

A AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA O NEUROPSICÓLOGO-INVESTIGADOR: ENTRE A COMPETÊNCIA OCULTA E A ÉTICA ANTI-IATROGÊNICA

NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT IN AUTISM SPECTRUM DISORDER: THE NEUROPSYCHOLOGIST-INVESTIGATOR: BETWEEN HIDDEN COMPETENCE AND ANTI-IATROGENIC ETHICS

Francisco Narthagnan Chaves da Silva¹

Resumo: A avaliação neuropsicológica (AN) é uma ferramenta central no diagnóstico diferencial do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Contudo, este artigo de revisão e ensaio teórico argumenta que a aplicação de instrumentos psicométricos padronizados no Brasil enfrenta limitações metodológicas severas, especialmente na população com oralidade restrita. Fatores como apraxia de fala, barreiras na reciprocidade social (rapport) e sobrecargas sensoriais frequentemente invalidam a mensuração de constructos como o Quociente de Inteligência (QI), gerando falsos-negativos de potencial cognitivo, conforme ilustrado por casos emblemáticos de indivíduos não-verbais (ex: Jason Arday, Carly Fleischmann) erroneamente diagnosticados com Deficiência Intelectual. Este artigo propõe que a solução para essa lacuna não reside na espera por novos testes, mas em uma mudança de paradigma: a adoção de uma postura de “neuropsicólogo-investigador”. Fundamentado na práxis clínica, o texto conclama os neuropsicólogos a se indagarem, observarem criticamente e desenvolverem meios de avaliação processuais que transcendam a rigidez psicométrica, evitando a iatrogenia diagnóstica.

¹ Psicólogo (CRP-11/16268), Neuropsicólogo, NMT, Musicoterapeuta. Doutorando em Psicologia (Christian Business School, Flórida, EUA). Mestre em Educação (MUST University, Flórida, EUA/ UNICID). Especialista em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico. Analista do Comportamento (IBAO) e Supervisor Clínico (Selo ABA). Professor de Pós-Graduação (CENSUPEG). Membro do Comitê de Pessoas com Deficiência do CRP-11. Autista e pai de dois filhos no espectro autista. CEO da Clínica Mais Afeto Espaço Terapêutico.



Palavras-chave: Avaliação Neuropsicológica. Transtorno do Espectro Autista. Diagnóstico Diferencial. Psicometria. População Não-Verbal. Práxis Crítica. Competência Oculta.

Abstract: Neuropsychological assessment (NA) is a central tool in the differential diagnosis of Autism Spectrum Disorder (ASD). However, this review and theoretical essay argues that the application of standardized psychometric instruments in Brazil faces severe methodological limitations, especially within the non-verbal population. Factors such as apraxia of speech, barriers in social reciprocity (rapport), and sensory overload often invalidate the measurement of constructs like the Intelligence Quotient (IQ), leading to false negatives of cognitive potential. This is illustrated by emblematic cases of non-verbal individuals (e.g., Jason Arday, Carly Fleischmann) erroneously diagnosed with Intellectual Disability. This article proposes that the solution to this gap lies not in waiting for new tests, but in a paradigm shift: the adoption of a “neuropsychologist-investigator” stance. Grounded in clinical praxis, the text calls on neuropsychologists to question themselves, observe critically, and develop procedural assessment methods that transcend psychometric rigidity, thereby avoiding diagnostic iatrogenesis.

Keywords: Neuropsychological Assessment. Autism Spectrum Disorder. Differential Diagnosis. Psychometrics. Non-Verbal Population. Critical Praxis. Hidden Competence.

INTRODUÇÃO

A profunda heterogeneidade fenotípica do Transtorno do Espectro Autista (TEA) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022) torna o diagnóstico diferencial uma das tarefas mais complexas da neuropsicologia contemporânea. O diagnóstico de TEA é clínico-comportamental, mas a simples observação de comportamentos é insuficiente para delinear um plano terapêutico eficaz.



Este ensaio, fundamentado em uma revisão crítica da literatura e na práxis do autor — como neuropsicólogo, docente de pós-graduação, supervisor clínico em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e psicólogo autista — argumenta que a avaliação neuropsicológica é indispensável, mas sua eficácia está condicionada a uma profunda revisão crítica de seus métodos.

O foco deste artigo é duplo: (1) Reforçar a importância da AN para o mapeamento cognitivo e o diagnóstico diferencial (DD) do TEA e (2) Apresentar uma crítica metodológica sobre a aplicação de testes padronizados em populações com oralidade restrita, algo que a experiência paterna (dois filhos com TEA) e clínica do autor revelou ser um ponto cego e iatrogênico na prática diagnóstica.

Apesar do inegável valor dos instrumentos padronizados, o contexto brasileiro impõe limites adicionais: a indisponibilidade ou restrição de uso/parecer favorável de testes não-verbais em larga escala, as barreiras de acesso e a formação ainda centrada na psicométrica clássica. À luz da tradição histórico-cultural (Vygotsky/Luria), a inteligência se manifesta na mediação: o que o sujeito realiza com ajuda também é dado clínico legítimo. (VYGOTSKY, 2001; LURIA, 1981)

Em populações com oralidade restrita, apraxia e hiper/hipossensibilidade sensorial, reduzir a avaliação a escores descontextualizados converte incerteza em rótulo — e rótulos, quando mal atribuídos, geram iatrogenia social e terapêutica. Propomos, portanto, uma virada de método: mapear o processo e as condições de acesso à tarefa antes de declarar “déficit”.

Box conceitual

O que é o “neuropsicólogo-investigador”?

É o profissional que abandona a postura de mero aplicador de testes e adota uma investigação processual do desempenho: descreve como o sujeito tenta resolver as tarefas, mede limites com mediação (testagem dos limites), triangula dados com Fonoaudiologia e TO, e documenta barreiras sensoriais, motoras e comunicacionais que podem falsear o escore. Seu objetivo não é “tirar uma nota”, mas revelar competência — sobretudo quando a oralidade é restrita.



Princípios práticos: (1) observação clínica estruturada; (2) análise qualitativa do erro e do acerto assistido; (3) comunicação alternativa/aumentativa nas instruções; (4) triangulação multiprofissional; (5) ética anti-iatrogênica na conclusão.

A FUNÇÃO DA NEUROPSICOLOGIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO TEA

A função precípua da neuropsicologia é mapear o perfil cognitivo que subjaz aos comportamentos observados. A sobreposição sintomática com o TDAH é notória (ROMERO et al., 2021). Um neuropsicólogo deve ser capaz de discernir se a “desatenção” observada é um déficit primário no controle inibitório (TDAH) ou uma consequência da rigidez cognitiva e hiperfoco (TEA).

Para isso, a AN investiga domínios específicos:

- Funções Executivas (FE): A avaliação das FEs é o pilar central (DEMETRIOU et al., 2019).
- Teoria da Mente (ToM): A capacidade de inferir estados mentais alheios (BARON-COHEN, 2000).
- Coerência Central (Frac): A tendência a um processamento focado em detalhes em detrimento do contexto (HAPPÉ; FRITH, 2006).

Sem esse mapeamento, o clínico corre o risco de diagnosticar TDAH quando, na verdade, os sintomas são manifestações do TEA, ou vice-versa, levando a intervenções equivocadas.

METODOLOGIA

“Seguindo recomendações metodológicas de boas práticas em avaliação psicológica (AERA; APA; NCME, 2014; CFP, 2018), Trata-se de um ensaio teórico ancorado em revisão narrativa e práxis



clínica reflexiva do autor. A revisão narrativa contemplou literatura clássica e contemporânea sobre TEA, FE, Teoria da Mente, coerência central e avaliação psicológica, associada a relatos de casos emblemáticos de competência oculta em autistas não-verbais. A práxis clínica inclui supervisão em ABA e atuação neuropsicológica em contextos brasileiros, com ênfase em barreiras sensório-motoras, comunicação alternativa e análise qualitativa do desempenho. O objetivo é propor diretrizes de avaliação processual que mitiguem vieses psicométricos e reduzam a iatrogenia diagnóstica.

O DESAFIO METODOLÓGICO: A INVALIDADE DA TESTAGEM PADRÃO NO AUTISMO NÃO-VERBAL

“Conforme propõem Malloy-Diniz, Fuentes e Cosenza (2018), a neuropsicologia contemporânea ultrapassa a mensuração, incorporando análise ecológica e processual dos dados.” A maior limitação da neuropsicologia clássica surge ao se deparar com o autismo nível 2 ou 3 de suporte. É aqui que a prática clínica no Brasil encontra seu maior obstáculo. A mensuração do Quociente de Inteligência (QI) é o ponto mais crítico. Instrumentos como a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-V) (WECHSLER, 2014) são fortemente dependentes de linguagem e habilidades motoras.

A validade dos escores obtidos nessa população é frequentemente comprometida por múltiplos fatores de confusão:

- Contaminação pela Apraxia/Dispraxia: A criança pode compreender a instrução, mas ser incapaz de planejar a resposta motora da fala (Apraxia de Fala) ou do gesto (Dispraxia).
- A Questão Motivacional e o Rapport: Testes psicométricos presumem que o avaliado está motivado a “provar” sua competência para um estranho. Para muitos indivíduos autistas, essa premissa é nula.
- Sobrecarga Sensorial: O ambiente de testagem (iluminação, ruídos) pode ser



sensorialmente avassalador, levando a um desempenho rebaixado que reflete shutdown.

Portanto, um laudo neuropsicológico que conclui “Deficiência Intelectual” (DI) em um paciente autista não-verbal, baseado puramente em escores padronizados, corre um sério risco de iatrogenia diagnóstica. Confunde-se performance (o que foi demonstrado no teste) com competência (o potencial real do indivíduo).

A EVIDÊNCIA DA COMPETÊNCIA OCULTA: CASOS EMBLEMÁTICOS

A literatura biográfica e os relatos de caso documentados pela mídia são a prova cabal de que a avaliação psicométrica tradicional é uma “armadilha” ao avaliar o autismo não-verbal. Esses casos não são milagres; são exposições de falhas diagnósticas severas.

O exemplo mais contundente é o de Dr. Jason Arday. Diagnosticado com TEA e “atraso global do desenvolvimento”, Arday foi incapaz de falar até os 11 anos e de ler ou escrever até os 18 anos. Sob qualquer métrica de testagem padrão (como o WISC-V aplicado em sua infância), seu perfil seria classificado como Deficiência Intelectual severa. No entanto, em 2023, Arday tornou-se o professor titular mais jovem (e negro) nomeado na Universidade de Cambridge (ANDREWS, 2023). Sua trajetória expõe que a inteligência estava intacta, mas aprisionada por barreiras motoras e de comunicação que os testes não foram capazes de contornar.

Similarmente, Carly Fleischmann, diagnosticada com autismo severo, apraxia oral-motora e classificada por especialistas como portadora de “retardo mental”, surpreendeu a todos quando, aos 10 anos, começou a se comunicar digitando. Uma vez que um canal de comunicação foi estabelecido, testes de QI posteriores revelaram uma pontuação de 120 (FLEISCHMANN; FLEISCHMANN, 2012). O diagnóstico de DI não era real; era um artefato da apraxia que impedia a expressão verbal.

Existem inúmeros outros casos, como o de Ido Kedar (2012), autor de “Ido in Autismland”, que passou a infância sendo tratado como intelectualmente incapaz até aprender a digitar; ou Jacob Rock, um jovem de 19 anos, quase totalmente não-verbal, que chocou sua família ao revelar-se um



poeta e compositor, chegando a compor uma sinfonia (ROCK; ROCK, 2023).

Esses casos provam o argumento central deste artigo: os testes avaliaram apenas a performance motora e verbal, e falharam miseravelmente em avaliar a competência cognitiva. O neuropsicólogo que ignora essa possibilidade está praticando má ciência.

O APELO À CRITICIDADE: A PRÁXIS DO NEUROPSICÓLOGO-INVESTIGADOR

A crítica metodológica se aprofunda quando analisamos a realidade brasileira. Instrumentos internacionais não-verbais (ex: Leiter-3, TONI-4) não possuem parecer favorável no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia.

Isto nos coloca em uma sinuca metodológica. Se os testes ideais não estão disponíveis ou aprovados, o que fazer? A responsabilidade é do neuropsicólogo em se indagar antes de atribuir um conceito tão devastador quanto “Deficiência Intelectual” a algo que é, muito provavelmente, um artefato de avaliação. O “incômodo” com a inadequação dos testes deve ser o motor para a mudança de postura.

Propomos a substituição do modelo de “aplicador de testes” pelo de “neuropsicólogo-investigador”, que adota os seguintes princípios:

1. A Primazia da Observação Clínica: Rastrear o perfil sensorial, os motivadores e as formas de comunicação idiossincráticas da criança.
2. A Análise Qualitativa do Processo: Usar os instrumentos que possuímos (ex: WISC-V) de forma qualitativa. Mais importante que o escore “0” (errado) é como o paciente falhou. Ele tentou e não conseguiu executar motoramente (sugerindo apraxia)?
3. O Uso de Avaliação Assistida (Testagem dos Limites): O clínico deve “pensar em outros meios”. O que acontece se eu der a instrução em Comunicação Alternativa (CAA)? Se eu der ajuda física para o apontar? Se a criança acerta com ajuda, a competência estava



presente.

4. Triangulação de Fontes: Cruzar dados com fonoaudiólogos (especialistas em apraxia) e terapeutas ocupacionais (especialistas em integração sensorial).

Protocolo híbrido mínimo para TEA com oralidade restrita

1. Ambientação sensorial: ajuste de luz/ruído; objeto regulador e pausas previamente combinadas.

2. Instruções multimodais: verbal simples + pictogramas + modelagem; repetir apenas para garantir compreensão.

3. Testagem dos limites: após aplicação padrão, re-aplique itens-chave com mediação graduada (indícios visuais, CAA, ajuda motora leve).

4. Registro qualitativo: descrever como erra e como acerta com apoio (apraxia? latência por sobrecarga?).

5. Triangulação multiprofissional: fono (apraxia/dispraxia oral), TO (integração sensorial), escola/família (ecologia).

6. Conclusões condicionais: quando o escore puder estar contaminado por barreira de acesso, declarar limitação e adiar rótulos estáveis (e.g., DI) até obter evidência convergente

CONCLUSÃO: O IMPERATIVO DO INCÔMODO METODOLÓGICO

A neuropsicologia não pode ser cúmplice da iatrogenia diagnóstica. O “incômodo” que sinto como psicólogo autista, pai e clínico, ao receber laudos que rotulam crianças não-verbais como deficientes intelectuais com base em testes inadequados, deveria ser o incômodo de toda a nossa categoria profissional.

Estamos falhando com nossos pacientes quando nos escondemos atrás da falsa segurança de



um escore psicométrico. Casos como o de Jason Arday e Carly Fleischmann são um lembrete gritante do potencial que estamos negligenciando.

Um laudo falho não é apenas má ciência; é uma barreira de acesso. Ele nega à criança o direito a intervenções adequadas (como a ABA, que depende de uma avaliação de repertório precisa) e molda negativamente a expectativa de pais e educadores.

A neuropsicologia não pode terceirizar sua consciência para um escore. Em TEA com oralidade restrita, toda conclusão não-contextualizada corre o risco de confundir performance com competência e, assim, fabricar barreiras de acesso a terapias e direitos. O caso não é exceção: é advertência.

Propomos um pacto ético e metodológico: diante de sinais de apraxia, sobrecarga sensorial e ruptura de rapport, a prioridade é garantir acesso à tarefa (CAA, ajustes sensoriais, mediação graduada) e documentar o processo, antes de cristalizar diagnósticos com alto custo social. O neuropsicólogo-investigador não “amolece a ciência”; ele a refina, substituindo a segurança ilusória do número pela validade ecológica do dado.

Futuras pesquisas devem consolidar protocolos híbridos e indicadores objetivos de competência assistida, enquanto os serviços formam equipes aptas a reconhecer barreiras de expressão como variável de medida. Onde o manual termina, começa a verdadeira avaliação neuropsicológica.

A conclusão deste artigo é, portanto, um desafio ético e metodológico. Um desafio para que o neuropsicólogo abandone a inércia do “aplicador de testes” e assume seu papel de clínico-investigador. Que o profissional se indague, observe, pense em outros meios e resista à simplificação de atribuir um conceito a um fenômeno não compreendido. A verdadeira avaliação neuropsicológica no TEA não-verbal começa onde o manual do teste termina.

Referências

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).



Andrews, F. (2023, March 2). Meet Jason Arday, Cambridge University's youngest ever Black professor, who didn't speak until he was 11. CBS News. <https://www.cbsnews.com/news/jason-arday-cambridge-university-youngest-black-professor-didnt-speak-age-11-autism/>

Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*, 34, 174-183.

Demetriou, E. A., Lampit, A., Quintana, D. S., Naismith, S. L., Song, Y. J. C., Pye, J. E., ... & Guastella, A. J. (2019). Autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis of executive function. *Molecular Psychiatry*, 24(8), 1164-1184.

Fleischmann, A., & Fleischmann, C. (2012). *Carly's Voice: Breaking Through Autism*. Touchstone.

Globo (Produtor). (2023, 12 de novembro). Autista não verbal cria sinfonia mentalmente aos 19 anos [Episódio de programa de TV]. In *Fantástico*. Rede Globo.

Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5-25.

Kedar, I. (2012). *Ido in Autismland: Climbing Out of Autism's Silent Prison*. Ido Kedar.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I: Modules 1-4)*. Western Psychological Services.

Romero, M., Aguilar, J. M., Del-Rey-Mejías, Á., Mayoral, F., Rapado-Castro, M., Padrón, G., ... & Rueda, I. (2021). Psychiatric comorbidities in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Psicothema*, 33(2), 209-217.

Wechsler, D. (2014). *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – WISC-V: Manual técnico* (F. C. R. de S. e N. M. C. de C., Adapt.). Pearson Clinical Brasil.

AERA; APA; NCME. *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association, 2014.



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 009/2018. Estabelece diretrizes para a avaliação psicológica e o uso de instrumentos. Brasília: CFP, 2018.

VYGOTSKY, L. S. Pensamento e linguagem. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LURIA, A. R. O cérebro em ação. São Paulo: Ícone, 1981.

MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. (Orgs.). Neuropsicologia: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SEABRA, A. G.; DIAS, N. M. (Orgs.). Avaliação neuropsicológica infantil. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SATTTLER, J. M. Assessment of Children: Cognitive Foundations and Applications. 6th ed. San Diego, CA: Jerome M. Sattler Publisher, 2018.

SATTTLER, J. M.; RYAN, J. J. Assessment with the WISC-V. San Diego, CA: Jerome M. Sattler Publisher, 2016.

