tatiane de Almeida

Indicadores psicopatológicos do Teste Gestáltico Visomotor de Bender em crianças compatíveis com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista / Tatiane de Almeida Machado – Palmas, 2016
55fls.

Orientação: Prof^o.M.e Nara Wanda Zamora Hernandez
TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Psicologia - Centro
Universitário Luterano de Palmas. 2016

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Teste Gestáltico Visomotor de Bender. 3. Indicadores Psicopatológicos. I. Hernandez, Nara Wanda Zamora .II. Título. III. Psicologia.

CDU: 159.9.

Tatiane de Almeida Machado

INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS DO TESTE GESTÁLTICO VISOMOTOR DE
BENDER EM CRIANÇAS COMPATÍVEIS COM O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), orientado pela Professora M.e. Nara Wanda Zamora Hernandez.

Aprovada em: 29/11/2016

BANCA EXAMINADORA

Professora e Orientadora Me. Nara Wanda Zamora Hernandez
Centro Universitário Luterano de Palmas

Professora Qualificadora. Me. Fabiana Fleury Curado
Centro Universitário Luterano de Palmas

Professora Qualificadora Me. Mayra Dias Tavares
Centro Universitário Luterano de Palmas

Palmas – TO

2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, sem o qual, por sua infinita misericórdia e pelo dom do Espírito Santo, não seria capaz de executar, tamanha façanha de terminar esse projeto pessoal e fechar esse ciclo de minha vida. A meus pais, Maria de Jesus e Ailton, por tantas renúncias e dedicação para que eu chegasse até aqui, sem eles não seria quem sou e não desejaria tantas coisas em minha vida. A meus irmãos, por toda a nossa vida juntos e por nosso amor tão especial que sempre ganha novos formatos, mas nunca diminuiu. A meu inefável filho Bênjamim, autor de tantos projetos em minha vida, o amor verdadeiro que nunca me deixa desistir de mim. À minha amadíssima professora e orientadora Nara Wanda, por suas sábias palavras nos momentos certos, e ânimo transbordante sobre mim derramado ante os pensamentos de desistência devido às dificuldades dessa jornada monográfica. A meus amigos e aos irmãos de caminhada na fé, por suas orações devotadas a mim, e por suas palavras de esperança e força. Aos amigos mais íntimos e familiares, por sua paciência e espera para que eu terminasse essa etapa e voltássemos a nos encontrar enfim, depois de tantos momentos fraternos não vivenciados devido à dedicação ao tcc.

De modo especialíssimo às crianças autistas, inspiração para esse construto, que meu trabalho possa vir a contribuir para que suas vidas ganhem novas perspectivas e amplitudes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de toda inspiração e sabedoria.

Mainha, muito obrigada por tantas horas de dedicação e empenho a mim devotadas, pelos puxões de orelha e por sua paciência para que essa etapa fosse concluída, sem a senhora, nada disso seria possível. Papito, obrigada por tudo!

Tiago e Ailton Junio, obrigada por serem os melhores irmãos do mundo, por seu amor, pelas discussões que nos fizeram crescer e amadurecer e por tantas horas de conversas mantidas, conversas essas que fortaleceram nossos laços, amo vocês.

Bênjamim, amor de minha vida, com sua chegada vida tudo mudou. Portas foram fechadas, contudo, outras infinitas possibilidades surgiram. Novos horizontes ganharam esperança e com o passar do tempo, viraram expectativa de futuro para nós dois. Seu amor me transforma em uma pessoa melhor e mais cheia de agradecimento e reconhecimento por cada pequena conquista, e por todas nem tão pequenas assim a cada novo dia. Por vezes, tenho impressão que os papéis se invertem conosco, você se torna o responsável e eu a criança que aprende com as palavras pronunciadas e com os gestos de amor e carinho inesperado. Obrigada por me fazer crescer tanto e aprender a exercer o amor incondicional que poucos acreditam existir e vivenciar.

Aos meus amigos de jornada universitária, que não desistiram e foram adiante e ainda mantemos contato, obrigada por tantos anos de amizade e de aprendizado. Às minhas amigas íntimas, de vida pessoal e irmãs na fé, Maria Victória (afilhada linda e irmã do autista fofo inspirador desse trabalho), Kamila, Lais e Marcileide, obrigada por sua paciência e espera, por tantos encontros cancelados, por visitas não realizadas, e por diálogos que demoraram a receber resposta, devido minha falta de presença na vida virtual e presencial durante esse período. Aos amigos de jornada cristã, obrigada por cada oração realizada em meu nome, obrigada por incomodarem os ouvidos de Deus para que esse projeto pessoal meu fosse realizado e conquistado por cada um de vocês que participaram comigo desse processo de construção acadêmica.

Aos meus familiares, avôs e avós, que dedicaram um tempo de suas orações em meu nome, por me desejarem um futuro melhor e me impulsionarem a conquistá-lo. Desculpe pelos encontros de família em que não compareci, mas estive em seus corações e vocês em meus pensamentos durante esse período. Obrigada!

Profi Wanda, palavras para expressar meu carinho e admiração pela senhora, nesse momento se esvaem ante tudo que me ajudaste. Lembro-me do primeiro dia de aula na faculdade, quando se apresentaste , vi em seus olhos um brilho diferente e amor à profissão, aos que atende, tão evidentes, que me fizeram pensar e desejar “ser igual a você quando eu crescesse”. Suas palavras de carinho e acolhimento quando tudo parecia confuso e o “desespero batia à porta”, sua escuta ativa e seus conselhos reavivadores, me ajudaram para que construíssemos esse trabalho, mas principalmente, me ajudaram a crescer e ansiar por me tornar uma profissional melhor e uma pessoa mais dedicada a tudo que me propuser. Muito obrigada amadíssima professora.

As minhas qualificadoras, Fabiana e Mayra por suas pontuações e disponibilidade em ajudarem tanto no construto desse trabalho. À Cristina e a Irenides, por acreditarem que mesmo depois de anos parada, eu seria capaz de cumprir esse projeto. Muito Obrigada por acreditarem em mim.

As pessoas que me acompanharam nessa imersão acadêmica, que desejando minha vitória, torceram por mim, se aqui não os citei, não tem significado de menor importância ou menos valia, ou que os tenha esquecido. Vocês possuem minha gratidão e agradeço imensamente por tudo.

“Crianças autistas reagem de forma incomum ao mundo estranho que as cerca – O mundo ao qual tentam desesperadamente impor alguma ordem.”

(TempleGrandin)

RESUMO

O presente trabalho objetiva relacionar os indicadores psicopatológicos do Teste Gestáltico Visomotor de Bender para identificação de características compatíveis com o Transtorno do Espectro Autista em crianças. . O Transtorno do Espectro Autista tem por característica uma dificuldade grande e duradoura de interagir e se comunicar com seus semelhantes, possibilitando um leque restrito e repetitivo de interesses e atividades. Características específicas ao transtorno, como comportamentos e movimentos estereotipados, dificuldades em habilidades sociais podem se manifestar e, serem aferidos através aspectos encontrados na execução do Bender, como alteração do tamanho e da forma e ausência de junção das partes das figuras do teste. Através da análise bibliográfica, foram relacionados os temas Transtorno do Espectro Autista e Teste Gestáltico Visomotor de Bender para construção do acervo deste trabalho, onde foi possível obter evidência de compatibilidade de características do Transtorno do Espectro Autista durante aplicação do teste nos itens, distorção de forma das figuras 1,7 e 8, integração na figura 4 e rotação na figura 7. Evidenciando assim, a importância desse estudo, como uma possibilidade somatória nos instrumentos avaliativos para ajudar no diagnóstico precoce do Transtorno em crianças.

Palavras-Chave: Transtorno do Espectro Autista. Teste Gestáltico Visomotor de Bender. Indicadores Psicopatológicos.

ABSTRACT

This document aims to relate the Bender-Gestalt psychopathological indicators to identify characteristics consistent with autistic spectrum disorder in children. . Autism spectrum disorder is that they have a great difficulty and durable to interact and communicate with their peers, allowing a restricted and repetitive range of interests and activities. Specific characteristics of the disease, such as stereotyped behaviors and movements, difficulties in social skills can manifest and be measured by problems arising in the application of Bender, such as reshaping and shape and there is no union of the parts of The figures of the test. Through literature review, we were concerned with autism spectrum disorder test questions and Bender's to construct the collection of this paper, where it was possible to obtain evidence of autistic spectrum disorder characteristics during compatibility testing of articles, Distortion of the form of figures 1.7 and 8, integration in figure 4 and figure 7. therefore, the rotation manifest the importance of this study as a possibility in the tools of evaluation sum to help In the early diagnosis of disorders in children.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Bender Visomotor Gestalt Test. Psychopathological Indicators.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Figura A do Teste Gestáltico Visomotor de Bender	34
Figura 02 – Figura 1 do Teste Gestáltico Visomotor de Bender	34
Figura 04 – Figura 3 do Teste Gestáltico Visomotor de Bender	35
Figura 05 – Figura 4 do Teste Gestáltico Visomotor de Bender	35
Figura 06 – Figura 5 do Teste Gestáltico Visomotor de Bender	35
Figura 07 – Figura 6 do Teste Gestáltico Visomotor de Bender	35
Figura 08 – Figura 7 do Teste Gestáltico Visomotor de Bender	35
Figura 09 – Figura 8 do Teste Gestáltico Visomotor de Bender	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos Indicadores Psicopatológicos de Koppitz	37
Tabela 2 – Descrição dos Indicadores Psicopatológicos de Clawson	39
Tabela 3 – Aspectos interpretativos para exclusão de hipótese de comprometimento do Sistema Nervoso Central (SNC).....	40
Tabela 4 – Indicadores Psicopatológicos de Clawson.....	42
Tabela 5 – Indicadores Psicopatológicos de Koppitz.....	43
Tabela 6 – Equivalência dos Indicadores Psicopatológicos de Koppitz e de Clawson	44
Tabela 7 – Indicadores Psicopatológicos mais frequentes para ambas as autoras relacionadas	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatry Association
B-G	Teste Gestáltico Visomotor de Bender
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
DSM-5	Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. BREVE HISTÓRICO SOBRE O AUTISMO (TEA)	7
1.1 Características do TEA	11
1.2 Prevalência do TEA	17
3. O TESTE GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER	19
4. INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS DE BENDER	28
5. O BENDER E SUA RELAÇÃO COM O AUTISMO	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
7. REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	8

1. INTRODUÇÃO

O atual trabalho, apresentado junto ao CEULP/ULBRA, cuja finalidade é o alcance do título de bacharel em psicologia, tem como tema: Indicadores psicopatológicos do Teste Gestáltico Visomotor de Bender em crianças compatíveis com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista.

Para cumprir os requisitos deste estudo, tem-se a aspiração inovadora de traçar uma pesquisa bibliográfica no âmbito da descoberta de um novo uso para teste Bender como ferramenta no auxílio da possibilidade de identificação de características compatíveis de autismo em crianças. O objetivo geral desse trabalho é relacionar os indicadores psicopatológicos do Teste Gestáltico Visomotor de Bender (B-G), com de características compatíveis do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de acordo com a bibliografia existente a cerca de ambos os temas, autismo e teste Bender. Os objetivos específicos correspondiam em comparar os indicadores psicopatológicos mais frequentes no B-G para constatar a possibilidade de diagnosticar o TEA em crianças, bem como identificar a prevalência desses indicadores segundo duas diferentes autoras Aileen Clawson e Elizabeth Koppitz, que se aproximaram mais da construção inicial do teste por Lauretta Bender. O intuito aspirado desse construto acadêmico possibilita, assim, mostrar a importância destes indicadores para o diagnóstico das perturbações do espectro do Autismo em crianças.

Com a hipótese do uso dos indicadores psicopatológicos do B-G detectar características compatíveis com o Transtorno do Espectro Autista, as problemáticas do trabalho foram evidenciadas, onde foram encontradas as principais dificuldades enfrentadas durante os primeiros anos de vida da criança autista, que é o diagnóstico dificultoso e demorado por parte do médico, e a demora na intervenção e tratamento dessa criança, limita as possibilidades de desenvolvimento de habilidades que poderiam ter sido melhor aprimoradas em uma intervenção precoce. Com isso, outra problemática prevista ganha força, a de que o B-G poderia indicar manifestações patológicas que indicariam compatibilidade com o TEA e ainda, como identificar essas manifestações durante a interpretação e avaliação dos resultados do teste feitos por crianças com sintomas característicos do transtorno.

Na direção das características acima sobre o trabalho, em um breve traçado histórico sobre o tema Autismo, e as mudanças de nomenclatura com o passar dos tempos e estudos a cerca do tema chega-se a nomenclatura e descrição mais recente sobre o Transtorno.

O presente trabalho trata-se de um estudo de Pesquisa Teórico-bibliográfica. Onde para se alcançar os objetivos deste trabalho, foi realizado um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, sendo utilizada como principal ferramenta, o levantamento bibliográfico de artigos científicos, monografias, teses, dissertações e livros, publicados nos últimos trinta anos, a cerca do tema Teste Gestáltico Visomotor de Bender. Contudo, devido à mudança de nomenclatura, a cerca do tema Autismo e critérios de classificação e diagnóstico desse transtorno no DSM-IV para o DSM- V, a busca pelo subtermo Transtorno do Espectro Autista foi refinada, para os anos de 2014 e 2015 para obtenção de acervo, sobre as mudanças ocorridas na classificação e nomenclatura ocorridas nesse período.

O material bibliográfico adquirido através das bases de dados da plataforma de pesquisa CROSSREF, sob os termos AUTISMO, TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, TESTE GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER, TESTE DE BENDER.

No DSM-5 (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais), os critérios diagnósticos para o autismo vão desde comprometimentos da comunicação, interação social à apresentação de comportamentos e movimentos repetitivos e estereotipados. (APA, 2014)

Autismo é a palavra utilizada, pela primeira vez, em 1911 pelo psiquiatra Bleuler em descrição aos sintomas de indivíduos com esquizofrenia, e novamente utilizados, em 1943, por Léo Kanner, psiquiatra austríaco, onde com riqueza de detalhes descreve a sintomatologia de onze crianças (oito meninos e três meninas), tratadas por ele, o fruto desse atendimento rendeu-lhe um artigo intitulado “Autistic Disturbances of Affective Contact, onde enumera as características inerentes a essas crianças com severa dificuldade de comunicação e linguagem, ecolalias, incapacidade de interação. (MARFINATI E ABRÃO, 2014)

As sintomatologias e comprometimentos desse transtorno do neurodesenvolvimento podem variar de leve, moderado à grave, podendo ser quase imperceptíveis ou até mesmo comprometer atividades simples e cotidianas dos indivíduos com autismo, sendo por vezes necessária pouca ou nenhuma adequação para o acolhimento dessa criança, apenas um cuidado estendido do natural já se torna suficiente, e em casos mais comprometidos sintomatologicamente, pode-se perceber a necessidade de maior intervenção devido as características manifestas mais graves, como dificuldades na fala, pouca ou nenhuma reação ante solicitações, dificuldades ou inexistência de locomoção, por vezes o autoflagelo.

Os sintomas do TEA costumam surgir desde muito cedo e o diagnóstico estabelecido, geralmente a partir dos dois/três anos de vida da criança, contudo, essa não é a realidade da compreensão e intervenção a cerca desse tema. O ideal seria obter o diagnóstico o mais precocemente possível, pois quanto antes o diagnóstico é feito e o tratamento se inicia,

maiores são as chances da criança superar suas dificuldades e limitações. Contudo, crianças com idade superior a 12 anos ainda podem se encontrar sem o diagnóstico de autismo, proporcionando ao B-G ser um instrumento de ajuda para avaliação para classificação desse transtorno de universo tão singular.

Esse trabalho se justifica, no sentido de ajudar a identificar, através do Teste de Bender, quais os indicadores psicopatológicos do teste podem ser observados como um auxiliares e com que frequência esses indicadores podem ser encontrados, de maneira a averiguar características compatíveis com o diagnóstico de TEA, abrindo assim a possibilidade para obtenção de uma ferramenta como auxiliar no diagnóstico desse transtorno, pois segundo Koppitz (1987), o Teste Gestáltico Visomotor de Bender pode ser utilizado para análise de indicadores de níveis de maturação, de atitudes emocionais e de medição de ajustamento emocional de cada indivíduo. Pontuando todos os desvios, pode-se descobrir o que é “normal” ou “anormal” ante um estado patológico.

O Teste Gestáltico Visomotor de Bender foi desenvolvido por Laretta Bender, onde através da observação nas reproduções gráficas de crianças, foi avaliada a inteligência das mesmas por seu nível de maturação neurológica, onde através do conceito de “boa Gestalt” onde o indivíduo percebe uma série de estímulos (NUNES *et al.*, 2007), e os reproduz.

Laretta selecionou nove figuras, dos trinta desenhos criados por Wertheimer 1923, para estudar a percepção visual, a partir de seu estudo sobre a reprodução gráfica dos desenhos infantis, a fim de avaliar a inteligências das crianças por seus níveis maturações a partir das reproduções por elas produzidas. (NUNES *et al.*, 2007).

Esse teste psicológico especialmente, tem sua utilização para avaliação psicológica e psicodiagnóstico de crianças na área clínica e neuropsicológica, como uma técnica projetiva (CLAWSON, 1980), e avaliação de maturação percepto motora e diagnósticos de perturbações emocionais e lesões cerebrais (KOPPITZ, 1987).

Os resultados apresentados através de tabelas foram extraídos de artigos com títulos e objetivos de investigação sobre a busca de indicadores psicopatológicos de crianças com distúrbios de aprendizagem e indivíduos com a síndrome de Asperger, nomenclatura de uma das categorias de inclusão no Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) do DSM-IV e figuras apresentadas para ilustração, foram extraídos dos livros manuais de aplicação e avaliação do Teste Bender, sob o parâmetro de uso do B-G para o diagnóstico de lesão cerebral e disfunção neurológica, para averiguação da hipótese desse presente trabalho demonstrando quais são os indicadores do teste compatíveis com as características compatíveis com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista em crianças.

2. BREVE HISTÓRICO SOBRE O AUTISMO (TEA)

Olhando as crianças em um parquinho, elas correm em direção aos seus cuidadores, os abraçam, conversam e interagem e manifestam suas alegrias ou frustrações ante a presença de outras crianças. Contudo essa será uma realidade improvável de ser vivenciada nas mesmas proporções que um familiar de uma criança autista. Pois, o autista tem dificuldades de se relacionar e interagir com as pessoas sejam de seus círculos familiares ou até mesmo sociais mais próximos.

Mas, o que é o autismo e como acontece sua classificação?

Historicamente, o autismo vem sendo relatado desde o século XVIII, John Haslan em 1803 escreveu um livro onde descreve o acontecimento sobre um garoto de sete anos, sendo publicado somente em 1809. E essa criança cuja aquisição da linguagem era bem atrasada, tinha preocupações obsessivas e sempre buscava se isolar socialmente. O psiquiatra Henry Maudsley também escreveu um livro intitulado a patologia da mente e publicado em 1879, (PEREIRA, 2007).

Más a expressão autismo infantil foi usada primeiramente por Eugene Bleuler um psiquiatra suíço, em 1911, e o pediatra e psiquiatra de crianças Leo Kanner, em 1943 descreveu com excelência sobre o mesmo, em Baltimore, Estados Unidos, Segundo Pereira (*et al*, 2008). ele inclusive incluiu em seu livro um capítulo do livro a patologia da mente de Henry Maudsley fazendo menção ao autismo, no qual relata casos onde onze crianças que foram atendidas por ele onde o mesmo apresenta o entendimento sobre os sintomas do autismo, e definindo-o em outro artigo como “Síndrome do Autismo Precoce” a partir de então na psiquiatria infantil foi originada uma nova concepção a respeito da síndrome do autismo que era nova até então.

Conforme Czermainski (2012), Kanner em 1943 e Asperger em 1944 apresentam os primeiros estudos sobre o autismo através de seus relatos clínicos, os médicos expõem sintomas de dificuldades nos relacionamentos interpessoais e crianças com alterações do desenvolvimento utilizando, respectivamente os termos *distúrbio autístico* e *psicopatia autística*. Em suas narrativas, Kanner e Asperger relatam “casos em que se evidenciavam características como uma profunda inabilidade no relacionamento interpessoal, atrasos na aquisição da fala, mutismo, ecolalia, compreensão literal da linguagem, dificuldades motoras e comportamentos repetitivos” (CZERMAINSKI, 2012). Diferentemente, no grupo de Asperger a linguagem e a inteligência dos indivíduos não apresentavam agravos ou

severidades, abrindo assim a possibilidade para diagnósticos diferenciais sobre o transtorno, ainda que apresentando sintomas tão parecidos. (*American Psychiatric Association, 2002*).

Castro, (2016) menciona em sua tese que em 1979, Wing e Gould divulgaram estudo confirmando que apesar de meninos e meninas autistas manifestarem dificuldades de grande importância elas podiam ser reconhecidas com facilidade nas três áreas de incapacidade: linguagem e comunicação, competências sociais, e flexibilidade de pensamento, ou de imaginação, e descrevendo a chamada perturbação do espectro autistas, que é conhecida até hoje, e também aceita como definição para autismo e sua tríade, que especifica os graus dificuldades de interação social, da comunicação verbal ou não e do que não é real.

Dando continuidade na revisão histórica da origem desse transtorno, verifica-se que ao longo de 70 anos, desde a primeira publicação do artigo descritivo sobre o Autismo, ainda hoje, as pesquisas não respondem à certeza sobre sua origem.

Conforme Papim e Sanches (2013), a terminologia utilizada para o autismo é derivada do grego ‘aut’, cujo significado é ‘por si mesmo’, ‘próprio’ e ‘ismo’ que quer dizer, predisposição, tendência’. Já, Castro (2016) diz, que o termo denota indicação pessoal, e que sua utilização teve início no princípio do século XX por se referir a junção de transtornos de consciência que subsistiam nos pacientes esquizofrênicos.

Já os primeiros estudos de Kanner consideravam que a origem do autismo derivaria de indiferença ou frieza dos membros da família, de modo particular da mãe, pois a incidência era maior em famílias consideradas com problemas afetivos, descrevendo o distúrbio como “caracterizado por sua precocidade, sintomatologia, evolução e pelas perturbações das relações afetivas com o meio” (LEBOVIVI, 1991). Contudo, o tempo revelou que essa hipótese não procedia devido à ausência de correlação com outras patologias, nem fatores biológicos que pudessem ser averiguados em testes médicos existentes na época (PAPIM e SANCHES, 2013).

Com a progressão dos estudos acadêmicos sobre o tema entendeu-se que o autismo consiste em uma síndrome neuropsiquiátrica com manifestações comportamentais presentes desde os primeiros meses de vida até a vida adulta. Promovendo assim, um novo entendimento a cerca do autismo, e uma batalha pela reconstrução do pensamento sobre o autismo ser provocado pela carência de afeto materno ou familiar, eximindo a mãe e familiares da responsabilidade sobre as causas de desenvolvimento do transtorno e sobre a culpa antes existente. Pois a princípio, pensava-se que o autismo era uma questão apenas psicológica, onde as mães por não conversarem com seus rebentos desde a gestação, ou não aspirassem grandes feitos a essas crianças, elas estariam fadadas a um destino gélido e cruel

por parte das mães, levando-as a receber uma nomenclatura de “mães geladeiras”. (MOREIRA, 2005)

Publicado em sua primeira versão no ano de 1943, para uma revista de neuropsiquiatria da criança, sob o título de “*Austisticdisturbancesofaffectivecontact*”, Léo Kanner, médico austríaco, pediatra e psiquiatra infantil, descreve onze casos de crianças atendidas, e propõe a compreensão sintomatológica, do que no segundo artigo sobre o assunto, publicado em uma revista pediátrica, ele vem definir o mesmo como sendo “Síndrome do Autismo Precoce”, rompendo a linha tênue onde se buscava na criança sintomas dos adultos precocemente, passando assim a uma nova compreensão sobre a psiquiatria infantil, e criando então uma descrição de uma nova síndrome (LABOVICI, 1991).

Em seu artigo Kanner define a síndrome como sendo uma “solidão autista” (LABOVICI, 1991) e a descreve nesses termos:

“o excepcional, o patognomônico, a desordem fundamental é a inaptidão dessas crianças para estabelecer relações normais com as pessoas e para reagir normalmente às situações desde o início da vida... Desde o início há uma extrema solidão autista que, todas as vezes em que isso é possível, desdenha, ignora, exclui tudo o que vem à criança do exterior. [...] Podemos supor que estas crianças vieram ao mundo com a incapacidade inata de construir biologicamente o contato afetivo habitual com as pessoas, assim como outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas... Parece que estamos na presença de puros exemplos culturais de sua perturbação autista inata do contato afetivo” (Kanner, apoudLabovici 1991).

Vitiello e Wagner (2007) mencionam que o tema autismo, por sua gravidade e por seus impactos produzidos seja no meio familiar, seja no meio escolar, seja na sociedade como um todo, tornou-se um dos transtornos mais estudados na área neuropsiquiátrica. Nesse sentido Pereira e seus colaboradores (2008) nos dizem que

“o autismo representa um desafio fascinante e enigmático para neurologistas e psiquiatras. Sabe-se hoje que o autismo não é uma doença única, e sim um distúrbio de desenvolvimento complexo associado a múltiplas etiologias e a graus variados de severidade, sendo caracterizado por alterações comportamentais, de linguagem e de cognição, com retardo mental em 70% dos casos e crises epiléticas em 30%.”

Mesmo tendo o termo e a descrição aceita internacionalmente, busca-se até hoje descobrir os motivos pelos quais levam uma criança a ser portadora do transtorno do espectro autista (TEA) e apesar de tantos anos de estudo e investigações, sua origem ainda é uma incógnita, devido sua complexidade e amplitude de manifestações sintomatológicas e apresentações. (RUTTER, 2005).

Quanto ao termo espectro, essa nomenclatura surgiu em 1979 com uma pesquisa epidemiológica de Wing e Gould considerando o Autismo um contínuo, por suas

variabilidades de manifestações e sintomas encontrados durante a pesquisa. Nesse resgate do termo, Jorge (2010) nos propõe uma reflexão a cerca dessa compreensão histórica da origem e traçado sobre o TEA:

“em 1991 Happé e Frith fizeram várias crítica sobre o termo *Pervasive Developmental Disorder* (PDD) ou Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) e propuseram o termo *Autistic Spectrum Disorder* (ASD), que ao ser traduzido no Brasil para o português ficou Transtornos do Espectro do Autismo ou do Espectro Autístico (TEA). O conceito de TEA, sendo mais amplo, comporta a noção de que existe um conjunto de condições psicológicas, tais como: dificuldades na interação social e comunicativa, interesses restritos e comportamentos estereotipados (ou seja, a tríade autística), que se combinam de forma a se manifestarem mais intensamente em alguns indivíduos (comprometimento severo) do que em outros (comprometimento leve). Apesar de esses quadros pertencerem ao conjunto de Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), de acordo com o DSM-IV-TR, apenas o Transtorno Autista, o Transtorno de Asperger e os Transtornos Globais do Desenvolvimento – Sem Outra Especificação (TGD-SOE) se enquadrariam no espectro, sendo que o mais comum de ocorrer é o TGD-SOE. “Isso evidencia a singularidade de cada autista e, conseqüentemente, a dificuldade diagnóstica encontrada pelos clínicos.” (JORGE, 2010).

Por isso, espectro. Por nesse transtorno especificamente, os indivíduos acometidos, manifestarem comportamentos e comprometimentos desde os mais singelos até os mais severos e limitantes. Como um arco íris de cores e intensidades mais diversas, que transpassam as possibilidades de apresentação dos quadros clínicos.

E as alterações do novo DSM, estabelecem como possibilidade mais enfática para o diagnóstico de autismo o desenvolvimento social alterado (MOTA, 2015). Contudo, a confusão que se estabelece em torno desse problema é especialmente cada indivíduo apresenta graus de acometimento desse transtorno, por isso o nome espectro. Na Física, um espectro, “é uma representação das amplitudes ou intensidades”. O espectro do autismo envolve situações e apresentações que são muito diferentes uma das outras. A versão anterior do DSM, (DSM – IV), estabelece a tríade como forma de reconhecimento do diagnóstico do TEA. E em sua nova versão, o DSM – V, essa tríade ganha versão de dupla, onde a comunicação social e comportamentos estereotipados, tornando assim, interesses restritos e atraso na comunicação em critérios não específicos de Transtorno do Espectro Autista. (MOTA, 2015) Contudo Papim (2013) nos mostra que, apesar do avanço sobre o tema, a raiz do autismo ainda é fruto de discussões científicas. O tema TEA, ainda é pouco conhecido por profissionais que tem a responsabilidade de lidar com o transtorno. Porém é um tema que vem sendo discutido com maior frequência e que atualmente, devido à demanda de acolhimento e atendimentos aos indivíduos que têm o autismo.

Conforme Czermainski (2012), Kanner em 1943 e Asperger em 1944 apresentam os primeiros estudos sobre o autismo através de seus relatos clínicos, os médicos expõem

sintomas de dificuldades nos relacionamentos interpessoais e crianças com alterações do desenvolvimento utilizando, respectivamente os termos *distúrbio autístico* e *psicopatia autística*. Em suas narrativas, Kanner e Asperger relatam “casos em que se evidenciavam características como uma profunda inabilidade no relacionamento interpessoal, atrasos na aquisição da fala, mutismo, ecolalia, compreensão literal da linguagem, dificuldades motoras e comportamentos repetitivos” (CZERMAINSKI, 2012). Diferentemente, no grupo de Asperger a linguagem e a inteligência dos indivíduos não apresentavam agravos ou severidades, abrindo assim a possibilidade para diagnósticos diferenciais sobre o transtorno, ainda que apresentando sintomas tão parecidos. (*American Psychiatric Association*, 2002).

1.1 Características do TEA

Foi com intuito de identificar as primeiras características e manifestações apresentadas pelos autistas, que nas últimas duas décadas pais que tinham filhos com diagnóstico do mesmo, foram entrevistados para reconhecimento da idade inicial da sintomatologia (ZANON *et al*, 2014).

Se analisar os históricos dos pacientes com TEA, pôde-se observar que o olhar voltado para a clínica do mesmo, tem sido determinado frequentemente nas últimas cinco décadas, mas mantendo as características essenciais destes indivíduos da mesma forma. Observando-se que frequentemente os comportamentos nas crianças com TEA vão desde o brincar repetitivo; perguntas estereotipadas; interesses exagerados por temas específicos; comportamentos motores estereotipados; corridas sem objetivo, rodopiar, andar em bicos de pés; e interesses persistentes por objetos sem lhes atribuir uma utilização funcional ou simbólica (CASTRO 2016).

Isto porque as características clínicas do TEA afetam as condições físicas e mentais do indivíduo, aumentando a demanda por cuidados e, conseqüentemente, o nível de dependência de pais e/ou cuidadores. A família destas crianças, por sua vez, se vê frente ao desafio de ajustar seus planos e expectativas futuras às limitações da condição, além da necessidade intransponível de adaptar-se à intensa dedicação e prestação de cuidados das necessidades específicas do filho (SCHMIDT *et.al* 2007).

E com o surgimento da primeira associação de autismo, algumas pessoas passaram a ter acesso a informações sobre o autismo no país, dentre elas, alguns profissionais da área da saúde e pais que haviam recebido o diagnóstico de autismo para seus filhos (MELO 2007).

Dentro de um leque de possibilidades e vislumbamento sobre as manifestações dos quadros desse transtorno, onde em um extremo temos a possibilidade de apresentação de um caso grave, onde a criança não consegue falar. No outro extremo, podemos ter a apresentação de um quadro de genialidade. Um exemplo dessa genialidade pode ser vista no filme “Rain Man” (1988), onde o autista, vivido por Dustin Hoffman, que é irmão mais velho de Tom Cruise na trama, tem capacidade inimaginável em cálculos e lógica matemático. Questões lógicas e de raciocínio obvio são características evidentes dessas pessoas, lidar com expressões faciais e as dificuldades de soluções de problemas emocionais para eles não fazem sentido, pois a possibilidade de respostas e variáveis para solucionar as questões, os deixa confusos. Por isso, eles se interessam por assuntos de questões óbvias, respostas previsíveis e diretas, como por exemplo, um cachorrinho que abana o rabo está feliz com algo, e se ele não balança o rabo e mostra os dentes, ele está com raiva. E raciocínio literal, onde sua lógica ao ouvir que a meteorologia do dia lhe dará uma chuva de canivetes, eles são capazes de nem saírem de casa, por imaginar que o que ocorrerá, será exatamente o que foi dito na expressão metafórica.

Melo (2007) nos diz que mesmo com o conhecimento explanado atualmente sobre o autismo, tornando as pessoas serem capazes de identificar características inerentes a esse transtorno, ele ainda deixa a muitos perplexos com sua capacidade de amplitude sintomatológica. O mesmo ainda expõe que:

“ultimamente não só vem aumentando o número de diagnósticos, como também estes vêm sendo concluídos em idades cada vez mais precoces, dando a entender que, por trás da beleza que uma criança autista pode ter e do fato de o autismo ser um problema de tantas faces, as suas questões fundamentais vêm sendo cada vez reconhecidas com mais facilidade por um número maior de pessoas. Provavelmente é por isto que o autismo passou mundialmente de um fenômeno aparentemente raro para um muito mais comum do que se pensava”. (MELLO, 2007).

O autismo grave se apresenta de maneira onde há crianças que nem chegam a falar, alguns até apresentam iniciações verbais, como mamã e papa, próximos a idade de um ano, contudo, por volta dos dois, três anos, há uma nítida sensação de regressão nesse quadro de aprendizado, como se eles se fechassem em um mundo a parte, param de falar, como se esquecessem todo o quadro evolutivo de aprendizagem até então, e manifestam um comportamento completamente diferente das outras crianças. Eles começam a apresentar movimentos repetitivos, olhando pra parede e andando de um lado para o outro, não apontam

para o determinado objeto de interesse como as demais crianças normalmente o fazem, uma dificuldade evidente de contato visual, normalmente as crianças olham nos olhos das mães e tentam decifrá-lo, quando a mãe aponta-lhe um objeto, primeiro a criança olha nos olhos da mãe, depois olha na direção em que a mãe aponta o objeto, a criança com autismo não executa essa ação. O autista não se relaciona claramente com as outras crianças, ela está sempre mais afastada em um canto. Quando recibo em suas mãos uma ação clássica que as crianças executam ao dar-lhes um carrinho de brinquedo, é andar com o carrinho, traçando-lhe um caminho a ser seguido, uma criança com autismo, geralmente vira o carrinho com as rodas para cima, e é capaz de ficar parado com o carrinho por um logo período apenas girando as rodinhas do brinquedo, por sua atração e fixação por movimentos repetitivos, geralmente circulares ou ordenados. Como descrito por Khoury (*et al*, 2014)

“crianças com TEA apresentam, em níveis que variam de uma criança para outra: interesses restritos, pouco ou nenhum contato visual, ecolalia (repetição de elementos da fala), frequentemente não respondem quando são chamadas, dificuldades para expressar necessidades, apego a rotinas (rejeição às mudanças), movimentos estereotipados e repetitivos, frequentemente não gostam do toque físico, sentem-se incomodadas, podem andar nas pontas dos pés, autoagressão (podem morder-se, bater-se), preferem brincadeiras de giros ou balanços, podem ter habilidades específicas bem desenvolvidas ou ilhotas de habilidades, aversão a barulhos altos, dificuldades em manter e em sustentar a atenção por longos períodos de tempo, instabilidade de humor, limiares de dor elevados, preferências por brincadeiras relacionadas a enfileirar ou empilhar coisas, dificuldades em coordenação motora fina.” (KHOURY *et al*, 2014).

O aprendizado adquirido não se perde mais. Ficou claro que é fundamental a estimulação destas crianças; deve haver uma rotina de trabalho, mas o mundo não deve adaptar-se a eles, e sim, eles ao mundo; é necessário fazer enfrentamento, com situações que lhes pareçam difíceis, para que não haja agravamento na área social. Não há cura para o autismo, mas, podem-se minimizar os sintomas e fazer com que a criança consiga lidar com mais tolerância às atividades que antes lhe pareciam confusas. Desta forma, existe a possibilidade de mudar tendências inatas do comportamento. O que se observa é que é possível desenvolver habilidades sociais para que o indivíduo autista possa interagir, de forma aceitável, nesta sociedade. Cada criança deve ser analisada individualmente, para que seu programa de tratamento também seja feito de maneira individualizada, personalizada de acordo com a necessidade específica de um dos indivíduos. Não é porque as crianças têm o mesmo diagnóstico que apresentam as mesmas dificuldades. Todos são diferentes e suas rotinas e atividades devem ser estudadas de acordo com suas necessidades (MOREIRA, 2005).

Em seu estudo Schmidt (et.al 2007) mostra que as crianças com autismo, enquanto portadoras de uma condição crônica, enfrentam dificuldades importantes no que tange à realização de tarefas comuns, próprias a sua fase de desenvolvimento. Isto porque as características clínicas da síndrome afetam as condições físicas e mentais do indivíduo, aumentando a demanda por cuidados e, conseqüentemente, o nível de dependência de pais e/ou cuidadores. A família destas crianças, por sua vez, se vê frente ao desafio de ajustar seus planos e expectativas futuras às limitações da condição, além da necessidade intransponível de adaptar-se à intensa dedicação e prestação de cuidados das necessidades específicas do filho.

Papim (2013) nos mostra que, apesar do avanço sobre o tema, a etiologia do autismo ainda é fruto de discussões científicas. O tema Autismo, ainda é pouco conhecido por profissionais que tem a responsabilidade de lidar com o transtorno. Porém é um tema que vem sendo discutido com maior frequência e que atualmente, devido à demanda de acolhimento e atendimentos aos indivíduos que têm o autismo.

Crianças e adolescentes com um dos Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) têm sido identificados com maior frequência do que ocorria até poucos anos atrás. Estima-se, atualmente, que a prevalência seja de um indivíduo afetado em cada 100 pessoas, aumento significativo em relação às taxas observadas há algumas décadas. O aumento da identificação ocorre, possivelmente, porque essas condições são mais conhecidas atualmente e porque os critérios diagnósticos são mais abrangentes. Em um momento em que as políticas públicas no Brasil têm evidente viés “inclusivista”, ou seja, se orientam no sentido de que todos, ou ao menos a maior parte das pessoas com algum tipo de deficiência (incluídas aqui as com TEA), estejam incluídos na rede de atenção básica, casa, escola, saúde e justiça e a como conduzir se frente aos problemas frequentemente presentes.

Alves (*et al*, 2015), Inicialmente deve-se ter consciência de que as grandes dificuldades do autista são a simbolização e a relação com o mundo a sua volta, havendo a necessidade do terapeuta se aproximar dele, penetrando em seu campo consciencial, para poder trazê-lo para fora. E no intuito de alcançar esse objetivo utilizam-se de várias estratégias como a musicoterapia, exercícios psicomotores, atividades aquáticas, a convivência com outras crianças, atividades compartilhadas. O mesmo autor fala que é um corpo vivo em relação à vida, mas morto para a consciência. Um corpo onde não se vislumbra o afeto e, portanto, não há o corpo que fala, mas um corpo autista. Enquanto que Schmidt (*et al*, 2007) seu estudo mostra que as crianças com autismo, enquanto portadoras de uma

condição crônica, enfrentam dificuldades importantes no que tange à realização de tarefas comuns, próprias a sua fase de desenvolvimento.

Diferentemente, no grupo de Asperger a linguagem e a inteligência dos indivíduos não apresentavam agravos ou severidades, abrindo assim a possibilidade para diagnósticos diferenciais sobre o transtorno, ainda que apresentando sintomas tão parecidos. (*American Psychiatric Association*, 2002).

Com o surgimento da primeira associação de autismo, algumas pessoas passaram a ter acesso a informações sobre o autismo no país, dentre elas, alguns profissionais da área da saúde e pais que haviam recebido o diagnóstico de autismo para seus filhos (MELO 2007)

Pode-se a imaginar princípio que o número de casos de autismo tenha aumentado, contudo, observa-se que a nova definição sobre o Transtorno, segundo o DSM-V, os casos antes diagnosticados com nomenclaturas diferentes, dentro dos padrões anteriores, hoje aumentam de forma significativa a visibilidade sobre os números representativos do Autismo.

E após determinar as dificuldades nas crianças com TEA há a possibilidades de obtenção de diagnóstico e tratamento.

O diagnóstico dos casos suspeitos de TEA pode ser realizado tanto com base na observação comportamental dos critérios dos sistemas de classificação quanto por meio do uso de instrumentos validados e fidedignos, que permitem ao profissional traçar um perfil refinado das características como diz MARQUES e BOSA (2015).

E de acordo com Locatelli e Santos (2016), inicialmente o diagnóstico deve ser feito partir da investigação de comportamento que os próprios pais e familiares realizam, ao encaminharem a criança ao profissional especializado, pois ainda não existe exames laboratoriais que tenham a capacidade para fazer o diagnóstico de autismo, portanto ainda há a necessidade de análises das informações clínicas, prestando atenção a história e o observação do comportamento.

Para Castro (2016) TEA não tem cura, e o quadro de cada paciente vai sofrendo alterações conforme ele envelhece, dependendo do processo decorrente com suas experiências vividas, e de como ele é tratado, ou como se relaciona com os outros, como foi sua vida escolar e familiar. Diagnosticar precocemente a pessoa autista é extremamente importante tendo em vista o tratamento direcionado a para atender suas necessidades (LOCATELLI E SANTOS, 2016).

É a partir de um diagnóstico inesperado do TES, a família passa a sofrer continuas adaptações a fim de suprir as necessidades da criança. Muitas vezes, o impacto inicial é tão intenso que compromete a aceitação da criança entre os demais familiares e na relação

conjugal entre os pais, sendo necessário um período longo para que a família retorne ao equilíbrio e inicie o processo de enfrentamento. As adaptações e a negociação de novos papéis tornam-se mais fáceis para a família quando esta aceita a criança e começa a participar do processo do cuidado. A forma como a criança é tratada, pelos demais membros da família, a exemplo dos irmãos, avós, tios e primos, é considerada um aspecto muito importante para a superação do diagnóstico e adaptações diárias (PINTO *et al*, 2016).

Na compreensão de Duarte (*et al*, 2015), o diagnóstico precoce de autismo pode ser suspeitado dentro dos primeiros 2 anos de vida;.

No guia de orientações para professores de Khoury(*et al*, 2014) vem orientando que mesmo que o diagnóstico não seja conclusivo, intervenções visando suprir as áreas do desenvolvimento mais comprometidas devem ser efetuadas, assim como o processo de diagnóstico e rastreio precoce de crianças com risco de autismo, o início da terapia é essencial.

Pois a maior plasticidade das estruturas anatomofisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções. Assim, as intervenções em casos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento que podem estar futuramente associados aos TEA podem ter maior eficácia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais. (DIRETRIZES BVSMS, 2014).

Duarte (*et al*, 2015) fala que devem compreender qualquer ação voltada para uma necessidade especial que garanta e melhore o desenvolvimento pessoal, intervir e fortalecer as competências da família, planejar a inclusão social da família e da criança preferencialmente próximo do local onde moram inseridos na comunidade e um trabalho com base em aspectos multidimensionais orientado a estas famílias. Como critérios básicos deste tipo de serviço estão a disponibilidade e a acessibilidade, considerando-se a proximidade da residência e necessidades de serviços do público, além de serem acessíveis financeiramente. Também devem oferecer opções em relação às modalidades de serviços prestados, para que possam ser consideradas as diferenças particulares de cada caso, com quadro de profissionais capacitados e qualificados para a prestação de tais serviços e uma equipe multidisciplinar. Em todos os casos, devem ser consideradas as necessidades de cada criança, para que um plano individualizado possa ser traçado. A intervenção precoce pode ocorrer logo após o nascimento ou em seguida do diagnóstico, considerando-se até o período da primeira infância.

1.2 Prevalência do TEA

O TEA infantil é uma situação clínica bem mais frequente do que se imagina, contudo tem sido subdiagnosticada no nosso meio. Ocupa o terceiro lugar, dentre os distúrbios do desenvolvimento infantil e sua prevalência vem crescendo de forma rápida. O estudo do autismo tem recebido um enorme aporte de publicações mais recentemente, em função do aumento significativo de novos casos. Houve um incremento de 556% na prevalência do autismo entre os anos de 1991 e 1997 (PEREIRA, 2007).

A prevalência do TEA, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), são seis para cada mil, o que corresponde 0,6% da população mundial. Segundo dados projetivos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse valores corresponderiam a pouco mais de 1.240.000 pessoas portadoras do TEA no Brasil. Devido a expressividade desse valor podemos pensar o quão significativas são as discussões sobre as políticas públicas para os autistas e seus familiares. Mas sobre tudo, atendimento de qualidade e melhorias em suas qualidades de vida.

Pode-se a imaginar princípio que o número de casos de autismo tenha aumentado, contudo, observa-se que a nova definição sobre o Transtorno segundo o DSM-V, casos antes diagnosticados com nomenclaturas diferentes, dentro dos padrões anteriores, hoje aumentam de forma significativa a visibilidade sobre os números representativos do Autismo.

Tem aumentado a incidência de casos de autismo de forma significativa durante as últimas décadas, e de acordo com dados epidemiológicos o índice de prevalência é de 4 a 5 casos de autismo infantil para 10.000 pessoas que nascerem. Investigações mais recentes, porém, estimam um aumento drástico de casos, atingindo a média de 40 e 60 casos a cada 10.000 nascimentos. Quanto à proporção de incidência entre indivíduos do sexo masculino e feminino, estudos indicam que o autismo é quatro vezes mais prevalente em meninos do que em meninas em indivíduos com níveis normais de inteligência. Essa prevalência, porém, tende a diminuir significativamente quando se compara meninos e meninas autistas com níveis intelectuais mais comprometidos, chegando a 1,3 casos de meninos para cada 1 caso de menina investigada. Isso sugere que, apesar de casos de autismo, serem mais raros em meninas, estes tendem, a ser acompanhados por maior comprometimento cognitivo e funcional (SILVA e MULICK, 2009)

O mesmo segue dizendo que apesar de muitas pesquisas e debates, até o momento, não se sabe ao certo se esse aumento realmente reflete um crescimento genuíno do número de casos. Contudo, mesmo que estejamos longe de encontrar uma resposta definitiva para tal pergunta, certamente podemos afirmar que esse aumento se deve, pelo menos em parte, a outros fatores, como a recente ampliação dos critérios diagnósticos, permitindo, assim, que maior gama de casos seja incluída dentro do espectro. Existe também uma melhora na capacitação dos profissionais, o que leva a melhor detecção de casos que antes não eram diagnosticados, ou eram diagnosticados erroneamente.

Nesse sentido, a busca pela descoberta precoce do TEA, é uma forma de proporcionar-lhes melhor meio e adequação, onde quanto mais cedo a intervenção e tratamento referentes as suas sintomatologias e dificuldades apresentadas devido o acometimento do autismo, maior a possibilidade de melhora do autista e de sua adaptação social.

3. O TESTE GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

Teste Gestáltico Visomotor de Bender (B-G), o que?, Para que serve?, Como se aplica?. Essas são perguntas básicas para se compreender essa ferramenta.

Em 1923, Max Wertheimer apresenta sua monografia sobre a percepção visual, tendo por objetivo investigar a gênese da percepção da forma na criança (SILVA e NUNES, 2007). Os estudos precursores de Wertheimer abriram um leque de possibilidades de estudos para a Gestalt, trazendo, assim, avanços na área da psicologia da percepção. Onde através de vários padrões de uso, com diferentes graus de complexidade e princípios de organização perceptual pôde-se, estudar através de seus 30 desenhos, avalia as interações sob os diversos níveis maturacionais dos sujeitos e em diversos transtornos orgânicos e funcionais, problemas de aprendizagem e perturbações emocionais, (CLAWSON, 1980) e ainda identificar indicadores psicopatológicos e neuropsicológicos (ESTEVES, 2015).

Lauretta Bender utilizou esses desenhos para investigar a maturação neurológica da criança ao reproduzir, graficamente, traçados no papel. Com isso, estudava o padrão visoperceptomotor, avaliando uma série de desenhos infantis. Também buscaram entender tipos de erros passíveis de ocorrência na percepção do estímulo em questão, (SILVA 2008), distúrbios cerebrais associados à visopercepção, ou de imaturidade para perceber e reproduzir corretamente os desenhos.

Além de testar crianças, Bender utilizou os desenhos de Wertheimer em pacientes adultos portando transtornos orgânico-cerebrais, psicoses e neuroses, com a finalidade de analisar respostas características. Pautada nos estudos preliminares de Wertheimer, Lauretta Bender, em 1938 apresenta sua monografia intitulada “Teste Gestáltico Visomotor e seu uso clínico” (KOPPITZ, 1989), e apresenta as figuras de seu precursor como a possibilidade de um instrumento de aferição e avaliação psicológica e diagnóstica, onde usando os princípios da Gestalt: “Fechamento, Proximidade e Continuidade” (FERREIRA e NUNES, 2009) visa-se medir a maturação neurológica em crianças e a inteligência das mesmas através dessa maturação, como descreve Sisto (2005):

“A premissa do teste é o comportamento visomotor é uma habilidade, sendo que a mensuração da maturidade percepto-motora poderia ser obtida pelo uso de padrões com diferentes graus de complexidade e princípios de organização. Isso porque ver e reproduzir desenho não é uma tarefa simples de aprendizagem, pois tanto a percepção dos estímulos quanto a resposta podem envolver o funcionamento neurocerebral, além de uma multiplicidade de fatores emocionais. (SISTO, 2005).”

Lauretta solicitava que as crianças reproduzissem as figuras apresentadas, e não descrevê-las, como eram realizados originalmente por Max Wertheimer. Crianças de 3 a 11 anos foram submetidas à realização do teste e, ficou comprovado, que a maioria delas eram capazes de reproduzir os nove desenhos de Bender sem erros, com a idade mais próxima aos onze anos (KOPPITZ, 1989). Em aplicações complementares e comparatórias, pacientes psiquiátricos adultos foram submetidos a realização do teste, fazendo assim com que se constatasse a eficácia do teste na identificação de patologias cerebrais ou deficiências neurológica, a fim de se descobrir o que era normal ou anormal nos desenhos executados. (KOPPITZ, 1989). Com sua adaptação do estudo de Wertheimer, que propunha o estudo a Gestalt a partir da percepção, Lauretta cria o teste visomotor, com suas nove figuras adaptadas do estudo original, para estudar a personalidade e a prática clínica, onde através das reproduções gráficas dos desenhos, a percepção gestáltica poderia ser avaliada, juntamente com o nível de amadurecimento e o estado funcional e orgânico de cada indivíduo (KOPPITZ, 1989).

Com aplicabilidade pautada no uso clínico, Bender utiliza o teste Gestáltico em pacientes adultos e em crianças. Mesmo não possuindo um sistema objetivo de pontuação, o teste pode ser mensurado de varias maneiras, essa é uma vantagem do B-G (KOPPITZ, 1989). Sob a orientação da Teoria da Gestalt, como base científica para seu trabalho, após os desenhos serem reproduzidos, suas cópias são examinadas para “avaliar a forma como o indivíduo percebe (visopercepto) e reproduz (motora) uma série de estímulos” (NUNES *et al*, 2007), sob o conceito de “boa forma” proposto por Wertheimer (ESTEVEVES, 2015).

O teste Gestáltico Visomotor de Bender é mais utilizado para estabelecer níveis de maturidade em deficientes mentais, detectar lesões de órgãos, ele é uma ferramenta que permite trabalhar com grandes populações por causa de seu tempo de aplicação reduzida e demandas de recursos mínimos para a administração e interpretação das informações de diagnóstico. É um teste que filtra e identifica os casos em que existe uma possibilidade muito elevada apresentar transtorno cerebral orgânico, mas não discrimina o tipo de lesão, extensão localização ou etiologia, para diferencial entre grandes caixas de diagnosticar transtornos mentais, através de métodos de interpretação qualitativa e quantitativa, e também padrões de desempenho de detecção que se correlacionam com características específicas de personalidade.

Constituído para identificar a maturação percepto motora, o teste é composto de nove cartões (A, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), na cor branca, cada um medindo 14,9 cm de comprimento por 10,1 cm de altura. São apresentados desenhos diferenciados na cor preta. Pontos, linhas

contínuas, curvas e ângulos, compõem as ilustrações. Cada cartão é apresentado em sequência, um a um, devem ser reproduzidos da melhor maneira possível à mão livre, pelo indivíduo em uma folha em branco, no tempo máximo de 15 minutos. (DA SILVA e NUNES, 2007). O Teste Gestáltico Visomotor de Bender, como o próprio nome sugere, foi construído apoiado nos princípios da Gestalt, que regem a forma do sujeito perceber os estímulos visuais. Sendo eles: fechamento, proximidade e continuidade. Em cada figura do Bender, alguns destes princípios são enfocados, proporcionando entendimento quanto à estrutura e forma do estímulo. Este instrumento é um dos mais utilizados para fins de avaliação diagnóstica, em especial, com crianças. Muitos psicólogos usam impressões clínicas gerais quando avaliam protocolos do Bender, não tendo mais uma correção padronizada do teste. A elevada subjetividade na interpretação dos resultados frente ao teste colabora para reduzir a confiança no mesmo.

Segundo o mesmo autor a partir das considerações iniciais de Bender, os sistemas de inspeção dos protocolos se multiplicaram, evoluindo de uma abordagem mais global e intuitiva - ou até subjetiva - até métodos objetivos de escore. Em crianças, sua forma de correção varia desde análises de comprometimento orgânico até análises de aspectos emocionais. Em se tratando de adultos, o enfoque mais usual se refere à análise projetiva. O sistema foi o mais desenvolvido para o levantamento de indicadores orgânicos.

Com diferentes versões que seguiram o original, surgiram outras formas de aplicação do teste. (DA SILVA e NUNES, 2007).

A autora acreditava que a mensuração desta maturação poderia, a partir de padrões com diferentes níveis de complexidade, trazer uma possibilidade de avaliar a capacidade de organização perceptual da criança. Após inúmeros estudos estes padrões, com seus contornos variados, têm sido usados para estudar o estado de integração do organismo em diferentes níveis de maturação e em diversos transtornos orgânicos e funcionais (SARDINHA, 2011)

Quando aplicado em adultos, o Teste de Bender pode revelar recursos para o controle dos impulsos, ansiedade e agressividade, como o indivíduo lida com situações adversas e representação simbólica. Após diversos estudos, apoiados na experiência clínica, o Teste de Bender também se mostrou como instrumento que pode auxiliar no diagnóstico psicológico de transtornos mentais, por meio de uma escala quantitativa (ESTEVES, 2008).

O Teste Gestáltico Visomotor de Bender é também conhecido como Teste de Bender, ou B-G (Bender Gestalt), ou BGVMT (Bender Gestalt Visual Motor Test). No Brasil, seu nome mais utilizado pelos psicólogos é Teste Bender ou ainda, de forma mais reduzida, simplesmente o Bender (SILVA e NUNES, 2007).

Na história da construção do Bender, algumas datas são importantes para a melhor compreensão do instrumento. Em 1923, Max Wertheimer publica seus estudos sobre a percepção visual, tendo por objetivo investigar a gênese da percepção da forma na criança. A influência da orientação metodológica da Gestalt, escola de pensamento psicológico cofundada por Wertheimer, e o consequente avanço dos estudos ligados à Psicologia da Percepção, incentivaram os profissionais a ampliarem seus conhecimentos acerca do assunto. Assim, o padrão visomotor começou a ser mais estudado, tendo em vista que a criança, ao reproduzir graficamente, algum traçado no papel, necessita de maturação neurológica para tal.

Bender (1955), em casos com crianças, tinha por objetivo entender que tipos de erros poderiam ocorrer na percepção de um estímulo dado (as figuras do teste); perguntava-se se tais seriam decorrentes de distúrbios a nível cerebral (de visopercepção) ou de imaturidade para perceber e reproduzir corretamente os desenhos. Para responder às suas inquietações, desenvolveu um estudo com uma amostra de 800 crianças, com idades entre 3 e 11 anos, examinando a evolução dos desenhos feitos por elas. Como resultado, identificou haver relação entre a idade cronológica e a maturação neurológica; por exemplo, com a idade de 11 anos, uma criança poderia executar bem os desenhos do teste, praticamente sem erros (Bender, 1955). Com isso, pode demonstrar que "o produto final, a resposta ao teste, é um padrão visomotor que revela modificações no padrão original" (DA SILVA, 2007).

Não havia, àquela época, uma sistematização quanto à correção e avaliação das respostas; este processo foi desenvolvido, mais tarde, por outros autores que deram seguimento ao seu trabalho. O trabalho de Bender (1955) foi entender o processo de maturação visomotora infantil e, com isso, pode postular que é o quadro total de estímulos e o estado de integração do organismo que determinam o padrão de resposta ao teste. Preferiu os padrões visomotores, e não qualquer outro padrão do campo sensorial, por entender ser o campo visual aquele que melhor se presta ao estudo experimental e, também, pelo nível de cooperação possível quando se solicita ao sujeito que copie desenhos. (DA SILVA, 2007)

A partir das considerações iniciais de Bender, os sistemas de inspeção dos protocolos se multiplicaram, evoluindo de uma abordagem mais global e intuitiva - ou até subjetiva - até métodos objetivos de escore. Em crianças, sua forma de correção varia desde análises de comprometimento orgânico até análises de aspectos emocionais. Em se tratando de adultos, o enfoque mais usual se refere à análise projetiva. O sistema foi o mais desenvolvido para o levantamento de indicadores orgânicos (DA SILVA, 2007)

Este instrumento é um dos mais utilizados para fins de avaliação diagnóstica, em especial, com crianças. Muitos psicólogos usam impressões clínicas gerais quando avaliam

protocolos do Bender, não tendo mais uma correção padronizada do teste. A elevada subjetividade na interpretação dos resultados frente ao teste colabora para reduzir a confiança no mesmo (DA SILVA, 2007)

O Teste Gestáltico Visomotor de Bender é mais utilizado para estabelecer níveis de maturidade em deficientes mentais, detectar lesões de órgãos, ele é uma ferramenta que permite trabalhar com grandes populações por causa de seu tempo de aplicação reduzida e demandas de recursos mínimos para a administração e interpretação das informações de diagnóstico. É um teste que filtra e identifica os casos em que existe uma possibilidade muito elevada apresentar transtorno cerebral orgânico, mas não discrimina o tipo de lesão, extensão localização ou etiologia, para diferencial entre grandes caixas de diagnosticar transtornos mentais, através de métodos de interpretação qualitativa e quantitativa, e também padrões de desempenho de detecção que se correlacionam com características específicas de personalidade. (DA SILVA, 2007).

O Teste Gestáltico Visomotor de Bender é um instrumento utilizado em avaliações neuropsicológicas, psicológicas e psicodiagnósticos em crianças para vários fins, mesmo existindo sistema que avaliem seu uso em adolescentes e adultos, sendo que o sistema de avaliação mais utilizado é o de Koppitz que estuda qual é a relação existente entre a inteligência e a maturidade percepto-motora podendo ser mais especificamente percebida em crianças, por que a estreita relação existente entre a linguagem, nível de maturação e percepção visomotora só é possível com funções associadas em crianças porque a maturidade ainda não atingiu seu estágio mais alto de desenvolvimento, pois ao chegar a idade de maturação completa da percepção visomotora o Teste não terá utilidade para medição de aptidão intelectual. (ESTEVES, 2015). No Brasil o único teste que tem aprovação de utilização para fins de diagnóstico pelo conselho Federal de psicologia e o B-G, sendo que os outros existentes somente podem ser utilizados em pesquisas. (ESTEVES, 2015).

Este Teste consiste na análise e avaliação da cópia de nove figuras que obtém através da reprodução em uma folha em branco, que irá refletir um padrão visomotor do paciente (HUEB, 2006).

Em crianças, sua forma de correção varia desde análises de comprometimento orgânico até análises de aspectos emocionais (Koppitz, 1989; Clawson, 1992).

O Teste Gestáltico Visomotor de Bender, como o próprio nome sugere, foi construído apoiado nos princípios da Gestalt, que regem a forma do sujeito perceber os estímulos visuais. Sendo eles: fechamento, proximidade e continuidade. Em cada figura do Bender, alguns destes princípios, são enfocados, proporcionando entendimento quanto à estrutura e forma do

estímulo, (DA SILVA e NUNES) e será aqui comentado por ser um dos instrumentos escolhidos, nesta pesquisa, para avaliar autistas. Essa escolha se deu pelo fato de que a intenção deste estudo não era o de avaliar um ou outro aspecto específico da percepção, considerados falhos no autismo, mas investigar a organização perceptiva desses indivíduos. Seu uso numa amostra clínica de autistas parece adequado, por ser um teste com instrução curta e objetiva, e ser composto por figuras não coloridas, sobre as quais é possível observar a distorção da forma, de acordo com o sistema brasileiro vigente de correção adotado. Os nove cartões que compõem o teste são em cor branca com figuras desenhadas em preto, formadas por linhas retas, curvas, curvas sinuosas, ângulos, pontos e círculos pequenos.

Na prática neuropsicológica há uma série de testes disponíveis para avaliar a percepção visual. Sendo o Bender um teste que combina percepção e resposta motora, ele é qualificado como teste de construção. Comentam que o Teste de Bender também evidencia habilidades executivas de organização e planejamento.

A partir do material da própria autora (BENDER, 1955), a figura A foi eleita como introdutória em razão de se tornar evidente que o sujeito experimenta, rapidamente, uma figura fechada, ou seja, segue o Princípio do Fechamento. Esta configuração formada por duas figuras contingentes representa é considerada uma boa forma (boa Gestalt).

Segundo Kacero (2005), o círculo se caracteriza por apresentar uma curva na qual o traçado feito retorna ao ponto inicial, sendo que a mão executa o movimento sem descontinuidade; início e fim se confundem e desaparecem em si mesmos. Em um nível de análise que considere não somente pictórico ou visual, mas também, o psicológico. É possível afirmar que a curva fechada constitui a base de toda a forma percebida. Portanto, está em ação o Princípio do Fechamento, também nessa figura.

O traçado das crianças pequenas se constitui em formas de círculos, predominantemente. Para elas, é sempre mais fácil desenhar formas arredondadas, já que figuras com ângulos, um quadrado, por exemplo, pressupõe uma mudança na posição do traçado, bem como a capacidade motora de frear o movimento para alterar a angulação da figura desenhada. Assim, continua, ainda, fazendo efeito o Princípio do Fechamento.

Na figura A, o quadrado se encontra inclinado na posição de 45 ° em relação à horizontal. Paín, citada por Kacero (2005), enfatiza que o quadrado, nesta posição, só é possível de se executar após a criança ultrapassar a etapa de capacidade mental referente à reprodução de ângulos e lados retilíneos. Em seguida, surge a capacidade de promover a rotação do eixo da figura. Portanto, a síntese necessária para executar o quadrado que acompanha o círculo é uma aquisição posterior.

A figura 1, por sua vez, é regida pelo Princípio da Proximidade das partes; isto por ela representar pares de pontos separados por uma distância de um centímetro entre si, com um ponto mais distanciado nas extremidades direita e esquerda destes pares. No entanto, pela tendência do sujeito em fazer a Gestalt, ou seja, perceber a figura como um todo e não separada em partes, esta figura é percebida por uma linha de pontos. Para reproduzir esta figura, se torna necessário atentar ao aspecto tensional da mão porque fazer pontos diminutos corresponde a uma tarefa motora relativamente complexa. Além disso, a orientação para fazer a figura em linha reta pressupõe maturação motora e espacial avançadas.

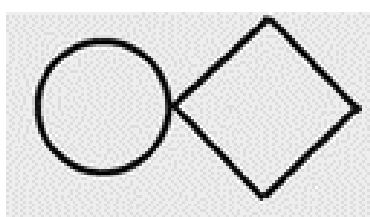


Figura A

A figura 2 é regida por este mesmo princípio - Princípio da Proximidade - havendo a tendência de que três colunas de círculos - já que estão mais próximas- e não três linhas de círculos sejam identificadas. Contudo, a expressão destas linhas se dá no sentido horizontal, com atenção à inclinação das mesmas. Segundo Kacero (2005), não é o mais importante a forma do sujeito reproduzir o estímulo, seja fazendo de modo horizontal ou já ir desenhando colunas oblíquas de círculos; o mais importante é identificar a capacidade da pessoa alterar o estímulo, pois a figura 1 é constituída por uma linha de pontos, enquanto que a figura 2 é constituída por colunas ou linhas de círculos em posição inclinada. De qualquer forma, tudo isto é relevante para o Princípio da Proximidade das partes.



Figura 1

Figura 2

O Princípio da Proximidade das partes fundamenta, igualmente, a figura 3, na qual se percebe linhas de pontos em forma de flecha e não pontos separados entre si. Por outro lado, na figura 4 se identifica duas unidades determinadas pelo Princípio da Continuidade, com formas geométricas bem distintas, como na figura A. Há uma tendência em perceber duas figuras inacabadas, ou seja, um quadrado e uma figura curva, em formato de sino.

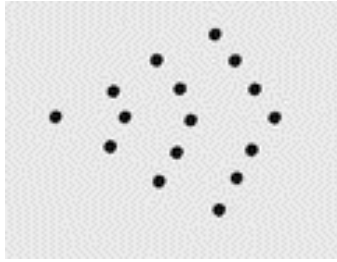


Figura 3

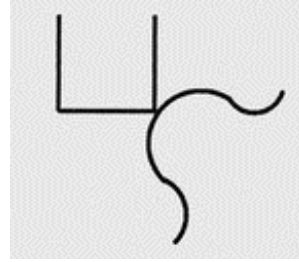


Figura 4

A figura 5 também pode ser percebida como continuidade, pois se pode produzir um círculo incompleto com um traço reto inclinado, constituído por uma linha de pontos. Por sua vez, a figura 6, formada por duas linhas sinusoidais de diferentes comprimentos de ondas, que se cortam obliquamente, segue o Princípio do Fechamento, proporcionando uma boa gestalt.

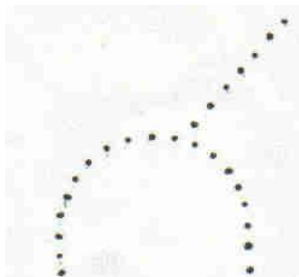


Figura 5

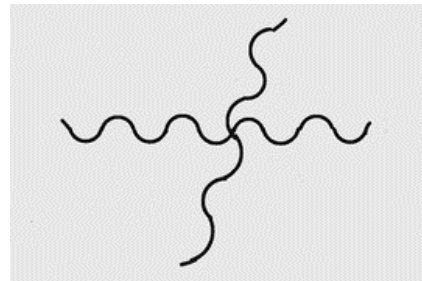


Figura 6

As figuras 7 e 8 são duas configurações compostas pelas mesmas unidades, seguindo o Princípio da Continuidade das formas geométricas. No entanto, raramente são percebidas como tal. Há tendência em perceber formas e tamanhos diferenciados do que realmente aparece nas imagens, em especial na figura 7, já que a posição - uma estando à direita e inclinada - e a orientação - uma inversamente a outra - são decisivas para criar uma aparência diferente.

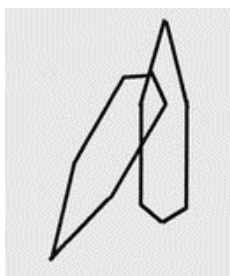


Figura 7

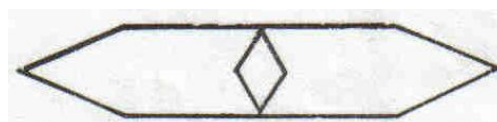


Figura 8

A figura 7, por exigir maior mudança na direção das figuras, com seus ângulos, torna mais difícil sua execução. Esta habilidade é adquirida mais tardiamente pela criança. Observando-se, atentamente, vê-se que a figura é constituída pelo entrelaçamento horizontal

das figuras anteriores, pois tomando em atenção às duas imagens que compõe a 7 e dispondas na posição horizontal, lado a lado, elas compõe o formato da 8. O polígono central nada mais é do que as pontas que contém o menor ângulo, da figura 7, em direção oposta.

Já a figura 8, aparentemente, é de mais fácil execução que a figura anterior: existe a tendência das crianças obterem êxito nesta figura porque nela prevalece o Princípio da Continuidade da linha reta, sendo que nas pontas esquerda e direita da figura, o ângulo é mais aberto, formando duas pontas bem definidas.

De acordo com Kacero (2005), a figura 8, por ser a última figura copiada, provoca sensação de repouso, proporcionando uma finalização do teste de forma branda, já que suas linhas retas são de fácil reprodução e, geralmente, bem identificadas pelos sujeitos.

Percebe-se que cada figura é regida por um princípio diferente; vai depender, para isto, de sua gestalt própria na formação do estímulo. Sendo assim, toda a estrutura do teste enfoca a percepção visual que, por sua vez, ao ser processada a nível cerebral, é suscetível de sofrer modificações, em sua forma, caso existam deficiências neste processo. A partir destes conceitos esboçados, é pertinente traçar algumas reflexões acerca deste constructo visomotor (SILVA E NUNES, 2007).

4. INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS DE BENDER

A partir da década de 60, surge uma tendência dos profissionais a utilizarem tal instrumento de acordo com seu sistema de correção, a fim de avaliar os indicadores orgânicos do teste Bender, então estudiosos que tinham interesse em empregar o teste Bender na população desenvolveram e adaptaram seus métodos, avaliações e pontuação dos protocolos de Bender tentaram realizar diagnóstico de problemas de leitura por meio do Teste de Bender (BARTOLOMEU *et al*, 2005).

Para KOPPITS (1989), os indicadores considerados de relevância orgânica para o estudo regulamentar de Koppitz (1961/1989) proporcionaram um sistema de pontuação ao Bender, sendo um marco na história deste instrumento. Até hoje, sua forma de correção é a mais utilizada pelos profissionais na correção do Bender em crianças. Consiste numa correção dicotômica, ou seja, são vistos como presentes, ou não, são eles: a distorção na forma da figura copiada pela criança, a rotação desta figura, a falta de integração das partes da figura ou a perseveração da mesma. Verifica-se quais destes são mais frequentes em cada figura do teste. A análise final evidencia, então, o tipo de erro mais significativo para a idade da criança, do ponto de vista de comprometimento neurológico, bem como aquele que indica uma possível imaturidade. (SILVA e NUNES, 2007)

Todos os pontos são somados formando um escore total que pode ser no máximo de 30 pontos. No entanto vale lembrar que para Nunes (*et al*, 2007), estes são distribuídos ao longo das nove figuras do teste, sendo priorizados estes quatro itens (Tabela 1):

Tabela 1 – Descrição dos Indicadores Psicopatológicos de Koppitz

Distorção da forma	Distorcer os aspectos estruturais do desenho, como omitir ou acrescentar ângulos, achatar ou apresentar uma desproporção nas curvas e retas, além de desenhar pontos sem precisão.
Integração	Perda da configuração da figura por separação ou superposição exagerada das subpartes; omissão, acréscimo ou substituição de elementos; ou modificação dos aspectos estruturais da figura.
Rotação	Alteração de 45° ou mais no eixo da figura, modificando a orientação do desenho em relação ao estímulo.
Perseveração	Aumento do número de elementos desenhados em relação à figura estímulo apresentada

Após analisadas essas categorias em todas as nove figuras desenhadas, o escore total é calculado e a tabela de Koppitz é consultada para ver se a criança em questão está com maturação visoperceptomotora compatível, abaixo ou acima de sua idade cronológica.

Em sua prática clínica, Koppitz avaliava, rotineiramente, crianças pequenas com dificuldades emocionais. Observou que, a maioria delas apresentava problemas de aprendizagem tendo, por sua vez, desempenho fraco no teste Bender. A partir de seu juízo clínico, concluiu que baixo desempenho no teste e problemas de aprendizagem tinha como causa, problemas perceptivos. Contudo, quando estudou os protocolos de crianças em idade escolar, sem dificuldades de aprendizagem, descobriu que estas, também, apresentavam muitos desvios e distorções no Bender. Assim, uma comparação entre as respostas dos pacientes clínicos e crianças em idade escolar revelou que nenhuma distorção ou desvio ocorre exclusivamente em um grupo ou noutro. Também analisou os protocolos infantis na tentativa de levantar indicadores emocionais, dizendo serem estes passíveis de análise quando descartado algum problema orgânico a fim de se fazer o levantamento emocional. (BARTOLOMEU *et al*, 2005).

Koppitz (1989) estudou o teste analisando os tipos de erros de acordo com a idade da criança, categorizando num sistema de pontuação. Assim, tornou-se mais fácil diferenciar tipos de erros provenientes de imaturidade neurológica, ou seja, dificuldades visomotoras (naquela idade a criança ainda não está "pronta" para reproduzir aquela figura com perfeição); ou por dificuldades provenientes de lesões cerebrais.

O formato de aplicação do teste é individual, devendo a criança estar sentada confortavelmente frente a uma mesa onde estejam colocadas duas folhas de papel, um lápis e uma borracha, sendo que esta última não deve ser estimulada e nem impedida de ser usada. Os nove cartões são mostrados à criança, um de cada vez, e é pedido que ela os copie, um a um, fazendo o mais parecido que conseguir com o desenho do cartão. Não há tempo limite para a realização da tarefa. Caso a criança faça alguma pergunta, as respostas devem ser neutras e seu comportamento deve ser observado e anotado. A aceitação do material proposto por Bender, além de ter sido imediata, suscitou derivações de vários outros sistemas de avaliação com diversificações tanto das faixas etárias como de outras áreas de funcionamento e habilidades do indivíduo (NORONHA e MATOS, 2006).

Aileen Clawson (1959) teve como principal objetivo utilizar o Bender como um instrumento projetivo, analisando possíveis dificuldades emocionais. A autora considera os aspectos do desenvolvimento normal da função visomotora em todas as faixas etárias e apenas analisa as questões emocionais após descartar qualquer possibilidade de problemas orgânicos (NUNES *et al*, 2007).

Ela comparou desenhos do Bender reproduzidos por crianças em desenvolvimento normal e em crianças perturbadas emocionalmente, com idades entre sete e doze anos, e

foram notadas diferenças significativas em seu estudo. No entanto, a autora ressalta que, assim como outros testes projetivos, o Bender deve ser utilizado dentro de uma bateria de testes para se chegar com maior segurança ao diagnóstico. (NUNES *et al*, 2007).

O que acrescenta ao modelo de Koppitz é que Clawson solicita à criança que fez rotações grosseiras a desenhar novamente as figuras que rotou após concluir o teste em uma nova folha. O objetivo é avaliar o quão inflexíveis possam ser os seus aspectos perceptuais. A autora enfatiza que todos os movimentos devem ser registrados, pois, se a intenção do teste é compreender a organização da personalidade da criança, o seu comportamento frente ao estímulo é um dado muito importante na integração dos resultados. A autora sugere, ainda, que seja feito um reteste após uma semana, principalmente se o primeiro protocolo tiver muitos desvios.

Além da aplicação padrão, Clawson cita que clínicos têm encontrado dados úteis para o diagnóstico em uma segunda administração do teste com instruções modificadas em três variações: memória imediata - a criança reproduz novamente os desenhos que lembrar; elaboração - a criança desenha combinando ou alterando as figuras; e associações - a criança olha os cartões e diz com o que eles se parecem ou o que eles lembram.

Para se evidenciar a possibilidade de existência de um comprometimento ou transtorno do Sistema Nervoso Central a presença de quatro ou mais dos indicadores propostos por Clawson (1980), descritos na Tabela 2, devem estar presentes no resultado do teste.

Tabela 2 – Descrição dos Indicadores Psicopatológicos de Clawson

CARACTERÍSTICAS	DESCRIÇÃO
Simplificação	É a substituição por formas primitivas, aquelas que estão presentes no estímulo, como por exemplo, substituição de um círculo, ou um quadrado, ou hexágono, bem como a substituição de círculos minúsculos por pontos, ou ondas sinuosas por linhas retas.
Fragmentação	As subpartes são apresentadas de maneira primitiva. Se as subpartes devem ser tangentes, ou sobrepostas, frequentemente ela se separa, sem evidencia de ter tentado ou pretendido fazer a conexão.
Colisão	É o encontro de duas figuras ou de uma figura com a borda da página.
Rotação	É o giro da figura total sobre seu eixo, de maneira que o ângulo subtendido entre o eixo horizontal da figura e a borda horizontal do papel que dever ser maior que 15° nas figuras padrão.
Numero incorretos de unidades	Se refere a perseveração ou à mutilação das figuras, por um aumento ou diminuição dos números de unidades, se comparadas as figuras estímulo.

Perseveração	Pode ser de vários tipos: - Seção precedente sobre o numero incorreto de unidades (como, orientação, aumento de duas ou mais unidades dentro de uma figura). - Figura a figura (a criança continua a fazer, num segundo desenho, o mesmo tipo de unidades que fez no desenho precedente)
Qualidade da linha trêmula	É uma má qualidade de linha, com irregularidades frequentes, que podem ser por tremor grosseiro do braço ou da mão; cantos mal executados, curvas ou linhas retas, se tornam onduladas.
Vírgulas e/ou traços	Pontos e laçadas grosseiramente deformadas ou desviantes. Como simplificação ou má qualidade de linha, onde traços e vírgulas substituem pontos.

Mediante a existência de quatro ou mais indicadores no resultado do teste feito, a hipótese de transtorno do Sistema Nervoso Central fica evidente (Clawson, 1980), mesmo assim, há a necessidade de aplicação de outros testes para descarte ou confirmação da hipótese apresentada.

Segundo Da Silva (2008), o sistema de análise proposto por Clawson é qualitativo e interpretativo, abrangendo os seguintes aspectos descritos na Tabela 3:

Tabela 3 - Aspectos interpretativos para exclusão de hipótese de comprometimento do Sistema Nervoso Central (SNC)

Fatores Organizacionais	- Maneira como as figuras são distribuídas na folha;
Modificações da Gestalt	- Mudanças estruturais na reprodução das figuras copiadas;
Método de Trabalho	- Forma com a qual a criança realiza o teste; - Ordem e direção do desenho; - Presença de rasuras; - Repasses feitos nas linhas ou pontos dos desenhos; - O tempo em que executa o teste; - A pressão do lápis; - Qualidade da linha.

Apesar disso, é imprescindível que a realização de outros testes aconteçam concomitantemente, para exclusão definitiva ou confirmação diagnóstica da suspeita de Transtorno do Espectro Autista que for apresentado em crianças durante a aplicação do Bender.

O B-G pela avaliação de Clawson (1980) e Koppitz (1989) possuem elementos avaliativos e diagnósticos eficazes, quando combinado com outros testes para inclusão de outras variáveis avaliativas, evidenciando assim, a importância de se utilizar o Teste Gestáltico Visomotor de Bender para avaliações de autistas pelos psicólogos.

5. O BENDER E SUA RELAÇÃO COM O AUTISMO

Com base na bibliografia pesquisada para o alcance a identificação das características prevalentes, são apresentados a seguir os indicadores psicopatológicos do B-G. Mediante a capacidade comprometida em reproduzir as figuras do teste, entende-se haver a presença de transtorno do Sistema Nervoso Central, fazendo com que os executantes apresentem alteração na execução esperada dos desenhos.

Clawson (1980) apresenta oito aspectos para identificação de comprometimentos do Sistema Nervoso Central (SNC), e estão apresentados na Tabela 4:

Tabela 4 – Indicadores Psicopatológicos de Clawson

NUMERO	ASPECTO
1	Simplificação de duas ou mais figuras, num nível de 3 ou mais anos abaixo da IM do sujeito;
2	Fragmentação de uma ou mais figuras;
3	Colisão de uma figura com outra ou com a borda do papel;
4	Rotação de uma ou mais figuras em 90° ou mais;
5	Numero incorretos de unidades em 3 ou mais figuras;
6	Perseveração de um tipo de unidade de figura a figura;
7	Qualidade da linha trêmula;
8	Vírgulas e/ou traços em duas ou mais figuras;

Mediante a existência de quatro ou mais aspectos no resultado do teste, a hipótese de transtorno do Sistema Nervoso Central fica evidente, indicando assim o comprometimento orgânico.

Já, Koppitz (1989), apresenta quatro aspectos significativos para se relacionar um sujeito a um quadro psicopatológico, e são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Indicadores Psicopatológicos de Koppitz

NUMERO	ASPECTO
1	Distorção de forma
2	Integração
3	Rotação
4	Perseveração

Mediante a apresentação de uma alteração, cada item recebe a pontuação no valor de um ponto, quando não há presença dessa distorção, o valor atribuído é zero. Sendo trinta

pontos o valor máximo atribuído em uma produção, onde, quanto maior da pontuação, pior o desempenho no teste, e quanto menor a pontuação, melhor sua execução.

Após realização do marco teórico deste estudo, foi elaborada uma análise comparativa do Teste Gestáltico Visomotor de Bender, sob os critérios de avaliação teórica de Clawson e Koppitz, onde essas duas autoras se assemelham a avaliação original do teste, construída por Laureta Bender, onde através da qualificação e a quantificação das autoras em questão, podem ser evidenciados através dos resultados do teste, por seus indicadores, lesões cerebrais ou orgânicas, transtornos de aprendizagem e disfunções neurológicas até mesmo sem características aparentemente evidentes, que podem ser aferidos através dos resultados obtidos.

Cabe destacar, que nesse momento inicial da apresentação dos resultados obtidos na pesquisa comorbida dos temas relacionados ao Transtorno do Espectro Autista e o Bender, que muito pouco foi encontrado, apenas Jorge (2010) e Ferreira et. al. (2009) possuem trabalhos publicados a cercado uso do Bender em baterias de testes para avaliação psicológica de pessoas com a Síndrome de Asperger (autismo de alto funcionamento, segundo o DSM-IV), síndrome essa que a partir da nova nomenclatura e definição do TEA pelos critérios classificatórios do DSM-V, passa a ser uma das nuances de acometimento desse transtorno tão vasto e singular.

No comparativo entre os indicadores psicopatológicos pospostos por Clawson e Koppitz, podemos salientar equivalência em seus aspectos estruturais. Na tabela 6, pode ser observado essa ordem comparativa.

Tabela 6 – Equivalências dos Indicadores Psicopatológicos de Koppitz e de Clawson.

Indicadores Psicopatológicos de Koppitz	Equivalência dos Indicadores de Clawson
-Distorção de forma	- Fragmentação; - Qualidade da Linha Trêmula;
-Integração	- Simplificação; - Vírgulas e/ou traços;
-Rotação	- Rotação;
-Perseveração	- Número Incorreto de Unidades; - Perseveração
	Colisão;

Diante da análise comparativa sobre os Indicadores Psicopatológicos, para ambas as autoras, são registrados como equivalentes as frequências dos aspectos considerados inadequados no desenho do B-G, onde os itens, fragmentação e qualidade da linha trêmula de Clawson são equivalentes ao item distorção de forma de Koppitz. Assim como, os itens simplificação e vírgula e/ou traços, equivalem à integração, bem como os números incorretos de unidades e perseveração, estão para o item perseveração. Rotação é o item que se manteve o mesmo, em ambos os critérios e, o item colisão proposto por Clawson, não obteve correlação encontrada com as demais descrições dos itens propostos por Koppitz.

Sisto (*et al*, 2003 *apud* Miilher, 2012), utiliza dos critérios de Koppitz em pesquisas clínicas na comparação entre os quadros psicológicos neurótico e psicótico. Concluíram que as altas pontuações quanto à distorção e a integração da forma implicam em dificuldades de socialização, falta de sentimentos de culpa e de sensibilidade em relação ao outro, sintomas estes, mais presentes nos sujeitos com quadro psicopatológicos. (MIILHER, 2012).

Durante as pesquisas, embora as metodologias e as amostras investigadas fossem diferentes, o Teste Gestáltico foi unânime a fim de averiguação de características neurológicas. Sua sensibilidade é evidente na detecção de distúrbios e comprometimentos com ou sem aparência evidente.

Os resultados obtidos durante a pesquisa sobre os indicadores patológicos do Teste Gestáltico Visomotor de Bender, os indicadores mais evidentes observados e mencionados por Jorge (2010) e Ferreira et. al. (2009) em suas pesquisas equivalentes a cerca do tema são os itens Distorção de forma na figura 1, da figura 7 e da figura 8, com relação a Desproporção em um ou nos dois itens, na figura 1. No item Integração da Figura 4 e Rotação da figura 7. Pose-se ver mais claramente esses dados na tabela 7.

Tabela 7 – Indicadores Psicopatológicos mais frequentes para ambas as autoras relacionadas

FIGURA	ITEM
1, 7 e 8	Distorção de forma
4	Integração
7	Rotação

Jorge (2010) ressalta que embora o teste tenha rápida execução e seja possível extrair informações imprescindíveis do estado maturacional do sujeito e avaliar sua percepção visual e desempenho motor (Distorção de Forma), pode-se também averiguar seu funcionamento cognitivo, através do cumprimento da tarefa, onde se verifica o que estava sendo dito e o que se entendeu da execução da tarefa ao olhá-la (Interação), pois a atenção seletiva dos autistas,

podem afetar sua percepção a cerca das informações solicitadas e ofertadas durante o teste, e também assinalar dificuldade generalizada da percepção de movimentos, pois dependendo do grau de comprometimento do indivíduo, o mesmo pode mudar as formas das figuras de maneira que achar mais conveniente, ou adequada para uma resposta correta durante a execução do teste (Rotação), até mesmo indicá-las como iguais, não havendo percepção das mudanças das formas das figuras estímulos.

Durante a análise realizada, verificou-se que as crianças com TEA apresentaram um pior desempenho na execução dos itens distorção de forma da figura 1, 7 e 8, da integração da figura 4e do item rotação na figura 7, possibilitando assim ao profissional examinador utilizar desses critérios para dar um parecer mais fidedigno com relação ao diagnóstico de crianças ainda sem classificação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comparação entre os sistemas de correção do teste Bender, é uma forma de fornecer elementos significativos para os psicólogos trabalharem, colaborando com todo o desenvolvimento do processo de avaliação psicológica.

Foram realizados os objetivos propostos, constata-se que: existe equivalência na maioria dos aspectos conhecidos como indicadores psicopatológicos do teste B-G, e, a maior frequência dos indicadores psicopatológicos do teste B-G registra-se na falha da execução dos aspectos dos itens distorção de forma da figura 1, 7 e 8, da integração da figura 4e do item rotação na figura 7, como se observa na tabela 7.

Fica aqui evidenciados a satisfação da pesquisa em ser inovadora e abrir um leque de possibilidades de pesquisas futuras a cerca do tema, pois as pesquisas mais recentes a cerca da mesma se encontra desatualizada o que se refere a nomenclatura a cerca do TEA. E a razoável facilidade dos autistas com “habilidades manuais, visoespaciais e de memória imediata” (JORGE, 2010) que torna o B-G um teste tão valioso para o apoio diagnóstico desses indivíduos. Ainda sendo um teste de grande importância para identificar comprometimento neurorgânico, se faz necessário que seja complementado nas avaliações de TEA, com outros instrumentos avaliativos.

Ainda sendo, este trabalho uma aproximação ao problema, não conclusivo nesta etapa da avaliação neuropsicológica do TEA, considera-se um aporte dos resultados deste trabalho, a possibilidade para replicação das pesquisas encontradas para atualização de nomenclatura e abrangência deste transtorno tão instigante.

7. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **DSM-IV**. Pervasive Developmental Disorders. In: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington, DC, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANCONA, Cristina Heredia; HIDALGO Guadalupe B. Santaella; ROCHA Laura A. Somarriba. **Test Gestáltico Visomotor de Bender Métodos de Evaluación de Hutt y Lacks Adolescentes y Adultos**, 2011

ARZENO, M. E. **Psicodiagnóstico – novas contribuições clínicas**. Porto Alegre, RS: Artes Medicas, 1995.

ASSUMPCÃO JR, Francisco B.; PIMENTEL, Ana Cristina M. **Autismo infantil**. Rev. Bras. Psiquiatr.[online]. 2000, vol.22, suppl.2, pp.37-39. ISSN 1516-4446. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600010>> Acesso: em 04 de maio. de 2016.

BACKES, Bárbara; ZANON, Regina Basso; BOSA, Cleonice Alves. **A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo**. *CoDAS*[online]. 2013, vol.25, n.3, pp.268-273. ISSN 2317-1782. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000300013>> Acesso: em 04 de maio. de 2016.

BARBOSA, Milene Rossi Pereira. **Identificação das variações do espectro do autismo**. 2013. Tese (Doutorado em Comunicação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. doi:10.11606/T.5.2013.tde-04122013-110448. Acesso em 09 de set. de 2016.

BARTHOLOMEU, Daniel; RUEDA; Fabián Javier Marín; SISTO, Francisco Fermio Fernandes. **Teste de Bender e dificuldades de aprendizagem: quão válido é o sistema Koppitz? Avaliação Psicológica**, Revista Avaliação Psicológica, 4(1), Mioli_Jun 2005.

BENDER, Laretta. **Test gestálticovisomotor: usos y aplicaciones clínicas**. Buenos Aires: Paidós, 1980.

BERNSTEIN, J. **El Teste de Bender: fundamentos científicos**. In: BENDER, Laretta. *Test GestalticoVisomotor*. (PP. 09-16). Buenos Aires: Paiós.

CLAWSON, Aileen. **Bender Infantil – Manual de Diagnóstico Clínico**. 7ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

COSTA, Maria.Ione .Ferreira; NUNESMAIA, Henrique Gil da Silva. **Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil**. Arq. Neuro-Psiquiatr[online]. 1998, vol.56, n.1, pp.24-31. ISSN 1678-4227. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1998000100004>.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família.** 4 ed. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

CUNHA, Jurema Alcides. **Bender na criança e no adolescente.** in CUNHA, Jurema Alcides, e cols. *Psicodiagnóstico- V* (pp 295-316). 5ª ed. (revisada e ampliada). Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CZERMAINSKI, Fernanda Raschet *al.* **Executive Functions in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder.** *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 2014, vol.24, n.57, pp.85-94. ISSN 0103-863X. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272457201411>.

DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A.S.; OLIVEIRA, A.; BIRD, H. **The CBCL and the identification of children with autism and related conditions in Brazil: pilot findings.** *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 33, 703-707, 2003

ESTEVES, Cristiano. **Padronização brasileira do Teste Bender Koppitz-2 em crianças da cidade de São Paulo.** Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/T.47.2015.tde-24092015-121411. Acesso em: 2016-09-22.

FERREIRA, Roselaine Berenice; FEIL, Cristiane Friedrich; NUNES Maria Lucia Tiellet. **O Teste Gestáltico Visomotor de Bender na avaliação clínica de Crianças.** *Psico-USP, Psico-USF*, v.14, n. 2, p. 185-192, maio/agosto. Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

JORGE, Lília Maíse de. **A Avaliação cognitiva de indivíduos autistas: inteligência, atenção e percepção.** Tese de doutorado Itatiba, 2010.

KACERO, E. **Test Gestaltico Visomotor de Bender: una puesta em espacio de figuras.** Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.

KANNER, Léo, **Autistic disturbances of affective contact.** *Acta Paedo-Psychiatrica*, 1968, 35, 98-136, publication originale in *Nervous Child*, 1943, 2,3,211-217. Apud LBOVICI, Serge (org), MAZET, Philippe (org), *Autismo e psicoses da criança* – Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

KHOURY. Laís Pereira; TEIXEIRA. Maria Cristina Triguero Veloz; CARREIRO. Luiz Renato Rodrigues; SCHWARTZMAN. Jose Salomão; RIBEIRO. Adriana de Fátima; CANTIERI. Carla Nunes, **Manejo comportamental de crianças com Espectro do Autismo em condição de inclusão escolar,** Guia de orientação a professores São Paulo, 2014.

KOPPITZ, Elizabeth Munsterberg; PICCOLI, Rosaura Nemoto. **O teste Gestáltico Visomotor de Bender para crianças.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LEBOVICI, Serge (org); MAZET, Philippe (org). **Autismo e psicoses da criança.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MARFINATI, Anahi Canguçu; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. **Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo,** v. 19, n. 2 (2014) <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i2p244-262>

MARQUES, Daniela Fernandes; BOSA, Cleonice Alves. **Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade de Critério.** Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, (2015) 31(1), 43-51.

MAZETTO, Camilla Teresa Martini. **A criança com autismo: trajetórias desenvolvimentais atípicas à luz da teoria piagetiana da equilíbrio.** 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-22022016-183718/>>. Acesso em: 20 de set. de 2016.

MELLO, Ana Maria S. **Autismo: guia prático.** 2ª edição, São Paulo: AMA; Brasília: Corde, 2007.

MILHER, Liliane Perroud. **Habilidades conversacionais de crianças com transtornos do espectro autístico.** Tese (Doutorado em Comunicação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/T.5.2012.tde-09012013-174947. Acesso em: 20 de set. de 2016.

MOREIRA, Patrícia Schiewe Torres **Autismo: a difícil arte de educar** Universidade Luterana do Brasil – Ulbra – Campus Guaíba – RS, 2005.

MOTA, Angela Di Paolo. **Identificação de transtornos do espectro de autismo com ChildBehaviorChecklist (CBCL): Evidências de sensibilidade.** Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/T.47.2015.tde-12082015-151126. Acesso em: 20 de set. de 2016.

NETRVAL, Danielle Azarias Defense. **Proposta de modelo de indicadores de qualidade para o atendimento oferecido aos indivíduos autistas na cidade de São Paulo.** Tese (Doutorado em Comunicação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.5.2014.tde-24062014-151643. Acesso em: 20 de set. de 2016.

NORONHA, Ana Paula Porto; MATTOS, Rosângela Maria De CarliBueri**Koppitz e Bender sistema de pontuação gradual: comparação entre sistemas de avaliação / Koppitz e Bender.** Psicol. esc. educ; 10(2): 223-233, jul.-dez. 2006.

NUNES, M. L. T.; FERREIRA, R. B.; LOPES, F.**Diferentes sistemas de aplicação e interpretação do Teste Gestáltico Visomotor de Bender.** Psic: Revista de Psicologia da Vetor Editora, 8 (1), 41-49, 2007.

OLIVEIRA, M. S. **O Teste de Bender e o Desenho da Figura Humana como preditores do rendimento escolar**(Dissertacao de Mestrado). Porto Alegre: PUCRS – Faculdade de Psicologia, 1985.

OLIVEIRA, G.,Ataíde, A.; MARQUES, C.; MIGUEL, T.S.; COUTINHO, A.M.;MOTA-VIEIRA,L. *et al.* **Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions.** Developmental MedicineandChildNeurology, 49,726-733, 2007.

PAPIM, Angelo Antonio Puzipe; SANCHES, Kelly Gil. **Autismo e inclusão: levantamento das dificuldades encontradas pelo professor do atendimento educacional especializado em sua prática com crianças com autismo**, Lins - SP, 2013.

PEREIRA, Alessandra; RIESGO, Rudimar S.; WAGNER, Mario B. **Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil**. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2008, vol.84, n.6, pp.487-494. ISSN 0021-7557. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000700004>. Acesso em: 04 de maio de 2016.

PIMENTEL, Ana Gabriela Lopes; FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda. **Perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo**, *Audiology - Communication Research [On-line] 2014*, *Audiol., Commun. Res.* vol.19.no.2. ISSN.2317-6431 São Paulo: Abril/Junho, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312014000200012> Acesso em: 04 de maio de 2016.

RUSSO, Fabiele Baldino. **Geração de células pluripotentes induzidas de pacientes com transtorno do espectro autista**. 2015. Tese (Doutorado em Anatomia dos Animais Domésticos e Silvestres) - Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/10/10132/tde-14082015-154556/>>. Acesso em: 20 de set. de 2016.

RODRIGUES, Ida Janete. **Habilidades viso-perceptuais e motoras na Síndrome de Asperger**. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/T.47.2010.tde-03092010-151245. Acesso em: 20 de set. de 2016.

RODRIGUES, Ida Janete; ASSUMPCAO JR, Francisco Baptista. **Habilidades viso-perceptuais e motoras na síndrome de Asperger**. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 361-377, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 set. 2016.

ROSA, Helena Rinaldi; ALVES, Irai Cristina Boccato. **Relação do teste de Bender (avaliação Koppitz) com o R-2: teste não verbal de inteligência para crianças**. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2012, vol.14, n.1, pp. 153-167. ISSN 1516-3687. Acesso em: 40 de maio de 2016.

RUTTER, M. **Aetiology of autism: findings and questions**. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 231-235, 2005.

SÁ, Maria das Graças Carvalho Silva de Zelinda Orlandi Siquarab; CHICON, José Francisco, **Representação simbólica e linguagem de uma criança com autismo no ato de brincar**, *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2015; 37(4):355---361. Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil 2015.

SANTUCCI, Hilda; PÊCHEUX, Marie-Germaine. **Prova Gráfica de Organização Perceptiva Para Crianças de 6 a 14 anos**. (pp. 291 – 438). Em: ZAZZO, René, cols. **Manual para exame o exame psicológico da criança**. 3ª ed.. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

SARDINHA, Luís Sérgio. **Tabagismo e depressão: indicadores do funcionamento psíquico por meio do Bender e do Rorschach**. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em <doi:10.11606/T.47.2011.tde-26092011-160507> Acesso em: 22 de set. de 2016.

SCHMIDT, Carlo; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BOSA, Cleonice Alves, **Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção**. *Psicol. Reflex. Crit.*[online]. 2007, vol.20, n.1, pp.124-131. ISSN 1678-7153. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000100016> Acesso em: 20 de set. de 2016.

SILVA, Roselaine Berenice Ferreira da; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. **Teste Gestáltico Visomotor de Bender: revendo sua história**. *Aval. psicol.*[online]. 2007, vol.6, n.1, pp. 77-88. ISSN 2175-3431.

SILVA, Roselaine Berenice Ferreira da. **Evidências de validade para o teste Gestáltico Vismotor de Bender**. 2008.

SISTO, Fermino Fernandes, NORONHA, Ana Paula Porto, SANTOS, Acácia Aparecida Angeli. **Teste Gestáltico Vismotor de Bender: Sistema de Pontuação Gradual (B-SPG)**; Manual. São Paulo: Vetor, 2005.

SISTO, F. F.; NORONHA, A. P. P.; SANTOS, A. A. A. **Distorção de forma no Teste de Bender: questionando seu critério de validade**. *Revista da Universidade Federal Fluminense*, 3(1), 13-20, 2004.

SOARES, Angélica Miguel; CAVALCANTE NETO Jorge Lopes. **Avaliação do Comportamento Motor em Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: uma Revisão Sistemática**, Comportamento motor e autismo: revisão sistemática, *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 21, n. 3, p. 445-458, Julho-Setembro, 2015.

SOUSA-MORATO, Priscilla Faria. **Perfil funcional da comunicação e a adaptação sócio-comunicativa no espectro autístico**. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.*[online]. 2007, vol.12, n.4, pp.347-347. ISSN 1982-0232. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000400018>. Acesso em: 20 de set. de 2016.

VARANDA, Cristina de Andrade; FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda. **Psicológicos básicos consciência sintática: correlações no espectro do autismo**, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, On-line. Version. *ISSN.1678-7153*, *Psicol. Reflex. Crit.* vol.27, no.4. Porto Alegre: Outubro/Dezembro, 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201427415>> Acesso em: 20 de set. de 2016.

VITIELLO, B.; WAGNER, A. **Therapidly expanding field of autism research**. *Biol Psychiatry*, 61, 427–428, 2007.

WIKIPÉDIA, [online], 2016. [http://pt.wikipedia.org/wiki/Espectro\(fisica\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Espectro(fisica))

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara and BOSA, Cleonice Alves. **Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais**. *Psic.: Teor. e Pesq.*[online]. 2014, vol.30, n.1, pp.25-33. ISSN 0102-3772. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004> Acesso em: 20 de set. de 2016.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. **Diferenças conceituais entre resposta e iniciativa de atenção compartilhada**, Revista Psicologia: Teoria e Prática, 17(2), 78-90. São Paulo, SP, maio-ago. 2015. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line).Disponível em <<http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n2p78-90>> Acesso em: 20 de set. de 2016.

ANEXOS

