

LÍLIA MAÍSE DE JORGE

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE AUTISTAS:
REVISÃO DE LITERATURA

PUC-CAMPINAS
2003

LÍLIA MAÍSE DE JORGE

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE AUTISTAS:
REVISÃO DE LITERATURA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ao Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte integrante dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Escolar.

Orientadora: Profa. Dra. Josiane Maria de Freitas Tonelotto

PUC-CAMPINAS
2003

LÍLIA MAÍSE DE JORGE

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE AUTISTAS:
REVISÃO DE LITERATURA

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora

Profa. Dra. Josiane Maria de Freitas Tonelotto

1ª Examinadora

Profa. Dra. Geraldina Porto Witter

2ª Examinadora

Profa. Dra. Simone Aparecida Capellini

Campinas, 19 de agosto de 2003.

t154.3 Jorge, Lília Maise de

J82i Instrumentos de avaliação de autistas : revisão de literatura / Lília Maise de Jorge . Campinas : PUC-Campinas, 2003.
114p.

Orientadora: Josiane Maria de Freitas Tonelotto.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Campinas, Centro de Ciências da Vida – Faculdade de Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Autismo. 2. Autismo - Diagnóstico. 3. Crianças autistas. 4. Crianças autistas - Avaliação. I. Tonelotto, Josiane Maria de Freitas. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Faculdade de Psicologia. III. Título.

18.ed.CDD – t154.3

Ficha Catalográfica elaborada pela PUC-Campinas-SBI-Processos Técnicos.

Aos meus queridos e saudosos pais,
pelo modelo de luta, dedicação e compromisso.
À minha estimada professora Dra. Maria Júlia
Ferreira Xavier Ribeiro, pelas orientações sempre
sábias e pelo modelo profissional, que sempre me
inspirou a perseguir meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos irmãos, Célia, Rosa, Marilene, Paulo, Carminha, pelo incentivo, pela compreensão e pela ajuda.

Ao Romualdo, em especial, por todo o suporte de informática, tão fundamental em momentos decisivos.

Às minhas irmãs de coração Maria Júlia, Elvira, Ana Aragão e Paula, não tenho palavras para agradecer todo o apoio que me foi dado, então agradeço com o coração repleto de carinho. Além de me “darem colo” nos momentos mais difíceis, propuseram-se a ler, reler e dar opiniões, contribuindo para que o trabalho ficasse do tamanho das minhas pretensões . . . e somente os amigos suportam isso!

À professora Dra. Geraldina Porto Witter, pelo direcionamento da pesquisa e disponibilidade para conduzir minhas metas da forma mais adequada.

À Profa. Dra. Josiane Maria de Freitas Tonelotto, pelo carinho com que me acolheu, permitindo que minhas idéias pudessem se concretizar.

Às queridas primas Mara e Marinize, pela ajuda na conquista deste aperfeiçoamento profissional.

À Universidade São Marcos, e sobretudo ao seu mantenedor Sr. Ernani Bicudo de Paula, pela valiosa oportunidade que me foi tão carinhosamente consentida.

À Profa. Dra. Luciana Andreazzi, por orientar meu pensamento ainda tão embrionário, se comparado ao dela, principalmente em questões de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Ao Prof. Johel Abdallah, pela disponibilidade em realizar a revisão de Português, mesclando competência, paciência, humor e incentivo.

Às preciosas contribuições de Elaine, Marina, Mara, Sérgio, Cláudia, Nancy, Simone e Laureano. Sem essas ajudas, pequenas etapas do trabalho jamais seriam cumpridas.

Às queridas colegas Laura, Marinês, Wilma, pelo companheirismo, pela troca de experiências e pela carinhosa amizade.

Às bibliotecárias da UNITAU,
pela paciência e prontidão em me ajudarem na busca dos artigos.

Aos autores estrangeiros Ronald Eaves, Patrícia Coulthard, Eric Pernon, Tony Charman, E. Fombonne, Christopher Gillberg,
por me mandarem seus textos acompanhados de incentivo à pesquisa.

Às minhas secretárias, Maria Lúcia, Isabel e Eliane,
pelo suporte tão necessário.

À querida Melzinha,
pela fidelidade e companheirismo.

Aos meus clientes e suas famílias,
pela compreensão.

A todos os autistas que já passaram por minha vida, aos que estão presentes e aos que ainda virão. Em especial agradeço ao Fábio, meu primeiro autista, ao Elias, meu pequenininho, e à Letícia, minha sobrinha, por terem feito emergir em mim uma vontade imensa de conhecer esse mundo que hoje considero, além de fascinante e intrigante, simplesmente diferente.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
INTRODUÇÃO.....	17
1 - Panorama histórico do autismo.....	17
2 – Epidemiologia.....	23
3 - Etiologia.....	24
4 - Diagnóstico diferencial.....	35
5 - Considerações sobre o conceito atual e critérios diagnósticos.....	41
6 - Ampliação do processo avaliativo em quadros de autismo: um olhar psicológico. 45	
7 - O uso de escalas, <i>checklists</i> e outros instrumentos de avaliação em autismo ...	48
OBJETIVOS.....	52
Geral.....	52
Específicos.....	52
MÉTODO.....	54
1 - Procedimento de coleta de dados.....	54
2 - Procedimento de análise dos dados.....	57
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
APÊNDICES.....	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição dos artigos publicados entre 1997 e 2001	61
Figura 2. Distribuição das publicações de acordo com o local de realização dos estudos (regiões)	63
Figura 3. Distribuição dos sujeitos por gênero, na amostra geral	64
Figura 4. Distribuição dos sujeitos por gênero, em amostras de autistas	65
Figura 5. Proveniência dos sujeitos nos estudos	69
Figura 6. Frequência com que foram encontrados instrumentos nos artigos	71
Figura 7. Distribuição dos instrumentos por princípio de construção	72
Figura 8. Distribuição de outros instrumentos utilizados com as escalas	73
Figura 9. Finalidade de uso dos instrumentos nos artigos estudados	75
Figura 10. Instrumentos usados com mais de uma finalidade	76

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Distribuição da incidência dos instrumentos em cada idade.....	66
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS DAS ESCALAS

ABC – Autism Behavior Checklist
ADI – Autistic Diagnostic Interview
ADI-R – Autistic Diagnostic Interview – Revised
ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule
ADOS-G – Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic
ASIEP – Autism Screening Instrument for Educational Planning
ASQ – Autism Screening Questionnaire
ASSQ – Autism Spectrum Screening Questionnaire
ATA – Escala de Avaliação de Traços Autísticos
ATEC – Autism Treatment of Evaluation Checklist
BFI – Behavior Function Inventory
BSE – Behaviour Summarized Evaluation
BSE-R – Behaviour Summarized Evaluation – Revised
BOS – Behavior Observation Scale for Autism
BRIAAC – Behavior Rating Instrument for Autistic and Other Atypical Children
CARS – Childhood Autism Rating Scale
CAYC – Checklist for Autism in Young Children
CBCL – Child Behavior Checklist
CHAT – Checklist for Autism in Toddlers
CSBQ – Children’s Social Behavior Questionnaire
E-2 – Diagnostic Checklist for Behavior-Disturbed Children Form E-2
ECA-N – Évaluation des Comportements Autistiques du Nourrisson
GARS – Gilliam Autism Rating Scale
IBSE – Infant Behavioural Summarised Evaluation
IDE-S – Imitation Disorders Evaluation Scale
PDDRS – Pervasive Developmental Disorder Rating Scale
PEP – Psychoeducational Profile
PEP-R - Psychoeducational Profile – Revised
PL-ADOS – Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule
PPVT-R – Peabody Picture Vocabulary Test – Revised
RLRS – Real Life Rating Scale
SCQ – Social Communication Questionnaire
STAT – Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds
VABS – Vineland Adaptive Behavior Scales

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association

CID – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

CID-10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – 10ª Edição

DM – Deficiência Mental

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4ª Edição

HFA – High Functional Autism

OMS – Organização Mundial da Saúde

TEACCH – Treatment and Education of Autistic and related Communication
handicapped Children

TID – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

TID-SOE – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – Sem Outra Especificação

ToM – Teoria da Mente

WHO – World Health Organization

Jorge, Lília Maíse de. (2003) *Instrumentos de avaliação de autistas: revisão de literatura*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC-Campinas, 114 p.

RESUMO

Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa documental bibliográfica cujo objetivo foi mapear instrumentos de avaliação usados no diagnóstico de autismo e identificar suas finalidades de uso. Na base de dados PsycINFO, da American Psychological Association, foram selecionados 64 artigos referentes ao tema, no período 1997-2001, que geraram fichas com dados de caracterização dos artigos, das amostras e da pesquisa. Os instrumentos encontrados (N=31) foram analisados isoladamente ou agrupados por princípio de construção. Resultados apontaram a Childhood Autism Rating Scale (CARS), Autistic Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) e Autism Behavior Checklist (ABC) como as escalas mais utilizadas. Predominaram finalidades de uso dos instrumentos em pesquisas sobre o aprimoramento do diagnóstico em autismo e validação de escalas; o índice de uso em intervenções foi baixo. Apenas os instrumentos Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT), Évaluation des Comportements Autistiques du Nourrisson (ECA-N) e Imitation Disorders Evaluation Scale (IDE-S) foram apontados como específicos para avaliação de crianças com idade inferior a 4 anos; as outras propõem maior abrangência em relação à idade. Houve confirmação da preponderância de sujeitos masculinos. A amplitude de idade e a diversidade de outros quadros clínicos sugeriram discussões sobre a estabilidade de traços autísticos e necessidade de aprimoramento na caracterização do quadro. Os resultados determinam mais pesquisas na área, sobretudo no Brasil, para qualificar o processo avaliativo, atrelando-o ao procedimento interventivo, pois somente assim o indivíduo autista poderá ser atendido plenamente, em suas carências educacionais e sociais.

Palavras-chave: *autismo, instrumentos de avaliação, diagnóstico.*

Jorge, Lília Maíse de. (2003) *Instruments of evaluation of autistic children: literature review*. Master Thesis. Campinas: PUC-Campinas, 114 p.

ABSTRACT

This academic work is characterized as a documental research, which aimed at mapping the evaluation instruments on autism, used in the diagnosis of this disorder and identify the purposes for their use. 64 articles referring to the topic have been selected in the data base PsycINFO, of the American Psychological Association (APA), from 1997 to 2001, which generated files with the data of the articles, samples and research characterization. The instruments found (N=31) have been analyzed in an isolated way or grouped by principles of construction. The results pointed out that Childhood Autism Rating Scale (CARS), Autistic Diagnostic Interview (ADI-R) and Autism Behavior Checklist (ABC) scales are the ones mostly used in the studies. The purposes of use were predominant over the improvement of the diagnosis in autism and the scales validation; the use rate of the instruments in interventions was low. Only the instruments Checklist of Autism in Toddlers (CHAT), Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT), Évaluation des Comportements Autistiques du Nourrisson (ECA-N) and Imitation Disorders Evaluation Scale (IDE-S) showed to be specific for the evaluation of children who are below 4 years of age; the others propose a wider age gap. The preponderant number of male subjects over female subjects has been confirmed. The age amplitude contained in these samples, as well as the diversity of other clinical disorders suggested some discussion about the stability of autistic traces and the necessity of improvement in the characterization of the disorder. The results determinate the need for more researches to be carried out in this area, especially in Brazil, in order to qualify the evaluative process, linking it to the intervention procedure, since this is the only way for the autistic individual to have all his/her educational and social needs met.

Key-words: *autism, evaluation instruments, diagnosis.*

APRESENTAÇÃO

O estudo sobre **Autismo** tem sido o foco de muitas pesquisas em todo o mundo, com o intuito de melhor esclarecer essa intrigante e permanente condição, que acomete algumas crianças desde a tenra idade. No Brasil, a divulgação científica da visão atualizada deste tema teve seu marco no I Congresso Nacional de Autismo, ocorrido em 1989, em Brasília. Até então, o que se sabia a respeito do assunto ainda estava muito vinculado a uma visão de cunho afetivo-relacional, e havia pouca informação sobre resultados de pesquisas em neurobiologia e genética desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos.

Mesmo que o autismo, hoje, seja reconhecidamente considerado uma desordem de causa orgânica, a investigação sobre o psiquismo do indivíduo autista continua sendo o paradigma de compreensão desse quadro. As repercussões do autismo explicitam-se por comportamentos psicológicos inadequados, sobretudo nas áreas de interação social, comunicação e desenvolvimento de atividade imaginativa.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (APA, 1995) –, o autismo tem início antes dos três anos de idade, caracterizando-se principalmente por alterações na linguagem, na interação social e nos jogos simbólicos ou imaginativos, com permanência dessas características durante toda a vida, em graus variados de funcionalidade. É uma patologia encontrada em todo o mundo e em famílias de toda configuração racial, étnica e social, sendo mais comum em meninos do que em meninas.

O atendimento em consultório particular, com atenção especial dedicada a essa clientela, levou-me a acompanhar sistematicamente os avanços nesta área, por meio de participação em cursos, debates, grupos de estudo, bem como na busca de informações em literatura especializada. O trabalho de avaliação, diagnóstico precoce, orientação aos pais e inclusão socioeducacional dessas crianças conduziu-me, em 1996, à fundação de uma instituição, para atendimento interdisciplinar aos autistas da região do Vale do Paraíba. Os serviços oferecidos abrangiam áreas como psicologia (psicomotricidade e psicopedagogia), fonoaudiologia e fisioterapia no setor clínico, além de oficinas em artes e ervas medicinais. Os pais das crianças participavam de grupos

operativos e recebiam orientações periódicas a partir do processo de avaliação. Parcerias com escolas de ensino regular ou de atividades extra-acadêmicas faziam da inclusão um desafio marcado pelo peso do rótulo.

Tanto no trabalho institucional, quanto no clínico, deparei-me com a precariedade de recursos avaliativos específicos que dessem suporte para o planejamento das intervenções junto aos clientes. A ampliação do conceito de autismo, para uma manifestação possível em um espectro de desordens, fez com que muitas crianças chegassem à instituição sem diagnóstico definido, ou com a classificação sindrômica apoiada apenas nos critérios do DSM-IV e/ou da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993). Não havia alusão, por parte dos médicos que as classificavam – neurologistas ou psiquiatras –, a nenhum outro tipo de recurso avaliativo utilizado por eles. Além disso, algumas escalas específicas para avaliação de autismo estavam divulgadas em língua portuguesa apenas na forma de tradução, sem o trato científico adequado à nossa realidade.

Intrigava-me o fato de que, sendo o autismo um transtorno caracterizado pelo comprometimento no comportamento global do indivíduo, pouco ou nenhum acesso tinham os psicólogos aos instrumentos específicos de avaliação existentes, ficando a utilização desses recursos quase exclusivamente aos médicos. No processo avaliativo, cabia ao psicólogo, praticamente, a aplicação de testes de nível mental para obtenção de dados quantitativos que classificassem os autistas como deficientes mentais ou não.

Preocupada, portanto, com uma avaliação prospectiva dessas crianças, principalmente as de idade mais tenra, e visando à compreensão detalhada de seus limites e de suas potencialidades, busco, no presente estudo, divulgar o reconhecimento científico do uso de instrumentos de avaliação em autismo, de forma a poder ampliar a instrumentalização da abordagem psicológica em tais quadros, seja em área clínica, institucional, seja na área educacional. O conhecimento aprofundado da finalidade de uso de cada instrumento oferece maior segurança ao profissional, para adequar sua avaliação às características individuais de seus clientes, além de permitir-lhe uma coleta de informações suficientemente sólida para discussão do diagnóstico e para a

elaboração de um plano de intervenção mais condizente com o grau de comprometimento das crianças.

A busca de informações para atingir esse objetivo foi feita mediante uma pesquisa bibliográfica que permitiu o acesso a dados recentes de uso de instrumentos de avaliação em autismo, sobretudo em idades mais tenras.

A proposta de uma análise científica detalhada de estudos publicados sobre instrumentos de avaliação diagnóstica em autismo, disponíveis em âmbito internacional, pode fornecer aos profissionais, num primeiro momento, parâmetros para a reflexão a respeito da condição atual e da condição ideal de investigação de uma criança autista. Do ponto de vista prático e multidisciplinar, subsidia o uso criterioso dos instrumentos aos quais têm acesso os profissionais da área da saúde e da educação, orientando-os na busca de informações científicas no momento da escolha de algum deles em sua bateria de avaliação. Do ponto de vista científico, este estudo tem forte intenção de incentivar profissionais da área a procederem à validação desses instrumentos em nosso meio.

Para tanto, o trabalho está organizado em capítulos. Na Introdução, encontra-se a revisão histórica do autismo, desde o primeiro trabalho apresentado por Kanner, em 1943, até o conceito atual que este quadro assume, proposto por autores que vêm estudando o assunto ao longo desses sessenta anos. Estudos epidemiológicos e concepções sobre a etiologia do autismo também são apresentados, seguidos dos processos de avaliação e de diagnóstico diferencial. Os procedimentos de coleta e de análise dos artigos de interesse para este estudo estão expostos no capítulo Método, e a análise dos artigos revistos está apresentada no capítulo denominado Resultados e Discussão. Na seqüência, as Considerações Finais.

As reflexões selecionadas para abertura de cada seção deste trabalho são da autoria de Rivière (1997).

Necesidades de las personas autistas

1 – Lo que hago no es absurdo, aunque no sea necesariamente positivo. No hay desarrollos absurdos, sino profesionales poco competentes. Procura comprender la lógica, incluso de mis conductas más extrañas.

INTRODUÇÃO

1 - Panorama histórico do autismo

O termo **autismo** deriva da palavra grega **autos**, que significa **si mesmo**. Este termo foi usado pela primeira vez na literatura psiquiátrica, em 1911, por Bleuler, para descrever um sintoma significativo da esquizofrenia, ou seja, a tendência patológica de determinados doentes em se isolar do ambiente (Rocha, 1997).

Em 1943, o psiquiatra Leo Kanner retomou este conceito, usando-o, segundo Antonucci (1993), como um sintoma patognomônico, descrito em um artigo intitulado *Autistic Disturbances of Affective Contact* (Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo). Esse artigo relatava estudos de 11 casos de crianças (oito meninos e três meninas) acompanhadas por ele desde 1938. As crianças apresentavam algumas características comuns essenciais, como: incapacidade de se relacionar com outras pessoas (patognomônico), severos distúrbios de linguagem e preocupação excessiva com o imutável (Bosa e Callias, 2000). A esse conjunto de características Kanner denominou, em 1944, de **Autismo Infantil Precoce**. O termo passou a ser utilizado, não mais como *adjetivo*, mas como *substantivo*, caracterizando uma síndrome (Antonucci, 1993).

Paralelamente, em Viena, 1944, Hans Asperger preparava sua tese de doutorado referindo-se ao mesmo tipo de crianças descritas por Kanner, em Baltimore, e denominando o quadro de "**psicopatologia autística**". No entanto, seu estudo foi pouco divulgado, por estar escrito em alemão e ter sido publicado durante a Segunda Guerra Mundial. Somente em 1991 o artigo foi traduzido para o inglês. Rivière (1997) salienta alguns aspectos importantes do estudo de Asperger, dentre os quais a descrição dos distúrbios comportamentais das crianças por ele investigadas, resumidos em: compulsividade e obsessão de pensamentos e ações, linguagem de expressão bizarra, e limitação das relações sociais, que comprometem sua personalidade.

Estudos anteriores, descrevendo crianças com características de autismo, são encontrados na literatura, mas Kanner foi o primeiro a constituir o quadro como uma entidade diagnóstica identificada (Paluszny, 1996). Um dos casos mais famosos que merece ser mencionado é o de Victor, um menino com aproximadamente 11 anos de idade, que foi encontrado nos bosques de Aveyron, na França, em 1879, apresentando comportamento selvagem. Um médico chamado Jean Itard responsabilizou-se por sua reabilitação. As descrições dos comportamentos do garoto sugeriam traços de autismo, pois ele não olhava diretamente para as pessoas, não se envolvia com jogos ou brincadeiras, mas mostrava excelente memória e não gostava que seus objetos fossem mudados de lugar.

Revedo as considerações iniciais de Kanner, percebe-se uma descrição detalhada dos comportamentos das crianças autistas, em vários aspectos do desenvolvimento infantil. Até hoje essas características são descritas como marcos referenciais no diagnóstico de autismo (DSM-IV – APA, 1995; CID-10 – OMS, 1993), bem como vêm sendo estudadas de forma cada vez mais aprofundada, em busca da etiologia.

A respeito da linguagem expressiva, Kanner observou que a fala das crianças autistas não cumpria a função de comunicação, ou seja, não servia para transmitir mensagem a um interlocutor, resumindo-se praticamente em “dizer nomes”. Discute ainda a questão da ecolalia (repetição de uma palavra ou frase, com a mesma entonação do interlocutor) como fator presente na expressão verbal dessas crianças, bem como o armazenamento de palavras, repetidas posteriormente, além da compreensão das mesmas em sentido literal (Kanner, 1971). Desde então, vários trabalhos vêm evidenciando dificuldades significativas manifestadas por indivíduos autistas, na compreensão e no uso que fazem da linguagem em diferentes contextos (Molini e Miranda, 2001; Michelotti, Charman, Slonmis e Baird, 2002; Charman, Drew, Baird e Baird, 2003).

Em seu estudo pioneiro, Kanner diferencia os comportamentos observados em seu grupo de crianças autistas das manifestações esquizofrênicas, da “fraqueza de espírito” (termo usado para designar idiotia, imbecilidade, na época) e de alguns quadros de demência, como a de De Sanctis e a de Heller, hoje denominada distúrbios desintegrativos da infância, segundo

DSM-IV (APA, 1995). O isolamento para o mundo exterior (*fechamento autístico extremo*) desde o começo de vida é descrito como sintoma diferencial do autismo, uma vez que não é observado nos outros quadros. Kanner elaborou sua descrição em dados relatados pelos pais, identificando que não havia atitude antecipatória por parte de seus filhos bebês, nem ajuste dos seus corpos à posição das pessoas que os carregavam.

Outra característica presente nessas crianças era o que Kanner denominou de “intrusão vinda do exterior”. Essas intrusões seriam: o alimento, os ruídos fortes e os objetos em movimento, que lhes desencadeavam reação de horror, crises de pânico. A resistência a mudanças no ambiente demonstrava, de alguma forma, uma memória excelente para registros estáticos, conforme se observa no comentário:

O medo de mudança e de incompletude parece ser um fator essencial na explicação da repetição monótona e da limitação na variedade da atividade espontânea que dela decorre. Uma situação, um ato, uma frase, nunca são considerados como completos se não forem compostos exatamente com os mesmos elementos que estavam presentes quando a criança com eles se deparou pela primeira vez. (Kanner, 1971, p. 163)

Nas observações sobre a relação que seu grupo de autistas estabelecia com as pessoas, Kanner salientou estranheza, nessa interação, visto não olharem no rosto de quem estava a sua volta e agirem como se não houvesse ninguém junto a eles. Um detalhe interessante: a relação por meio de fotos era muito mais aceita, provavelmente porque, por serem estáticas, não poderiam perturbá-los.

Esses déficits crônicos em habilidades sócio-cognitivas e na relação com o ambiente, de um modo geral, vêm sendo associados ao autismo, desde então, determinando estratégias de trabalho em alguns programas de intervenção educacional, como, por exemplo, o TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*). Este programa está estruturado na previsibilidade espacial-temporal e no uso de pistas visuais na organização de tarefas e de rotinas diárias para o indivíduo autista (Lopes e Rodrigues, 1997; Trevarthen, Aitken, Papoudi e Robarts, 1998).

Algumas características observadas por Kanner, em relação aos pais dessas crianças – boa capacidade intelectual e pouca afetividade –, provocou, entre estudiosos psicodinamicistas, o aparecimento de teorias ambientalistas propondo hipóteses de causas psicogênicas simplistas demais para o quadro (mães esquizofrenogênicas), cujas conseqüências marcaram negativamente, durante décadas, as famílias de crianças autistas (Araújo, 2000).

Em contrapartida, por volta dos anos 70 e 80, uma corrente organicista iniciava investigações quanto à etiologia do autismo, defendendo causas neurológicas e bioquímicas, propondo tratamento farmacológico e comportamental, enquanto os psicodinamicistas recomendavam psicoterapia ou comunidades terapêuticas (Rivière, 1997; Araújo, 2000). Todas essas divergências e controvérsias estimularam o desenvolvimento teórico-metodológico e explicativo sobre o autismo. Ao mesmo tempo, começam a se constituir as associações de pais de crianças autistas, sendo a primeira delas fundada em 1962, no Reino Unido (Rivière, 1997).

Como se pode observar, o artigo original de Kanner é extremamente rico em dados, os quais geraram estudos e pesquisas de toda ordem. Ele próprio, ao longo de toda sua vida, foi delineando suas investigações, apontando o autismo como um sintoma primário, compreendendo-o como uma síndrome diferenciada de outros quadros, além do enquadramento desta síndrome no grupo das psicoses infantis. Em seus últimos trabalhos, chegou a sugerir, inclusive, a realização de estudos a partir de explorações bioquímicas (Assumpção Jr, 1995).

Na acepção de psicose, o autismo teve estudos desenvolvidos por Klein, Mahler, Tustin, Meltzer e Fordham, mas seus postulados sofreram alterações após os anos 70, conforme comenta Araújo (2000), quando os déficits cognitivos começaram a despontar nas pesquisas e os fatores biológicos passaram a ser considerados praticamente os determinantes de sua origem. No entanto, Ajuriaguerra, em seu Manual de Psicopatologia da Infância (Marcelli, 1998), assim como outras classificações propostas por autores franceses, ainda consideram o autismo dentre as psicoses infantis, mesmo em suas edições mais atuais (Assumpção Jr., 1995; 1997).

As concepções a respeito da síndrome autística como uma desordem do desenvolvimento associada a um déficit cognitivo surgiram com os estudos de

Ritvo, em 1976. As características comportamentais que ele descreve são representadas por distúrbios em: percepção, desenvolvimento, relacionamento social, fala e linguagem, e motilidade (Ritvo, 1976, apud Assumpção Jr. e Pimentel, 2000).

Em 1979, Rutter define o autismo como uma síndrome comportamental de um quadro orgânico, conforme relatam Bosa e Callias (2000), e já haveria, para este autor, a necessidade de se distinguir o autismo de psicoses, com apoio na determinação do aparecimento precoce ou tardio do quadro.

Também em 1979, Wing e Gould, a partir de um estudo epidemiológico com 35 mil crianças inglesas de idade inferior a 15 anos, descrevem uma **tríade** de características próprias do autismo, presentes em 132 crianças selecionadas. Os comportamentos comuns eram: ausência ou dificuldades severas na interação social, principalmente com pares; ausência ou dificuldades acentuadas na comunicação verbal e não-verbal; movimentos repetitivos e atividades estereotipadas. Essa tríade é até hoje utilizada, pelos estudiosos, como eixo norteador do diagnóstico em autismo.

Os estudos seguem buscando sempre um déficit primário, ou uma causa consistente, orgânica ou ambiental, que conduzisse ao diagnóstico preciso dessa síndrome, e, aos poucos, o autismo vai deixando de ser considerado um quadro específico, ou uma entidade nosológica, até que, em 1988, Wing (já com propostas anteriores, em seu estudo epidemiológico) sugere a hipótese de que a síndrome de Kanner faria parte de um *continuum* ou *spectrum* autístico. Outras síndromes passam a ser associadas ao autismo, como a de Asperger, e o DAMP – déficit na atenção, no controle motor e na percepção (Wing, 1988, apud Araújo, 2000).

Alinhadas a esse pensamento, Happé e Frith (1991) teceram uma crítica a respeito da expressão *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento* (TID ou PDD, em língua inglesa), atentando para o fato de que as desordens do *continuum* autístico não afetavam *todas* as funções em *todos* os níveis. Sugeriram a classificação ASD – *Autistic Spectrum Disorder* (Distúrbio do *Spectrum* Autístico).

No entanto, a Organização Mundial da Saúde, na CID-10 (OMS,1993) passa a enquadrar o autismo na categoria Transtornos Invasivos do

Desenvolvimento (TID), caracterizados por “anormalidades qualitativas nas interações sociais recíprocas e em padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo” (p. 246).

A classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, em sua quarta edição (DSM-IV, 1995), também caracteriza o autismo como um “Transtorno Invasivo do Desenvolvimento”. Este conceito é considerado, por Assumpção Jr. (1995), como extremamente amplo, o que torna difícil seu diagnóstico e, conseqüentemente, seu prognóstico e sua terapêutica.

As diferentes formas de se classificar o autismo, seja como uma psicose, seja como um transtorno do desenvolvimento, dependem das concepções teóricas implícitas nas classificações do desenvolvimento infantil, conforme esclarece Bosa (2002).

O presente estudo está de acordo com a posição que concebe o autismo como uma síndrome comportamental, de causa orgânica e comprometimento neuropsicológico, caracterizada basicamente por déficit na interação social recíproca, déficits de linguagem e alterações no comportamento e na capacidade imaginativa. Considera que o processamento da informação de um indivíduo autista esteja comprometido, em maior ou em menor grau, nas três instâncias: recepção sensorial (visual, auditiva, olfativa, gustativa e tátil-cinestésica), elaboração do pensamento (operações mentais), expressão motora e verbal (praxias e linguagem) – numa mescla que determina maior ou menor funcionalidade no seu ambiente social.

A tentativa de Kanner em descrever uma entidade nosológica específica estimulou pesquisas tão diversificadas em relação ao autismo, que hoje seu conceito está embutido em um conjunto, ao mesmo tempo amplo e restrito, de características, que permite a determinação de diagnósticos “ingênuos”, se o olhar for imediatista e classificatório, ou de diagnósticos “sensíveis”, se o objetivo for o de garantir à criança e à família uma intervenção pautada em qualidade de vida e respeito às diferenças individuais.

2 – Epidemiologia

Os estudos epidemiológicos em autismo enfrentam alguns obstáculos devido a três causas principais, que se resumem em: a) Critérios diagnósticos amplos (CID-10 e DSM-IV); b) imprecisão no uso do termo “autismo”, às vezes utilizado para todo o espectro autista, e c) os métodos para detecção dos casos, variando de específicos e individuais para aqueles baseados em anotações de casos diagnosticados em clínicas (Wing e Potter, 1999; Charman, 2002).

O primeiro estudo epidemiológico deste distúrbio foi dirigido por Lotter, na Inglaterra, em 1964 investigando 78.000 crianças de oito a dez anos de idade, no antigo condado de Middlesex, segundo Diez-Cuervo e Martos (1989). Existe diferença significativa entre os índices de prevalência encontrados nesses estudos iniciais – 4-5:10.000 – e os mencionados nos estudos atuais sobre autismo, conforme descrito mais adiante.

Em 1979, foi feito um novo estudo, em Londres, no qual Wing e Gould pesquisaram crianças com idade inferior a 15 anos, com todos os tipos de deficiências, selecionando as que apresentavam alguma característica autística. Os índices apontaram para uma proporção de 21,2:10.000 crianças com desordem do *spectrum* autístico combinado com retardo mental (QI inferior a 70). Foi a partir desse estudo que as autoras desenvolveram a hipótese de que o autismo de Kanner faria parte de um conjunto mais amplo, ou de um *spectrum* de condições autísticas (Wing e Gould, 1979; Wing, 1996).

Outras pesquisas têm sido realizadas em diferentes países e apontam resultados variados, como, por exemplo, índices de 2:10.000, na Alemanha, e de 16:10.000, no Japão, sendo possível atribuir essa variação aos distintos critérios diagnósticos usados (Edelson, 2002). Em relação ao sexo, existe evidência de que meninos são mais acometidos por essa síndrome do que meninas, numa proporção estimada de 4-5:1, conforme consta no DSM-IV (APA, 1995).

Sob a mesma ótica utilizada para a explicação da diversidade nos resultados, Schwartzman (1995) menciona outros trabalhos, como o de Ritvo e col., efetuados em 1989, indicando uma prevalência de 4-5 crianças em cada 10.000 nascimentos, valendo-se dos critérios do DSM-III. Menciona, ainda, que em 1988, no Canadá, Bryson e col. chegaram à estimativa de 10:10.000, nos

estudos por eles realizados. Uma prevalência superior e crescente tem sido encontrada nos trabalhos de Gillberg e col., na Suécia, também comentados por Schwartzman, nos quais os índices apontam 4: 10.000 em 1980, 7,5:10.000 em 1984 e 11,6:10.000 em 1988. Neste caso, também foi considerado como fator variável a presença de famílias de imigrantes com crianças autistas, na região selecionada para a investigação.

A identificação precoce de autismo tem sido um avanço na história desta síndrome. Os estudos relatados propõem a investigação de fatores de risco em crianças de dezoito meses de idade (Baron-Cohen, Allen e Gillberg, 1992; Baron-Cohen, Wheelwright, Cox, Baird, Charman, Swettenham, Drew, Doehring, 2000). Um dos estudos foi realizado no Reino Unido, com 16.235 crianças, durante os anos de 1992/1993, valendo-se do instrumento CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*), desenvolvido pelos próprios pesquisadores. Todas essas crianças tinham dezoito meses e pertenciam à população de *Thames Region*, sudeste da Inglaterra. Encontrou-se um total de 74 crianças consideradas dentro do *spectrum* autístico, e os diagnósticos foram comprovados em estudos de *follow-up*, comparados com os critérios da CID-10.

3 - Etiologia

O autismo é considerado um dos quadros psicopatológicos mais severos, complexos e controvertidos da infância. É tido, ainda hoje, como um transtorno do desenvolvimento com causa desconhecida, e conta com um grande número de teorias que tentam explicar este fenômeno em suas raízes.

A primeira hipótese formulada, decorrente dos primeiros estudos de Kanner, partiu de um modelo psicanalítico que culpabilizou os pais, durante anos, como causadores de tal distúrbio, apoiados na idéia de que experiências desastrosas de rejeição materna seriam experimentadas pelas crianças autistas. Esses estudos pautavam suas conclusões em análises feitas *a posteriori*, gerando confusões na relação causa-efeito, visto que os relatos de situações causais seriam, na verdade, conseqüência de uma convivência diária dos pais com um filho autista (El Autismo Infantil, 2001). Corroborando com este comentário, Frith (1993) afirma que esta hipótese não tem suporte em evidência empírica, e ainda salienta a inconsistência desse postulado, citando o fato de que existem casos em

que a existência de situações de extrema rejeição e privação na infância não têm como resultado o autismo.

A falta de suporte nas explicações psicogênicas desencadeou estudos biológicos para encontrar a causa do autismo, e as pesquisas atuais nesta área demonstram evidências de alterações estruturais no cérebro, porém tais estruturas ainda não estão bem identificadas. Acredita-se que essa lesão afete o pensamento do indivíduo autista no que diz respeito à avaliação de seus próprios pensamentos e dos pensamentos dos outros (Frith, 1993).

Numa análise crítica a respeito das pesquisas realizadas sobre as anormalidades cerebrais em autismo, Rapin (1999) descreve os estudos que demonstram comprometimentos diversos, tanto estruturais, tais como anomalias no lobo frontal, cerebelo e células de Purkinje, hipocampo e amígdala, quanto neuroquímicos, como o aumento de serotonina, além de estudos com gêmeos, etc., todos eles sugerindo explicações que justificariam comportamentos autísticos específicos. No entanto, conforme comenta a autora, essas pesquisas em neurobiologia ainda são recentes no mundo científico, e seria necessária uma análise comparativa extensa entre sujeitos autistas e não autistas, para que um exame neuropatológico sólido pudesse sustentar os estudos neurofisiológicos, genéticos e psicofarmacológicos.

De forma mais abrangente, Diez-Cuervo e Martos (1989) interpretam esse acúmulo de pesquisas como uma tentativa, que vem de longa data, de se identificar ou reduzir o problema do autismo a um déficit básico unitário (neurofisiológico, neuropsicológico), quando, na verdade, para esses autores, trata-se de uma síndrome global que pode ser encontrada em uma grande variedade de transtornos clínicos. Esses mesmos autores acrescentam que os estudos mais atuais “têm descrito anomalias estruturais do cérebro, modelos específicos metabólicos, alterações histológicas cerebrais, transtornos genéticos e bioquímicos, processos infecciosos, etc., todos eles sem capacidade patognomônica exclusiva” (p. 5).

Os trabalhos de Wing e col. citados por Frith (1993) levantam um questionamento interessante sobre o porquê de as três características principais do autismo, e somente estas, ocorrerem sempre juntas: impedimentos na comunicação (desde o mutismo até fluência verbal com compreensão literal da

fala), na socialização (dificuldade na interação social recíproca e inabilidade para fazer amigos) e na capacidade imaginativa (movimentos repetitivos em crianças e interesses obsessivos em adultos). Esta questão não terá resposta, se a busca continuar com o objetivo de determinar um único fator desencadeante.

Atualmente, as teorias que tentam esclarecer a etiologia do autismo podem se agrupar em duas grandes áreas – organicistas e psicológicas –, que nem se contrapõem, nem se integram, mas ampliam as possibilidades de compreensão bio-psico-social do quadro.

Segue um mapeamento geral das hipóteses orgânicas (genéticas e neurobiológicas) e das hipóteses psicológicas (psicodinâmicas) para o autismo:

Hipóteses genéticas e neurobiológicas

Estudos Genéticos

Os estudos genéticos em autismo vêm sendo amplamente explorados, e as investigações comportam dois enfoques. O primeiro deles pretende identificar uma alteração genética conhecida e estudar o padrão comportamental anormal relacionado a esta alteração. O segundo enfoque consiste em analisar e identificar um determinado padrão comportamental anormal e investigar sua frequência numa família estudada, o que leva à inferência de um marcador genético responsável por uma alteração neurobiológica subjacente ao padrão de conduta identificado como anormal (El Autismo Infantil, 2001).

Alguns resultados de estudos sob o primeiro enfoque apontam a existência de diversas anomalias em cariótipos de autistas. Num trabalho promovido por Rutter, na Inglaterra, citado por Fernández (2001), estudos moleculares do DNA já identificaram um gen situado no cromossomo 7 que está implicado nos quadros de autismo. Nos Estados Unidos, Bristol-Power investigou o mesmo gen, afirmando sua associação aos problemas de linguagem e sua implicação em casos de autismo (National Institute of Child Health & Human Development, 2001).

No segundo enfoque tem sido abordada a questão da herança genética, e os resultados das pesquisas demonstram frequência maior do transtorno autista entre irmãos, principalmente entre gêmeos monozigóticos.

Estudos dessa ordem já foram propostos por Kanner, desde 1949, e investigações mais recentes, desenvolvidas por Ritvo e col. (apud Diez-Cuervo e Martos, 1989), com 40 pares de gêmeos, mostram concordância para o autismo em 95,7% em gêmeos monozigóticos (22 de 23), e 23,5% nos dizigóticos (4 de 17). Esses dados são significativos e as investigações seguem no sentido de se determinar possíveis gens patógenos e onde residem no mapa genético, que marcas patológicas exatamente transmitem e se sua presença pode ser evidenciada por indicadores clínicos.

Brunoni (1992) propõe como o melhor caminho de investigação causal, em autismo, uma abordagem genético-clínica, que consiste em um exame físico inicial para verificação de alterações morfológicas; não havendo suspeitas específicas, solicita-se um estudo cromossômico. Ele afirma que a maioria dos casos de autismo não exhibe sinais evidentes de síndromes associadas e que, então, investigações de outra ordem devem ser consideradas: problemas perinatais, desenvolvimento alterado nos primeiros meses de vida, problemas de ordem cognitiva, etc. Gadia e Tuchman (2003) sugerem, ainda, estudos de neuroimagem ou neurofisiológicos, quando necessário.

Dos fatores externos mencionados acima, os que têm sido estudados sob a coordenação de Rutter (apud Fernández, 2001) são os peri-natais, tais como dificuldade respiratória, mecônio no líquido amniótico e anemia neonatal; outros estudos mostram que o sangramento materno após o terceiro trimestre de gestação e o consumo de medicamentos durante a gravidez aparecem com maior incidência no histórico de crianças autistas do que no histórico da população em geral.

Outros estudos

Dentre os estudos cromossômicos, a síndrome de Martin-Bell, ou X-frágil, tem sido considerada a que mais estabelece relações com o autismo associado ao retardo mental. Trata-se de uma condição hereditária recessiva, ligada ao cromossomo X, associada a atraso mental, que afeta os indivíduos do sexo masculino. A esclerose tuberosa também tem aparecido com índices significativos de associação com o autismo (Trevorthen et al., 1998; Volkmar, Cook, Pomeroy, Realmuto e Tanguay, 1999).

Os estudos imunológicos mostram o vírus da rubéola como o processo infeccioso mais detectado em casos de autismo, podendo também ser encontrados outros vírus, como: citomegalovírus, sífilis, herpes simples, etc. (Diez-Cuervo e Martos, 1989; Volkmar et al., 1999).

Em relação a alterações metabólicas, a enfermidade mais freqüentemente associada ao autismo tem sido a fenilcetonúria, que é causada por erro do metabolismo dos aminoácidos. Outros erros inatos do metabolismo têm sido estudados, ainda irregularmente, como as vias sintetizadoras da purina e as vias metabólicas dos carboidratos (Diez-Cuervo e Martos, 1989).

Investigações a respeito de anormalidades anatômicas em partes do cérebro de indivíduos autistas demonstram alterações no sistema límbico e no córtex cerebelar, e dados de autópsia evidenciam número reduzido de células de Purkinje no cerebelo, o que acarretaria comportamentos de isolamento e auto-estimulação em autistas, na tentativa de evitar excesso de estimulação cerebral (Trevvarthen et al., 1998).

Estudos a respeito dos neurotransmissores, sobretudo a serotonina e a dopamina, têm demonstrado índices de alteração dessas substâncias no organismo de indivíduos autistas, e os pesquisadores tentam estabelecer relações desta condição com alguns sintomas desse distúrbio, embora sem relações determinantes, conforme descreve Schwartzman (1995). Este mesmo autor esclarece que, embora um grande número de condições clínicas apareça associado aos quadros de autismo, ainda não se sabe quais são os mecanismos neuropatológicos subjacentes aos comportamentos autísticos, o que torna o processo diagnóstico extenso em suas investigações, a fim de garantir a eficiência no plano de tratamento e na orientação aos familiares.

Hipóteses psicológicas

Teorias psicodinâmicas

Conforme referências anteriores, os estudos nesta área partiram das formulações de Kanner a respeito de uma inabilidade inata dos autistas para formarem o contato afetivo com outras pessoas (Araújo, 2000).

Autoras como Bosa e Callias (2000) e Araújo (1995) apontam Klein como sendo a pioneira em estudos psicanalíticos sobre o autismo, explicando-o em termos de inibição constitucional do desenvolvimento combinada com defesas primitivas do ego, o que geraria bloqueio na relação com a realidade, no desenvolvimento da fantasia e, portanto, na capacidade de simbolizar.

Uma outra explicação foi a de Mahler, na década de 60, que descreve o autismo infantil como um subgrupo das psicoses infantis, no qual existiria uma repressão ou fixação da criança a uma fase autística *normal*, presente nas duas primeiras semanas de vida do bebê (Araújo, 1995).

Os estudos seguem com Tustin que, compartilhando da proposta de Mahler, tentou esclarecer mais especificamente a psicodinâmica do autismo, atribuindo-o a uma experiência traumática, na qual a criança teria uma sensação precoce da separação materna, denominada de *catástrofe*, vindo a sofrer de uma *depressão psicótica* (Paluszny, 1996; Araújo, 2000). Em estudos subseqüentes, a autora manifestou o reconhecimento do erro, tanto desta afirmação, quanto da consideração de uma causa psicogênica para o autismo (Araújo, 1995).

Dentre os estudos contemporâneos, nesta abordagem, os de Hobson têm sido os mais citados; seus conceitos assemelham-se à perspectiva psicanalítica das relações objetais, e estão mesclados, em alguns aspectos, com a teoria da mente (Araújo, 1997; Bosa, 2001). Esse autor investigou prováveis déficits no processamento da informação afetiva em crianças autistas, utilizando figuras, desenhos, fotografias, expressões faciais, combinadas com imagens correspondentes em *videotape*. Pôde verificar, assim, que essas crianças demonstraram dificuldades no reconhecimento da emoção no rosto das pessoas, e explica este fato como uma disfunção básica na capacidade de estabelecer relações afetivas recíprocas ('intersubjetividade primária'), o que as leva a uma não diferenciação entre pessoas e coisas, e também à não compreensão dos estados mentais do *self* e dos outros (Bosa e Callias, 2000).

Todas as formulações de causas psicogênicas foram feitas a partir de observações clínicas de abordagem psicanalítica. Araújo (1997) comenta sobre a insuficiência científica que ainda existe nessas explicações e sobre a necessidade de modificação nos métodos e técnicas de investigação, nessa perspectiva.

Os estudos psicanalíticos mais recentes, descritos por Bosa e Callias (2000), atentam para o fato de que, apesar de uma disfunção neurológica ser a mais provável para o esclarecimento de um quadro autístico, haverá sempre um déficit psicológico resultante da interação com o ambiente, e que, em abordagem psicoterapêutica, não se pode deixar de fazer uma análise dos processos mentais da criança.

Teorias cognitivas

1. Teoria da Mente

A Teoria da Mente (ToM) pode ser descrita como uma capacidade desenvolvida na infância que permite reconhecer, em si, crenças e desejos, bem como atribuir tais estados mentais às ações das outras pessoas, com a finalidade de prever e explicar o comportamento (Dias, 1993). Tem sido estudada por psicólogos desenvolvimentistas e cognitivistas, filósofos da mente, primatologistas e especialistas em autismo, com pesquisas intensificadas nas décadas de 80 e 90. Sua importância emerge do fato de que a interação humana, ou o comportamento social humano, depende dessa capacidade de compreensão da existência de sentimentos, emoções e intenções em si e nos outros (Jou e Sperb, 1999).

Bosa e Callias (2000) descrevem pormenorizadamente as explicações contidas nos estudos de Leslie e Perner, a respeito do conceito de meta-representação embutido na teoria da mente. Segundo eles, a habilidade de atribuir estados mentais a si própria e aos outros já estaria presente na criança por volta dos três anos de idade, na fase do “faz-de-conta”, quando as representações do mundo físico já passaram do estágio senso-perceptivo para o simbólico; a representação do mundo não seria mais direta, e sim representação da representação, ou seja, meta-representação. Bosa e Callias ainda salientam a postura mais específica de Perner em relação a esses conceitos, apontando a diferença do processo de representação da representação, de meta-representação, no sentido de que esta implicaria na capacidade de compreender o próprio ato representacional, ou seja, a reflexão sobre suas representações.

Essas teorizações levaram pesquisadores cognitivistas a realizar experimentos com autistas, por meio de tarefas para investigação de *falsa-crença*

(Baron-Cohen, Leslie e Frith, 1985), a fim de verificar o possível comprometimento dessas crianças na habilidade de prever o pensamento de outra pessoa. A tarefa mais conhecida para essa investigação é chamada de “teste de Sally e Anne”¹ Esse teste foi projetado originalmente por Wimmer e Perner, em 1983; adaptado por Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985) e replicado por Holroyd e Baron-Cohen (1993); foi testado, no Brasil, por Baldini e Assumpção Jr. (2002).

A partir dos experimentos de Baron-Cohen et al., em 1985, a teoria cognitiva marcou sua contraposição à teoria afetiva, no que diz respeito à explicação psicológica do autismo, vindo ao encontro das tendências atuais de esclarecimento deste quadro, que têm sido estabelecer relações entre os seus sintomas básicos – alteração na socialização, na comunicação e na imaginação – e as possíveis características cognitivas subjacentes a estes sintomas e suas supostas origens neurobiológicas (Happé, 1997; Baldini e Assumpção Jr., 2002).

As pesquisas em ToM contêm a hipótese de que o autismo constitui-se em um prejuízo específico no mecanismo necessário para representar estados mentais, ou mentalizar, o que ocasionaria as falhas no comportamento social presentes nesses quadros (Araújo, 1997).

Estudos exploratórios das implicações práticas desta abordagem são relatados por Gómez, López e López (1996), que focalizam três aspectos falhos no autismo relacionado com a teoria da mente:

1. meta-representação: a compreensão de que o comportamento depende de representações mentais e que as pessoas podem ter uma representação errônea do mundo e agir de acordo com isso (falsa-crença).
2. fazer-de-conta e imaginar: utilizam o mesmo mecanismo cognitivo básico de compreensão de falsas-crenças, pois em

¹ Esta tarefa consiste em apresentar à criança uma cena, na qual uma boneca denominada Sally guarda uma bolinha de gude em sua cesta. Enquanto sai para passear, uma outra boneca, chamada Anne, retira a bolinha da cesta de Sally e a coloca em uma caixa. Quando Sally volta para brincar com a bolinha, pergunta-se à criança: “Onde Sally irá procurar sua bola?” Os estudos de Baron-Cohen et al. (1985) que reproduzem esta tarefa mostram que, a partir de quatro anos, as crianças já têm condições de responder que Sally irá procurar a bolinha na cesta, pois já conseguem atribuir estados mentais ou crenças aos outros.

ambos os casos a questão é compreender a diferença entre representação e realidade.

3. atenção compartilhada: mostrar ou requerer coisas por meio de gestos supõe que o outro é considerado capaz de notar o interesse e o desejo manifestados.

Algumas limitações desta abordagem aparecem em estudos em que crianças autistas com alto funcionamento, ou indivíduos com Síndrome de Asperger, conseguem passar em tarefas de mentalizar. Essas lacunas na teoria conduziram os próprios teóricos cognitivistas a buscar novas explicações, surgindo, então, estudos sobre a teoria da coerência central e alterações nas funções cognitivas em autistas (Araújo, 1997).

2. Teoria da Coerência Central

Os estudos nesta área surgiram a partir da crença de que, tanto as capacidades, quanto os *déficits* do autismo, teriam uma causa única em nível cognitivo, traduzida por um desequilíbrio na integração da informação (Happé, 1997; Bosa, 2001). Uma característica do processamento humano normal da informação, postulada pela teoria da *Gestalt*, é a tendência a conectar informações diversas (impressões de detalhe), a fim de construir um significado de nível mais elevado e global (impressões de conjunto). O termo coerência central significaria essa capacidade de integração das partes num todo (Shah e Frith, 1993), termo esse também descrito por Araújo (1997) como força organizadora coesiva central.

Segundo Happé (1997), alguns estudos realizados sob este enfoque tentam explicar a dificuldade que os autistas têm para reconhecer expressões faciais e, portanto emoções nas expressões das pessoas; outros pesquisadores desenvolvem estudos nesta área acreditando na possibilidade de os autistas possuírem “ilhas de capacidade”, como os *idiots savants*, já que são hábeis para se ater aos detalhes, às partes, e não ao todo.

Uma das provas mais usadas para comprovação dessa teoria é o subteste “Cubos” das escalas Wechsler, que consiste em utilizar blocos individuais para a construção de desenhos lineares (Happé, 1997). Uma variação dessa tarefa constitui um experimento de Shah e Frith (1993), e seus resultados demonstram que indivíduos autistas apresentam performances superiores às do

grupo controle, em tarefas de segmentar mentalmente a *gestalt* dos desenhos em partes. O mesmo não ocorre quando o que se requer é o padrão global dos desenhos. Dados como esses alimentam a hipótese de que há falha na coerência central do processamento da informação, em autismo.

Essa teoria necessita de maiores investigações para se fundamentar e, sobretudo, esclarecer algumas questões, como a preferência pelas partes ao invés do todo poder ser considerada um *estilo cognitivo*, e não um *déficit cognitivo* (Shah e Frith, 1993).

3. Funções Executivas

Essa expressão compreende uma multiplicidade de capacidades cognitivas superiores, e é possível que se confunda, até certo ponto, com as concepções de coerência central e de teoria da mente.

O conceito de funções executivas vem sendo construído a partir dos estudos de Luria (1981) sobre funções e, sobretudo, funções corticais superiores, que compreendem atividades ligadas ao funcionamento dos lobos frontais do cérebro.

Em se tratando de uma área extremamente ampla, existe grande dificuldade em atribuir-lhe uma definição específica, podendo ser considerada uma das mais completas a de Ozonoff e col., de 1994, citada por Cabarcos e Simarro, (2002):

... o construto cognitivo usado para descrever condutas dirigidas para uma meta, orientadas para o futuro, consideradas mediadas pelos lobos frontais. Incluem a planificação, inibição de respostas prepotentes, flexibilidade, busca organizada e memória de trabalho. Todas as condutas de função executiva requerem a necessidade de desligar-se do ambiente imediato ou contexto externo para guiar a ação através de modelos mentais ou representações internas. (p. 1)

Alterações nessas funções podem causar problemas nas atividades cognitivas de ordem superior, como: formulação de metas, elaboração de programas complexos de ação. Estão mais bem descritas em um estudo de Artigas (2000), como dificuldades em:

1. Gerar condutas com uma finalidade;
2. Resolver problemas de forma planejada e estratégica;

3. Prestar atenção a diferentes aspectos de um problema ao mesmo tempo;
4. Direcionar a atenção de forma flexível;
5. Inibir tendências espontâneas que conduzem a um erro;
6. Reter na memória de trabalho a informação essencial para uma ação;
7. Captar o essencial de uma informação complexa;
8. Resistir à distração ou interferência;
9. Manter uma conduta durante um período relativamente longo;
10. Organizar e manejar o tempo.

Os estudos sobre disfunção executiva em autismo baseiam-se na chamada “metáfora frontal”, proposta por Pennington e Ozonoff, que investigam similaridades de comportamento em indivíduos autistas e em lesionados frontais (Cabarcos e Simarro, 2002).

As primeiras investigações sobre as relações entre autismo e funções executivas tiveram início em 1985, com os trabalhos de Rumsey, que pesquisou a solução de problemas conceituais e sua relação com alterações socioadaptativas com 9 adultos autistas (Cabarcos e Simarro, 2002). Os instrumentos utilizados foram: *Wisconsin Card Sorting Test (WCST)*, que avalia estratégias para resolução de problemas, e *Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)*, que identifica o perfil de habilidades adaptativas ou sociais do sujeito. Os resultados demonstraram diferença significativa entre este grupo e o grupo de controle, sobretudo em relação a respostas perseverativas.

Alguns autores atuais sugerem que as pesquisas explorem mais os componentes específicos que integram as funções executivas (Bosa, 2001), ou seja, raciocínio abstrato, memória, atenção, conforme os modelos de processamento da informação.

A respeito das críticas a essas investigações, Cabarcos e Simarro (2002) comentam que os dados encontrados ainda são falhos na explicação do autismo em relação aos aspectos sociais e lingüístico-comunicativos que o quadro comporta. Discutindo a sobreposição entre funções executivas e coerência central, Bosa (2001) também atenta para a limitação desses dois

modelos, em relação ao comportamento social, salientando que ambos precisam recorrer a outros modelos, como a teoria da mente, para esclarecer sobre a intencionalidade no processo de interação social.

4 - Diagnóstico diferencial

O quadro clínico de uma criança com suspeita de autismo deve ser muito bem analisado pelo profissional que vai estabelecer o diagnóstico, pois detalhes dessa caracterização podem determinar equívocos, prejudicando o curso do tratamento. Essa análise detalhada implica avaliação clínica, laboratorial e genética (específicas), bem como o uso de escalas ou *checklists* de comportamentos autísticos, complementando os critérios estabelecidos nas classificações internacionais – CID-10 e DSM-IV.

O diagnóstico diferencial em autismo comporta inicialmente a análise de outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, como a Síndrome de Asperger, a Síndrome de Rett, os Transtornos Desintegrativos da Infância e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Alguns outros quadros também têm causado confusão no estabelecimento do diagnóstico de autismo, o que certifica a necessidade de uma avaliação detalhada multiprofissional, em casos suspeitos. O acompanhamento do desenvolvimento da criança (*follow up*) torna-se fundamental para a determinação do diagnóstico, em alguns casos, sobretudo naqueles em que a hipótese de autismo foi levantada precocemente.

Dentre os quadros acima mencionados, encontram-se:

Esquizofrenia Infantil

A possibilidade de confusão entre esse quadro e o autismo ocorre mais comumente em casos de diagnóstico tardio. Os comportamentos de isolamento social, linguagem bizarra e comprometimento nas relações afetivas são fatores comuns a ambos os quadros. Hoje, no entanto, já existe maior consenso na diferenciação entre autismo e psicose, considerando-se como critério básico o início dos sintomas, ou seja, uma possível psicose sempre se manifestará após a idade limite de referência para o autismo (3 anos). Além disso, adultos esquizofrênicos manifestam alucinações, e há uma grande probabilidade de terem

antecedentes familiares com quadros psiquiátricos, o que não ocorre no autismo (Costa, 1988; Volkmar et al., 1999).

Deficiência Mental (DM)

Embora a deficiência mental possa estar presente em grande parte dos casos de autismo, faz-se necessário diferenciar condições isoladas. Os DM, principalmente moderados, são freqüentemente mais afetivos, aceitam o contato com as pessoas, desenvolvem linguagem e não apresentam certas destrezas manuais como alguns autistas exibem; nota-se, também, incidência maior de alterações morfológicas nos DM (Costa, 1988; Bandim, Sougey e Carvalho, 1995). Manifestações que podem ocorrer nos dois quadros são: dificuldades na aquisição de comportamentos de autocuidado, comportamentos agressivos com possível autoflagelação e atraso na aquisição da linguagem (Costa, 1988).

Mutismo Seletivo

É uma condição passível de ser confundida com o autismo, devido à inadequação na manifestação da fala. Nesse caso, porém, a fala está preservada em algumas situações, e em outras, não (Volkmar et al., 1999).

Distúrbios Específicos do Desenvolvimento da Linguagem e da Fala

Afásias de expressão e de recepção são quadros raros na infância. Caracterizam-se por atraso na aquisição da fala, dificuldade na compreensão e no uso da linguagem auditiva, alterações na articulação da palavra e reações atípicas aos sons. Crianças afásicas podem desenvolver, com isso, inabilidades na interação social, mas a capacidade de relacionamento por meio de gestos não-verbais está relativamente preservada; portanto, podem responder de forma adequada a expressões faciais. Não há evidência de interesses restritos, movimentos estereotipados ou hipersensibilidade a estímulos (Bandim et al., 1995).

Déficits senso-perceptivos

Comprometimentos visuais ou auditivos podem gerar sintomas semelhantes ao autismo, se os déficits sensoriais forem profundos e não detectados no início do desenvolvimento da criança. É preciso, portanto, que

avaliações oftalmológicas e otológicas façam parte do curso inicial das investigações diagnósticas em autismo. Um fator diferencial entre os quadros é o fato de que crianças com defasagem sensorial são atraídas por estímulos ambientais (físicos e sociais) dirigidos de forma adequada às suas necessidades (Costa, 1988; Bandim et al., 1995).

Outros Transtornos Invasivos

Os quadros principais de diferenciação diagnóstica que compõem os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento serão brevemente descritos adiante, seguindo denominação do DSM-IV (1995):

Transtorno de Asperger

Este quadro clínico vem sendo caracterizado de forma mais específica nos últimos anos, desde que Lorna Wing, em 1981, instituiu o termo, ao publicar um estudo de 34 casos que tinham as mesmas características que as descritas por Asperger, em 1944 (Araújo, 1997; Artigas, 2000).

Os critérios diagnósticos foram estabelecidos por Szatmari e col. em 1989, e resumem-se em quatro itens principais – a) solitário, b) prejuízo na interação social, c) prejuízo na comunicação não-verbal e d) fala peculiar – com caracterização pormenorizada em cada item (Schwartzman, 1993). O autor adverte que os comportamentos considerados pertinentes à síndrome de Asperger não devem incidir nos critérios determinados para o quadro de autismo. Ele usa como referência diagnóstica o DSM-III-R (classificação mais atual, na época).

Existe uma polêmica em relação à diferenciação qualitativa entre Síndrome de Asperger e Autismo, e alguns estudiosos consideram o Asperger como um Autista com alto grau em habilidades intelectual e lingüística (*high functioning autism* - HFA); outros, distinguem claramente os dois quadros, tal qual está descrito na CID-10 e no DSM-IV (Rivière, 1997; Volkmar et al., 1999; Artigas, 2000; Nilsson, 2001). Outras distinções são focos de estudo de alguns autores, como os trabalhos de Klin, mencionados por Araújo (1997), diferenciando Asperger de Dificuldade de Aprendizagem Não-Verbal e de Distúrbio Abrangente do Desenvolvimento Não-Especificado.

Esta síndrome, de acordo com a CID-10, é descrita como:

Um transtorno de validade nosológica incerta, caracterizado pelo mesmo tipo de anormalidades qualitativas de interação social recíproca que tipifica o autismo, junto com um repertório de interesses e atividade restrito, estereotipado e repetitivo. O transtorno difere do autismo primariamente por não haver nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou de linguagem. A maioria dos indivíduos é de inteligência global normal, mas é comum que seja marcadamente desajeitada; a condição ocorre predominantemente em meninos Episódios psicóticos ocasionalmente ocorrem no início da vida adulta. (p. 252-253)

Outras descrições têm sido propostas por autores diversos, que abordaram as principais características desta síndrome. Fernandes e Souza (1988) apontam como importantes os comportamentos de: isolamento social, interesses circunscritos, déficit de linguagem e de comunicação, juntamente com comportamento excêntrico e estranho. Assumpção Jr. (1997) descreve o quadro de forma mais amena, quando se refere à questão social, compreendendo-a como um déficit na sociabilidade, e não como um isolamento social. Uma descrição mais detalhada e qualitativa foi realizada por Rivière (1997). Este autor posiciona-se diferenciando Asperger de Autismo e salienta duas diferenças principais entre os quadros: a) O adulto Asperger não apresenta problemas estruturais na linguagem, mas sim de ordem comunicativa, prosódica; b) a capacidade intelectual do Asperger é canalizada de forma extraordinária para áreas restritas.

Essas nuances de interpretação, na verdade, são muito importantes para o diagnóstico diferencial e para a determinação do grau de comprometimento que a criança apresenta.

Transtorno de Rett

Esta síndrome foi identificada em 1966, por Andréas Rett, mas somente a partir de 1983 tem sido pesquisada mais efetivamente, na área médica. Trata-se de uma falha genética no cromossomo X, e os estudos de Kerr apontam que, a cada grupo de 10.000 meninas, uma poderá ser afetada (Lewis e Wilson, 1999). Quanto aos meninos, esta mutação genética é letal.

Pesquisas recentes têm trazido a informação de que já se descobriu o marcador genético desta síndrome – o MecP2 – o que significa a possibilidade de se desenvolver novas drogas capazes de prevenir ou remediar o dano cerebral e do sistema nervoso periférico que este quadro ocasiona (Pereira, 1999a).

A Síndrome de Rett é considerada, atualmente, uma desordem do desenvolvimento cerebral precoce, e não mais uma enfermidade degenerativa cerebral. Os critérios usados para diagnóstico têm sido baseados, tanto no DSM-IV, quanto nos do Grupo de Trabalho da Síndrome de Rett, desenvolvidos em 1988, que contemplam: 9 critérios *necessários*, 7 critérios *de suporte* e 7 critérios *de exclusão* (Barbero, 2000).

Observa-se, em estudos longitudinais, a ocorrência de quatro estágios dessa síndrome, conforme descreve Pereira (1999b):

1. Estágio 1: Estagnação do desenvolvimento psicomotor, entre cinco meses e dois anos.
2. Estágio 2: Regressional, entre um e três anos, com perdas de aquisições prévias.
3. Estágio 3: Pseudo-estacionário, em idades pré-escolar ou escolar, com manutenção da marcha e melhora do contato e da comunicação. Pode ou não evoluir ao estágio seguinte.
4. Estágio 4: Deterioração motora tardia, subdividido em dois subgrupos:
 - 4A. Perda da marcha independente após já havê-la adquirido;
 - 4B. Não aquisição da deambulação com permanência nesta condição após a idade de 10 anos.

Na segunda fase, denominada de regressional, aparecem, com frequência, os comportamentos autísticos: isolamento social, movimentos corporais de balanceios, perda de linguagem verbal e não-verbal, dificuldades em habilidades manuais, movimentos involuntários e repetidos das mãos. Essa estereotipia de mãos é a característica mais marcante da síndrome (patognomônica), e os movimentos são de “lavar” ou “esfregar” as mãos. Já no

terceiro estágio, observa-se apraxia manual, ou seja, incapacidade de executar movimentos voluntários (Pereira, 1999b).

No parecer de Rivière (1997), o diagnóstico diferencial desta síndrome com o do Autismo não apresenta dificuldades, visto que as características observadas nas meninas Rett são claramente reconhecidas.

Transtorno Desintegrativo da Infância

Trata-se de um quadro ainda mal conhecido, caracterizado por uma perda progressiva de funções e capacidades previamente adquiridas. Um parâmetro para o diagnóstico é a fase em que esta perda começa a acontecer, ou seja, depois dos 2 e antes dos 10 anos de idade, desde que haja evidências de que o desenvolvimento da criança estava dentro da normalidade, até então (Rivière, 1997). As perdas ocorrem em pelo menos duas das seguintes áreas: a) linguagem expressiva e receptiva, b) competências sociais e adaptativas, c) controle de esfíncteres vesicais e/ou anais, d) jogos, e e) habilidades motoras.

Esta síndrome era denominada de “síndrome ou demência de Heller”, e sua similaridade com o autismo está na presença de alterações qualitativas das capacidades de relação e comunicação, além de atitudes restritivas e estereotipadas (Rivière, 1997; Assumpção Jr., 1997).

Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (incluindo Autismo Atípico) ²

As características gerais que orientam a determinação deste transtorno são: início variável dos sintomas, predomínio no sexo masculino, comprometimento social também variável, possibilidade de comunicação e comprometimento cognitivo mínimo (Assumpção Jr. e Pimentel, 2000).

Segundo Rivière (1997), adota-se esta classificação quando falta clareza para se decidir entre uma ou outra síndrome das descritas acima, ou quando os sintomas de autismo são escassos, usando-se normalmente o conceito de “autismo atípico”. De acordo com o referido autor, esta classificação deve ser evitada.

² Esta categoria é descrita na CID-10 sob a denominação de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Não Especificado, e exclui o Autismo Atípico, que compõe outra categoria.

5 - Considerações sobre o conceito atual e critérios diagnósticos

As correntes de estudo organicistas e psicodinamicistas fizeram uso dos termos *autístico* e *autista* com diferentes abrangências, gerando conflitos em sua aplicação clínica, conforme salienta Antonucci (1993). Este autor propôs a utilização do termo *autístico* para referir o funcionamento mental, e do termo *autista* para a síndrome clínica. No entanto, ainda hoje se observa discordância no uso destes termos.

Araújo (2000, p. 4) descreve o autismo como “um distúrbio do desenvolvimento que se manifesta mediante uma síndrome comportamental, representante de disfunções da maturação neurobiológica e do funcionamento do sistema nervoso central, de etiologia geralmente indeterminada”. Sua natureza é vista atualmente como complexa e interativa, de causalidade múltipla.

Os textos informativos e/ou científicos sobre os critérios de definição do autismo, que visam divulgar o conhecimento da síndrome aos pais (Paluszny, 1996; Mello, 2001), professores (Bereohff, Leppos e Freire, 1994; Nilsson, 2001; Baptista e Bosa, 2002) ou demais profissionais interessados (Assumpção Jr., 1997; Araújo, 2000; Gadia e Tuchman, 2003), têm trazido, de um modo geral, as mesmas informações a respeito deste quadro, demonstrando haver um acordo, um consenso atual entre a presença, desde a tenra idade, de déficits sócio-afetivos (relações interpessoais, interesses restritivos), cognitivos (mentalização, percepção, imaginação, coerência central, processamento da informação/funções executivas), de comunicação (linguagem, interação) e comportamentais (motilidade, praxias) em crianças acometidas por este distúrbio, com graus diferentes de comprometimento, em cada caso.

Comentários sobre os graus de severidade em autismo são tecidos por Schwartzman (1995). Ele analisa os casos dentro de um *continuum*, considerando que a tríade de comprometimentos pode ser mais severa, com profundo retardo mental associado, passando pelo autismo de Kanner, em que o grau de comprometimento é moderado, e chegando aos quadros de autismo, com bom rendimento intelectual, ou síndrome de Asperger, com prejuízos leves. Sua postura, nessas considerações, vai ao encontro da crença de que os quadros de autismo de alto funcionamento e síndrome de Asperger são semelhantes. É

importante salientar, no entanto, que as duas classificações internacionais CID-10 e DSM-IV referem-se aos quadros de forma diferenciada, garantindo certa especificidade aos grupos, ao mesmo tempo em que os mantêm em espectro, enquadrados em uma categoria mais ampla de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (Gadia e Tuchman, 2003).

A definição do autismo como Transtorno Invasivo do Desenvolvimento vem sendo então construída, conforme comentam Diez-Cuervo e Martos (1989):

Geralmente, define-se uma enfermidade baseando-se na especificação dos sinais e sintomas que lhe são característicos, além da anomalia subjacente, a causa etiológica e os mecanismos patogênicos que levam ao transtorno. Sem dúvida, no autismo infantil sua definição vem sendo condicionada, quase que unicamente, pela existência desses sinais e sintomas característicos que afetam, fundamentalmente, a comunicação, o desenvolvimento social e os processos cognitivos, de uma maneira distinta e característica, onde não importa tanto o atraso ou o déficit, senão a distorção ou desvio profundo do desenvolvimento, permanecendo ocultos a etiologia, a causa subjacente e os mecanismos patogênicos que sustentam esta síndrome. (p. 4)

O diagnóstico de autismo, portanto, tem sido um desafio, pois vem acompanhando a complexa trajetória de imprecisão, na sua definição. Inicialmente, os estudiosos se apoiavam nas características propostas por Kanner; em seguida, foram sendo criadas listas de checagem, questionários, inventários, escalas de avaliação, na tentativa de uniformizar o diagnóstico, devido à falta de um marcador genético característico deste distúrbio, conforme comenta Schwartzman (1993). A esse respeito, Rosenberg (1995) salienta que as escalas de avaliação não constituem um instrumento diagnóstico em si, e sua validade de uso está no detalhamento dos comportamentos autísticos.

O que tem sido proposto como base para a efetuação do diagnóstico em autismo é o uso dos critérios estabelecidos pelo DSM-IV (1995) e pela CID 10 (1993), e esta última é considerada por Paluszny (1996) como a melhor forma de classificação, devido ao fato de seu enfoque ser multiaxial, combinando a classificação descritiva com a funcional.

Os critérios norteadores do diagnóstico de autismo, segundo o DSM-IV e a CID-10, estão descritos nos Apêndices A e B. Ambas as classificações não

definem entidades nosológicas estáticas, e sofrem revisões periódicas a partir de contribuições de pesquisas e de achados clínicos. São usados como base para a construção de escalas de avaliação em autismo e em Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

De acordo com Freeman (1997), os critérios diagnósticos do DSM-IV representam um consenso entre profissionais de vários países e áreas de habilitação, possibilitando refinamento na identificação de subgrupos de crianças com autismo.

Um artigo de Camargos Jr. (1996), psiquiatra brasileiro, apresenta uma forma bidimensional de se mesclar os eixos da CID-10, fornecendo uma leitura mais precisa da complexidade dos quadros. Este autor utiliza figuras geométricas, representativas de cada uma das três áreas de comprometimento em autismo; quando superpostas, expressam a gravidade ou não do caso, dependendo de como ocorre essa superposição: *mais* ou *menos* nuclear. Sua proposta tem por objetivo identificar variáveis clínicas sutis, permitindo a visualização de quadros graves, moderados, fronteiraços e atípicos. Requer, no entanto, que seu uso seja feito por profissional familiarizado com a CID-10 e com o autismo.

As bases filosóficas dos dois sistemas classificatórios, CID-10 e DSM-IV, são diferentes, mas, segundo Assumpção Jr.(1997), ambos concordam com a gênese de alteração cognitiva neste transtorno do desenvolvimento. Tais sistemas constituem a base para o enquadramento de uma criança em autismo, bem como comportam os quadros atípicos de crianças com déficits não especificados. O diagnóstico diferencial desse transtorno, com investigações de outros quadros pertencentes ao *spectrum* autístico, como Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger e Transtornos Desintegrativos da Infância, tem, nestes sistemas de classificação, seu curso inicial.

Um fator de extrema importância a se considerar nos dois parâmetros de classificação é a ênfase dada às dificuldades sociais e de desenvolvimento comunicativo que ambos os sistemas adotam, áreas estas de difícil avaliação em fase de desenvolvimento anterior aos três anos de idade. Esta constatação levou pesquisadores como Baron-Cohen e col. (1992, 1996, 2000) a efetuarem estudos com crianças de dezoito meses de idade, consideradas de alto risco de evolução

para o autismo, valendo-se do instrumento CHAT (*Checklist of Autism in Toddlers*). Este *checklist* possui alguns itens de questionamento e de observação que apontam falhas no desenvolvimento infantil, falhas estas detectoras de autismo. Baron-Cohen e col. (2000) selecionam cinco itens como sendo itens-chave para se pensar em alto risco para o desenvolvimento de um quadro autístico, porque investigam sobre atividades de “*pretend play*” (faz-de-conta) e “*joint attention*” (atenção compartilhada). Esses fatores são considerados fundamentais no desenvolvimento psicológico da criança, constituindo a base para a interação social recíproca e a comunicação, podendo ser observados, em desenvolvimento normal, por volta de 12 a 15 meses e de 9 a 14 meses, respectivamente.

Ainda visando à busca de traços de risco em crianças de zero a dois anos de idade, Loza desenvolveu um questionário, em 1984, no Peru, que foi utilizado por Costa (1988) em sua dissertação de mestrado. Esse instrumento intitula-se “Quadros diagnósticos por faixa etária para crianças do nascimento até dois anos com suspeita de Autismo Infantil Precoce”, e o autor subdivide as faixas: de 0 a 12 meses, como “fase de risco”, e de 15 a 24 meses, como “fase de confirmação”.

O diagnóstico preciso de autismo continua sendo, no entanto, difícil de ser efetuado, tanto em idades mais avançadas, quanto em idades mais tenras. Apesar disso, uma seqüência de ações bem definidas deve compor o processo avaliativo, que comporta, primordialmente, investigações de área médica e psicológica, podendo ser complementadas com avaliações em fonoaudiologia, fisioterapia ou em outras áreas afins. Este procedimento é compartilhado por vários autores e está minuciosamente descrito num artigo de Volkmar et al. (1999), no qual, juntamente com um grupo de especialistas, propõem os parâmetros práticos para uma avaliação em autismo e em outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Em linhas gerais, os exames físico, neurológico e genético são procedimentos necessários, mas não determinantes no diagnóstico de autismo, e caminham em paralelo com a avaliação sintomatológica para o estabelecimento de um possível diagnóstico. Pode-se dizer que o *start* está no processo classificatório do DSM-IV e/ou CID-10. No entanto, visto que um quadro de

autismo se define pelas características psicológicas, faz-se necessária uma avaliação mais específica dessas funções.

6 - Ampliação do processo avaliativo em quadros de autismo: um olhar psicológico

Para que um quadro de autismo seja compreendido em sua dimensão psicológica e avaliado sob este enfoque, é preciso que se tenha claro, inicialmente, que o objeto de estudo da Psicologia é o comportamento humano, e que o autismo se define por um conjunto de comportamentos considerados atípicos, em relação a um desenvolvimento normal. Sendo assim, a questão seguinte, sobre a qual se deve refletir, é a determinação de quais aspectos do comportamento humano podem ser avaliados, qual a finalidade de uma avaliação psicológica e quais os diferentes tipos de instrumentos utilizados num processo avaliativo.

Os diferentes aspectos do comportamento, passíveis de serem avaliados, podem ser agrupados nas seguintes categorias (Wechsler e Guzzo, 2001; Di Lorenzo, Estevam e Oliveira, 2001; Pasquali, 2001):

1. Interesses e motivação.
2. Atitudes e reação frente a um estímulo (espontâneo ou previamente planejado).
3. Maturidade e desenvolvimento: mental, social, psicomotor, afetivo, em linguagem.
4. Aspectos emocionais e de personalidade: conflitos, defesa, caráter, aspectos patológicos.
5. Conduta e processos interacionais: habilidades sociais, relação com familiares/autoridades/grupos/amigos.
6. Capacidades cognitivas: percepção, memória, formação de conceitos, raciocínio lógico, operações de pensamento.

Segundo Pasquali (2001), a avaliação em psicologia permite a coleta de informações psicológicas com a finalidade de orientar, prevenir ou tratar, indivíduos ou grupos, tanto em área clínica, quanto em área educacional, empresarial ou social. Os instrumentos psicológicos variam desde escalas de

desenvolvimento, testes (de inteligência, de aptidões, educacionais, neuropsicológicos, de personalidade), questionários, entrevistas, observações situacionais, até técnicas de dinâmica de grupo.

Este esclarecimento tem implicações no presente estudo, visto que o papel do psicólogo no processo de diagnóstico e avaliação de autismo deve transcender o de ser responsável somente pela aplicação de testes de inteligência, e firmar-se, sobretudo, na qualificação das informações colhidas com utilização dos diversos instrumentos diagnósticos existentes na área, transformando-as em dados importantes para um planejamento de intervenção mais adequado a cada caso.

Uma distinção conceitual a respeito dos termos *diagnóstico* e *avaliação* em autismo está descrita em Ibarra e Pereira (1999). As autoras consideram que o diagnóstico é um processo que permite determinar se o indivíduo se enquadra nos critérios estabelecidos para um determinado quadro clínico, no caso o autismo; faz parte, portanto, de um processo mais amplo, o de avaliação, por elas denominada *avaliação psicológica integral em autismo*, em que se pretende desenvolver, também, programas de intervenção apropriados aos casos.

Na mesma linha de pensamento, Martos (2002) propõe, como início de um processo de avaliação, uma reconstrução histórica do caso, ou seja, uma anamnese, que possa fornecer dados para a efetuação de um diagnóstico diferencial. Em seguida, deve-se prosseguir com uma avaliação psicológica, para que se possa delinear o programa de intervenção, o qual, segundo ele, é o aspecto essencial do processo de avaliação.

Numa visão mais educacional, Fitton e Ford (1998) discutem a necessidade que o psicólogo escolar tem de conhecer e participar do processo avaliativo, visto que crianças com autismo vão precisar, de alguma forma, de uma intervenção educativa que atenda às suas necessidades especiais. Schwartz, Boulware, McBride e Sandall (2001) enfatizam a importância de uma *avaliação funcional* de crianças autistas em fase inicial de desenvolvimento, avaliação esta aplicável em educação especial e vista como um processo de coleta de informações que determina tomada de decisões a respeito do curso da intervenção educativa dessas crianças. Os autores comentam a respeito do projeto DATA (*Developmentally Appropriate Treatment for Autism*) – programa

educacional de atendimento a crianças autistas e suas famílias – e definem a prática de uma avaliação funcional como aquela que: a) otimiza o uso da instrução, b) contextualiza a observação, c) considera a função dos comportamentos (o que a criança ganha ou evita, por meio de comportamentos específicos), d) envolve toda a equipe educacional e a família, e) prevê significância social para os usuários. O projeto conta, no entanto, com avaliação diagnóstica prévia, com utilização de instrumentos padronizados, para a elegibilidade das crianças autistas ao programa.

Como se pode constatar, vários são os formatos de avaliação sugeridos, tanto pelos autores acima citados, quanto por equipes clínicas que oferecem parâmetros ou guias práticos para avaliação na área, como: Trevarthen et al. (1998), Volkmar et al. (1999) e *Early Intervention Program - EIP/NY* (New York State Department of Health, 2002). A grande maioria desses profissionais indica o uso combinado de instrumentos diagnósticos: a) estandardizados (de nível intelectual ou neurocognitivos), b) específicos para autismo (provas, escalas, listas de checagem), c) auxiliares em áreas específicas de linguagem ou social, d) escalas de desenvolvimento infantil, e) observações em atividades espontâneas de relação social com pais ou com pares, f) observações em situações lúdicas.

É necessário ressaltar que os estudos atuais sobre a teoria da mente, processamento da informação e coerência central, decorrentes da teoria cognitiva, têm gerado a elaboração de tarefas que permitem detectar a inabilidade em meta-representar, em simbolizar, imaginar, em compartilhar atenção, em relacionar estímulos e em desempenhar adequadamente funções executivas. Essas tarefas cognitivas, como a de “Sally e Anne”, para a detecção de falha na atribuição de falsa crença (Baron-Cohen et al., 1985), não têm função diagnóstica, mas de investigação de como as funções e os processos cognitivos se estabelecem na mente autista.

Além de todo esse aparato instrumental, um fator que assume grande importância no procedimento do avaliador é a sua intenção frente ao processo avaliativo, sustentada por sua formação, crença ou teoria subjacente à sua prática profissional.

Analisando o posicionamento de Ibarra e Pereira (1999) frente a uma avaliação em autismo, fica clara a amplitude da ação psicológica diante dessa

tarefa, que requer: a) Pleno domínio dos instrumentos, formais e informais; b) a seleção desses instrumentos de acordo com o nível de desenvolvimento, interesse e necessidades do indivíduo; c) o aproveitamento das informações colhidas, visando à facilitação da intervenção; d) a promoção da participação ativa da família no plano de vida do membro autista; bem como d) a análise dos recursos disponíveis na comunidade, para a integração do indivíduo autista no meio social e educacional.

7 - O uso de escalas, *checklists* e outros instrumentos de avaliação em autismo

A utilização de instrumentos padronizados em uma avaliação psicológica, sobretudo em autismo, deve permitir, conforme visto no capítulo anterior, que se possa responder satisfatoriamente às questões: a) o que observar, b) como conseguir a informação, c) para quê a informação será aproveitada; e d) qual a implicação disso no comportamento adaptativo global da criança. Sem essa conduta avaliativa, perde-se a caracterização do sujeito, que muitas vezes pode ser encaminhado para programas de intervenção sem um planejamento adequado às suas necessidades específicas.

Autores de diversas áreas têm se dedicado à elaboração desses instrumentos, visando ao detalhamento na caracterização do quadro de autismo, o estabelecimento do grau de comprometimento de cada caso, ou mesmo o perfil psicoeducacional do indivíduo autista.

Muitos desses instrumentos foram criados a partir dos critérios diagnósticos pontuados por Kanner, Ritvo, Rutter, ou nos DSM (III, III-R, IV) e CID (9 e 10), e apresentam formas diversificadas de estruturação – quer sejam escalas, questionários, entrevistas, inventários, quer sejam *checklists* – para avaliar crianças, jovens e adultos com distúrbios globais no desenvolvimento (California Departments of Education and Developmental Service, 1997; Shriver, Allen e Mathews, 1999). O termo “escala” tem assumido a forma mais abrangente de designação desses tipos de instrumento, podendo incorporá-los em seu conceito, visto ser considerada um recurso clínico, que tem por objetivo descrever sintomas ou agrupamentos de sintomas com os quais se pode registrar e quantificar comportamentos observados de uma criança em um dado momento,

bem como acompanhar sua evolução terapêutica (Barthélémy, Adrien, Boiron, Sauvage e Lelord, 1991).

Independentemente da nomenclatura adotada, alguns instrumentos, como *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*, *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*, *Behavior Rating Instrument for Autistic and Other Atypical Children (BRIAAC)*, *Diagnostic Checklist for Behavior-Disturbed Children (E-2)*, *Autistic Behavior Checklist (ABC)* e *Autistic Diagnostic Interview (ADI)* aparecem em literatura internacional como os mais utilizados para identificar e classificar graus variados de autismo (Barthélémy et al., 1991; Trevarthen et al., 1998; Volkmar et al., 1999; Gadia e Tuchman, 2003).

De acordo com Lord (1991), muitas dessas escalas foram formuladas antes de se firmar o conceito mais atualizado, que considera o autismo como um *spectrum*, e isso pode acarretar falhas na classificação diagnóstica, se forem usadas sem um conhecimento clínico mais aprofundado no assunto. No entanto, revisões e variações de alguns desses instrumentos vêm sendo feitas, para que eles possam ser mais abrangentes na investigação dos sintomas, ou mais específicos, em determinadas áreas já reconhecidas como falhas nos indivíduos autistas – comunicação, interação social recíproca e comportamento (California Departments of Education and Developmental Services, 1997; Shriver et al., 1999).

Tem sido observado o uso dessas escalas juntamente com outras não específicas para autistas, como o *Child Behavior Checklist (CBCL)*, a *Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)*, o *Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (PPVT-R)*, entre outras, mas que podem complementar o conhecimento que se quer ter da amostra avaliada em áreas específicas, como: comunicação, sociabilidade e comportamento (Ibarra e Pereira, 1999; Luiselli, Campbell, Cannon, DiPietro, Ellis, Taras e Lifter, 2001).

Estudos realizados no Brasil, tanto para fins de pesquisa (Pinheiro, Poelman e Camargos Jr., 2001) como para divulgação de trabalhos institucionais (Bereohff et al., 1994; Lopes e Rodrigues, 1997; Mello, 2001) demonstram que poucos são os instrumentos formais de avaliação disponíveis em língua portuguesa. Os que estão traduzidos não têm praticamente nenhum trabalho de validação brasileira, exceto a Escala e Avaliação de Traços Autísticos (ATA), cujo

estudo para validação se deu na capital paulista (Assumpção Jr., Kuczynski, Gabriel e Rocca, 1999).

O uso desses instrumentos de avaliação em práticas diagnósticas de autismo tem sido alvo de pesquisas, como a de Luiselli et al. (2001), realizada nos Estados Unidos, que contou com os dados coletados em centros de serviço nacional (30 estados) voltados para a educação e o tratamento de autistas. O objetivo desse estudo foi, basicamente, determinar quais instrumentos de avaliação eram usados na rotina dos profissionais e os propósitos desses instrumentos nas práticas avaliativas. Os autores identificaram 11 domínios de avaliação, e a de Observação/Diagnóstico consistia em apenas um domínio, dentre eles. Os dados revelaram que, embora nenhum centro tivesse avaliação formalizada para todos os domínios, uma grande proporção dos programas adotou instrumentos padronizados em sua prática avaliativa. Há comentário dos autores de que a avaliação padronizada garante medidas objetivas dos índices críticos necessários para determinação do diagnóstico, do planejamento e da avaliação da necessidade de permanência do indivíduo em um programa.

Waller, Armstrong, McGrath e Sullivan, (1999) apresentam uma revisão dos artigos publicados entre fevereiro de 1993 e abril de 1997 no *Journal of Autism and Developmental Disorders*, na qual discutem aspectos como seleção de sujeitos e procedimentos diagnósticos utilizados por pesquisadores em autismo, concluindo que muitos desses estudos omitem dados importantes a respeito da amostra e dos critérios utilizados para o estabelecimento do diagnóstico. Isso dificulta a possibilidade de réplica da pesquisa e compromete a confiabilidade, perante os leitores, de diagnósticos feitos com utilização de medidas objetivas.

Em artigo publicado em 1991, Lord já havia relatado um estudo sobre 162 pesquisas em autismo publicadas em três revistas científicas nos três anos anteriores, das quais seis não indicavam o critério diagnóstico empregado e 122 não davam informação de como os dados para o diagnóstico foram colhidos.

Um estudo mais específico de comparação entre as três escalas – CARS, ABC e *Real Life Rating Scale* (RLRS) – traz comentários a respeito da importância de se saber quais são os diferentes conjuntos de critérios diagnósticos levados em consideração, quando da elaboração ou

desenvolvimento de cada uma dessas escalas. Isso determina graus diferentes em medidas de determinados comportamentos, que podem variar de comprometimento em um ou outro instrumento (Sevin, Matson, Coe, Fee e Sevin, 1991).

Essas pesquisas mostram a necessidade de os profissionais, pesquisadores ou não, conhecerem mais detalhadamente as características das escalas existentes para avaliação em autismo, pois o diagnóstico correto e a caracterização adequada do quadro constituem a determinação da eficácia ou não das intervenções propostas aos casos.

No Apêndice C, encontra-se um quadro formulado com o objetivo de resumir as características principais e cientificamente significativas de grande parte das escalas usadas para avaliação específica de autismo, visando nortear os pesquisadores quanto à escolha dos instrumentos mais adequados aos objetivos específicos de suas investigações.

Diante do exposto, uma questão impõe-se, determinando as ações da pesquisa desenvolvida no presente estudo: quais instrumentos de avaliação em autismo têm sido usados em pesquisas e quais as dimensões de sua aplicabilidade?

OBJETIVOS

Geral

Mapear os artigos publicados sobre avaliação em autismo no período de 1997 a 2001, disponíveis nas bases de dados PsycINFO/PsycLIT, que abrangem a faixa etária de 0 a 6 anos de idade³ e se refiram aos instrumentos usados na pesquisa.

Específicos

Analisar descritivamente aspectos específicos dos textos: ano de publicação da pesquisa, local, suporte de publicação e forma de coletar os dados.

Verificar a finalidade de uso dos instrumentos para avaliação em autismo.

Caracterizar os sujeitos avaliados: idades limites, diferenças de gênero, constituição geral da amostra e proveniência.

³ Esta faixa etária foi assim delimitada por ser reconhecidamente utilizada em estudos científicos como o período de aquisição dos padrões globais de desenvolvimento, sendo a idade de 6 anos um marco significativo entre a segunda infância e a terceira, a qual se caracteriza pela fase escolar, com a aquisição de fatores específicos do desenvolvimento (Bee, 1997; Papalia e Olds, 2000).

Necesidades de las personas autistas

2 – Necesito un mundo estructurado y predecible, en que sea posible anticipar lo que va a suceder. Muéstrame en todo lo posible el sentido de lo que me pides que haga.

MÉTODO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa documental bibliográfica. De acordo com Witter (1990) uma pesquisa documental busca, em suportes de informação impressos ou não-impressos, caracterizar o saber-fazer-poder de alguma área do conhecimento científico em particular. Na categoria de documentos impressos estão os bibliográficos que compreendem, entre outros, os artigos de revistas científicas, os quais compõem o foco do estudo em questão.

1 - Procedimento de coleta de dados

Base de Dados

As bases de dados escolhidas para pesquisa de artigos com informações a respeito dos instrumentos analisados foram o PsycINFO/PsycLIT, criações de um departamento da *American Psychological Association* (APA).

As informações do PsycINFO *database* estão disponíveis em serviços *online*, contendo mais de um milhão e meio de referências da literatura psicológica, desde 1887 até hoje, incluindo artigos de revistas científicas, dissertações, relatos técnicos, livros e capítulos de livros. A atualização das novas publicações é feita mensalmente, com aproximadamente 5.500 novas referências examinadas cuidadosamente pela APA.

O PsycLIT consiste em dois bancos de dados derivados do PsycINFO *database* (de 1887 até o presente e de 1974 até o presente), disponíveis para instituições em CD-ROM. Contém referências de artigos de revista científica, livros e capítulos de livros e sua atualização é feita trimestralmente.

Seleção dos Artigos

A pesquisa na base de dados iniciou com a busca dos seguintes descritores, combinados em dois, três ou quatro termos: *autism, diagnosis, diagnostic, assessment, evaluation, scales, childhood, instruments*.

A seguir, foi feita uma busca específica usando-se como tema os nomes dos instrumentos de avaliação que apareceram nessa triagem. Os

materiais colhidos em ambas as buscas foram comparados entre si, para verificação de superposição de artigos (até então resumos).

Os resumos então obtidos foram analisados para selecionar, ainda preliminarmente, trabalhos que atendessem a dois critérios de **inclusão**. Um deles foi a exigência de que o trabalho considerasse a avaliação geral do quadro de Autismo com o uso de outros instrumentos diagnósticos, que não somente os critérios do DSM e/ou da CID. O outro critério foi a identificação da idade da amostra, compatível com a faixa etária selecionada neste estudo. Alguns dos resumos continham dados esclarecedores, sobretudo no que se referia à idade dos sujeitos; outros eram menos claros, e somente após a leitura do texto completo foi possível optar por sua permanência ou não nesta análise.

Foram selecionados 91 resumos nesta fase de coleta dos dados, os quais foram numerados seqüencialmente, de acordo com a ordem de seleção, e uma nova etapa de busca dos artigos completos permitiu chegar à definição final dos textos que efetivamente foram analisados neste estudo.

Busca dos Artigos Completos

Esta busca foi inicialmente feita em *sites* eletrônicos que disponibilizam os artigos em sua forma completa. Os demais artigos foram solicitados pelo sistema de Comutação entre Bibliotecas, por intermédio da Universidade de Taubaté (UNITAU). Dentre eles, os textos não encontrados no Brasil foram solicitados, via *e-mail*, aos próprios autores. Foram solicitados 13 artigos e recebidos sete. Em vista disso, um total final de nove artigos teve seus dados avaliados apenas pelos *abstracts* disponibilizados na base de dados PsycINFO.

Inicialmente, os artigos escritos em língua chinesa, japonesa e alemã seriam excluídos do estudo, caso fossem encontradas as formas completas dos textos restantes; no entanto, optou-se por incluí-los na análise, sob a forma de *abstracts*.

Os 91 artigos encontrados (incluindo-se aqui os nove *abstracts*) foram numerados de acordo com os resumos, e uma nova análise foi feita, definindo-se os seguintes critérios de **exclusão**: *abstracts* de dissertações (textos: 2, 18, 19, 20, 24, 46, 47, 57 e 66); comentários entre autores, referindo-se aos estudos dos mesmos (textos: 4, 59, 60 e 62); idade incompatível da amostra, mais claramente

explicitada nos artigos completos, ou indefinida no *abstract* que seria utilizado (textos: 21, 37, 39, 41, 42, 44, 49, 54 e 77); identificação de que os instrumentos mencionados não eram específicos para autismo (textos: 12, 51, 85 e 87); certificação de que a amostra do estudo era apenas de TID-SOE e não de autistas (texto 89). Assim, ao final da seleção, a numeração não é seqüencial, mas atende aos critérios de análise já apontados

Chegou-se à seleção final de 64 artigos que atendiam plenamente aos critérios exigidos neste estudo, ou seja, focalizavam a utilização de instrumentos de avaliação específicos para autismo, abrangendo a faixa etária de 0 a 6 anos de idade. A lista completa dos textos selecionados encontra-se no Apêndice D.

Os instrumentos foram considerados conforme seus possíveis formatos: inventários, escalas, questionários e *checklists* (ou listas de checagem), pois todos têm o caráter de verificação de uma série de comportamentos possíveis em indivíduos com autismo, distribuídos ou não em categorias. A proposta de checagem se dá por meio de perguntas ou de observações do desempenho da criança frente a uma determinada tarefa estruturada, ou em atividade espontânea. As escalas, em específico, contêm o caráter de graduação desses comportamentos, para verificação da gravidade do comprometimento.

É importante ressaltar que instrumentos como o CBCL, a VABS o PPVT-R, a *Early Social Communication Scale* (ESCS), a *Child Intentionality Rating Scale* (CIRS) e outros apareceram em baterias de avaliações para autismo no conjunto dos 91 resumos, mas não constituem instrumentos específicos para avaliação diagnóstica deste quadro clínico, o que não justificaria sua presença nesta análise. Porém, um único artigo sobre a escala *Vineland Adaptive Behavior* (VABS) foi selecionado, por apresentar um estudo específico normativo deste instrumento para a população de autistas (texto 75).

Ficha de Registro dos Dados

O registro dos dados coletados a partir da análise dos artigos foi feito por meio de fichamento contendo itens para: a) Caracterização geral do texto (autores, ano, suporte e local da pesquisa); b) aspectos específicos de caracterização (instrumentos utilizados para avaliação de autismo e outros instrumentos; número de participantes autistas e não-autistas; caracterização da

amostra quanto a gênero, idade e proveniência; caracterização do grupo como sendo único ou experimental/controle, podendo comportar indivíduos normais, retardo mental, TID e outros); c) caracterização da pesquisa (tipo e avaliadores); e d) especificação dos dados (finalidade de uso do instrumento para diagnóstico, validação, intervenção, seleção de sujeito ou estudos de prevalência; forma de coletar os dados mediante observação da criança, entrevista com pais, professores, cuidadores, ou forma combinada de observação direta e entrevista). A ficha utilizada para registro dos dados por artigo encontra-se no Apêndice E.

2 - Procedimento de análise dos dados

Classificação dos dados encontrados nos artigos

As informações coletadas nas fichas de registro foram codificadas numericamente e distribuídas em um quadro geral, contendo alguns detalhamentos necessários à posterior correlação dos dados (Apêndice F).

Os itens já apontados acima, considerados de interesse para análise, foram: ano, local da pesquisa (país), instrumentos para autismo, outros instrumentos mencionados na pesquisa, número e gênero dos sujeitos da amostra geral, número e gênero dos sujeitos autistas, idade inferior e superior da amostra, proveniência dos sujeitos, caracterização dos sujeitos como grupo único ou experimental/controle, outros sujeitos na amostra, tipo de pesquisa, aplicadores, finalidade de uso do instrumento e forma de coletar os dados das pesquisas.

Em relação ao tipo de pesquisa, pensou-se inicialmente em classificá-la como descritiva e experimental, porém, após a leitura dos textos optou-se por sua classificação em bibliográfica e de primeira-mão.

Análise de dados

Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente.

A análise quantitativa foi realizada para efetuar-se a comparação de freqüências esperadas e obtidas, tendo sido escolhida, para tal, a prova do Qui-Quadrado. O nível de significância adotado foi 0,05, como é usual em pesquisas na área de Ciências Humanas (Siegel, 1975). Todos os itens foram

correlacionados aos pares ou considerados individualmente, gerando gráficos e tabelas devidamente analisados e discutidos no capítulo seguinte.

A análise qualitativa permitiu um olhar reflexivo sobre os dados, relacionando-os com as informações relatadas na revisão de literatura a respeito de autismo.

Necesidades de las personas autistas

3 – No me plantees siempre las mismas tareas, ni me obligues a hacer las mismas actividades. El autista soy yo. No tú.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos a partir do mapeamento dos instrumentos de avaliação desencadeou uma série de ações voltadas à busca da compreensão da natureza das informações trazidas pelos diferentes autores e pesquisadores. Tudo, inicialmente, parecia fundamental. Entretanto, há a certeza de que alguns aspectos permaneceram encobertos até mesmo com a quantidade de leitura debruçada sobre os dados, deixando-se, eventualmente, de considerar algumas análises que, para o leitor, podem parecer óbvias. Fica, então, a certeza de que a discussão destes resultados não se esgotou, mas é certo que há um momento em que é necessário parar para experimentar o prazer das descobertas.

É preciso levar em conta que o presente estudo teve como objetivo focalizar apenas uma determinada face do processo avaliativo, ou seja, o uso de instrumentos específicos para sondagem e caracterização do autismo na faixa etária até 6 anos de idade. Pesquisas mais abrangentes, envolvendo avaliações de aspectos diversos comprometidos em indivíduos autistas, como funcionamento cognitivo, linguagem, comportamento, poderão indicar outras tendências, a partir de novas propostas de análise.

Como já foi referido, os resultados apresentados e discutidos a seguir representam a análise de 64 artigos publicados em 22 periódicos indexados na base de dados PsycINFO, referentes a 31 instrumentos de avaliação, encontrados num recorte de cinco anos, compreendidos entre 1997 e 2001. Os artigos estão referidos por meio da codificação numérica que lhes foi atribuída, colocada entre parênteses, e os instrumentos serão mencionados pelas suas respectivas siglas.

A análise reporta-se aos 64 artigos encontrados. Entretanto, alguns dos dados apresentados sobre os instrumentos tomam por base o número de incidências nas quais eles são referidos nos estudos. A possibilidade de haver mais que um instrumento estudado em determinados artigos acarretou valores de referência diversificados para a realização de determinadas análises. Foram registrados 31 instrumentos e 109 incidências.

Das revistas científicas nas quais os artigos de interesse foram publicados, o *Journal of Autism and Developmental Disorders* concentrou 27

estudos. Outros oito artigos foram encontrados no *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, e mais seis estavam publicados na revista *Autism*. As outras 19 revistas tiveram a freqüência de um ou dois artigos em cada uma delas. A maior parte dos periódicos contém informações médicas, e nos títulos das revistas está presente um dos termos: Psicopatologia, Distúrbios ou Disfunção, Neuropsiquiatria, Saúde Mental, Psicologia e Infância. Uma relação completa dos títulos dessas revistas pode ser vista no Apêndice G.

Um panorama geral da distribuição dos 64 estudos em relação aos anos escolhidos para análise dos instrumentos está demonstrado na Figura 1.

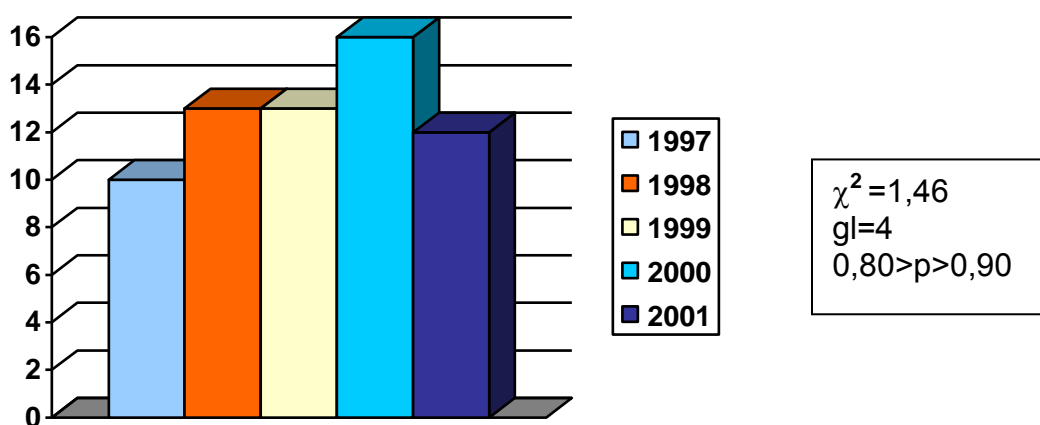


Figura 1. Distribuição dos artigos publicados entre 1997 e 2001

Os dados mostrados na Figura 1 permitem que se observe que os estudos sobre avaliação do autismo tiveram um crescimento no ano 2000, decrescendo no ano seguinte. Realizada a análise estatística para comparação de freqüências, verificou-se que não houve diferença estatística significativa em relação às publicações, por ano.

As publicações de 1997 referem-se a instrumentos mais clássicos, como a E-2 (texto 6), da década de 60, e a CARS, o ABC e a ADI, da década de 80, a estudos voltados para programas de intervenção com autistas (13, 14), diagnóstico diferencial (15, 26, 45, 68), e uma pesquisa específica para validação da revisão da escala BSE – o BSE-R (6). Ainda em 1997 aparecem estudos sobre instrumentos revisados, como a ADI-R e o PEP-R, em pesquisas sobre diagnóstico (45), prevalência (84) e validação (50).

Os anos de 1998 e 1999 já contêm mais estudos visando à validação de certos instrumentos em outros países, como a versão K-CARS (82), na Coréia, e a ATA (53), no Brasil, e a normalização da VABS (75) para uma população autista. Ainda em 1999, são apresentados dois novos instrumentos: o IDE-S (3), para avaliar déficits na imitação, e o ASSQ (5, 35), como uma triagem de autismo de alto funcionamento. O ano 2000 aparece com a maior concentração de instrumentos encontrados nos estudos, com a validação de alguns novos, como o STAT (86), para crianças de 20 meses, e o CSBQ (81), específico para comportamento social.

Esses dados sugerem existir uma tendência à construção de novas escalas, que atendam, quer a padrões específicos de comportamentos autísticos em idades variadas (STAT, CSBQ e IDE-S), quer a nuances na funcionalidade desses comportamentos (ASSQ).

No ano de 2001 também foram publicados estudos feitos com versões ou modificações de algumas escalas, como o M-CHAT (58) e o ECA-N (78), além da pesquisa com um novo instrumento, o BFI (56), construído a partir das escalas BSE, BSE-R e IBSE, com o objetivo de permitir uma avaliação sintética de todas as principais áreas comprometidas nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Considerada como uma síndrome reconhecida a partir de um conjunto de comportamentos, os quais se abrem num *spectrum* de possibilidades diagnósticas (Happé e Frith, 1991; Gadia e Tuchman, 2003), o autismo vem suscitando detalhamentos ou especificações em cada área de desenvolvimento comprometida. Os critérios básicos de reconhecimento deste transtorno, que descrevem de forma ampla as áreas de desenvolvimento prejudicadas, não permitem a caracterização completa do quadro. As escalas têm sido, então, desenvolvidas com o intuito de aprimorar o conhecimento que se tem de autismo e de todas as suas formas de manifestação e funcionalidade.

Os estudos analisados foram desenvolvidos, em sua maior parte, na Europa e América do Norte, conforme é mostrado na Figura 2. Realizada a análise estatística para comparação de freqüências, verificou-se que houve diferença estatística significativa em relação à realização das pesquisas, por região.

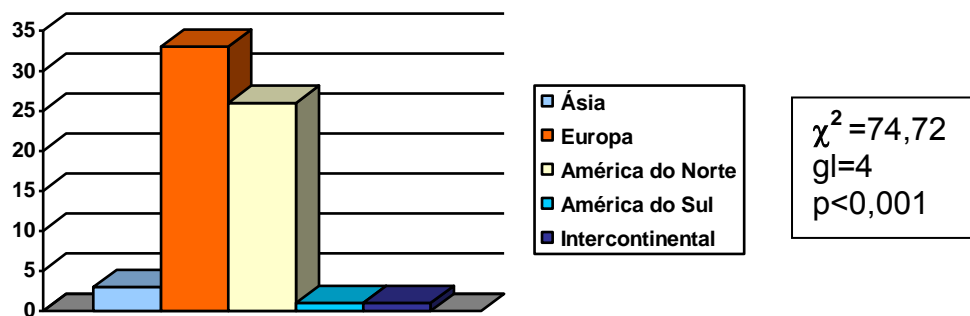


Figura 2. Distribuição das publicações de acordo com o local de realização dos estudos (regiões)

Apesar dos dados apontarem a Europa como a região que mais publicou artigos, 19 países europeus contribuíram com seus estudos. Nas Américas apareceram, além dos Estados Unidos, Canadá e Brasil.

O predomínio de pesquisas, por país, foi dos Estados Unidos, com 23 estudos publicados, seguido da Inglaterra, França e Suécia. A Ásia contou com três países pesquisando o assunto, e um dos artigos era intercontinental (América do Norte e Europa).

A diversidade de países envolvidos com estudos de avaliação em autismo favorece a compreensão de como este transtorno está sendo abordado nas várias regiões do mundo, pela divulgação de suas pesquisas. Dos três estudos efetuados na Ásia, um deles utilizou as escalas ADI-R e CARS com versão israelense (25), numa pesquisa comparativa entre os critérios diagnósticos das duas escalas e possíveis diferenças de gênero em relação à condição intelectual dos autistas; os outros dois visaram à revisão e à validação do PEP e da CARS, respectivamente (55 e 82).

O Brasil, em especial, aparece com apenas um estudo de validação (53), o que reflete a precariedade de recursos instrumentais que os profissionais da área clínica e da educação enfrentam, ao se depararem com as tarefas de diagnosticar, avaliar funcionalmente e implementar plano de intervenção junto à população de autistas. A situação torna-se ainda mais complexa, quando se verifica, na Figura 2, que este mesmo estudo brasileiro representa a pesquisa publicada na área, no período estudado, em toda a América do Sul.

Tanto na América do Norte, quanto na Europa, a CARS e a ADI-R são as escalas mais utilizadas. A esse respeito, deve-se considerar que certos instrumentos são específicos para determinada faixa etária. Por esta razão, tendem a aparecer em menor frequência nos estudos, como é o caso do CHAT, do STAT, da IDE-S e da ECA-N. Além disso, esses instrumentos são relativamente recentes, e têm sido ainda investigados em sua precisão na determinação de autismo em idade precoce (3, 61, 78, 86 e 88).

O estudo intercontinental mencionado (45) contou com a participação de quatro países: Canadá, Estados Unidos, França e Inglaterra, num total de oito centros internacionais de autismo, e teve como objetivo verificar a validade da ADI e da ADI-R na diferenciação entre autismo, deficiência mental e dificuldades de linguagem. Este fato representa um avanço em termos de pesquisa, despolarizando o uso das escalas em apenas uma região, favorecendo o treinamento adequado de profissionais para a utilização desses instrumentos e permitindo a validação de um instrumento em vários locais ao mesmo tempo.

Foi realizada uma análise mais específica das características das amostras mencionadas nos estudos, quanto a gênero, idade, composição (autistas e outros quadros clínicos) e proveniência dos sujeitos.

As Figuras 3 e 4 mostram as diferenças de gênero registradas nos estudos, considerando-se, tanto a amostra geral (Figura 3), quanto a amostra específica de sujeitos autistas (Figura 4).

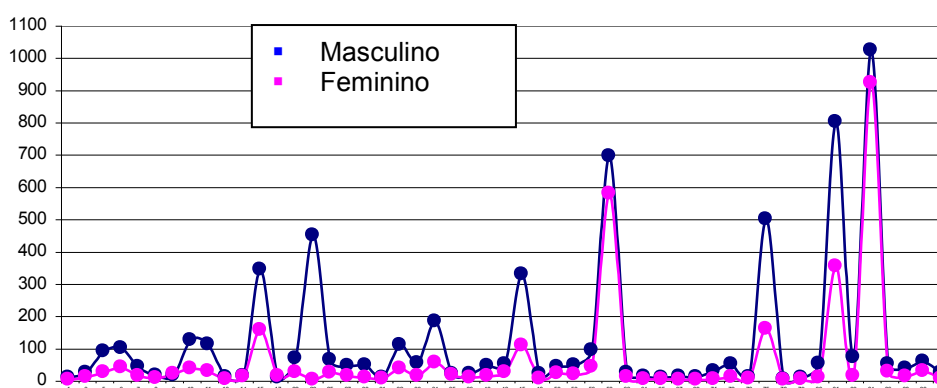


Figura 3. Distribuição dos sujeitos por gênero, na amostra geral

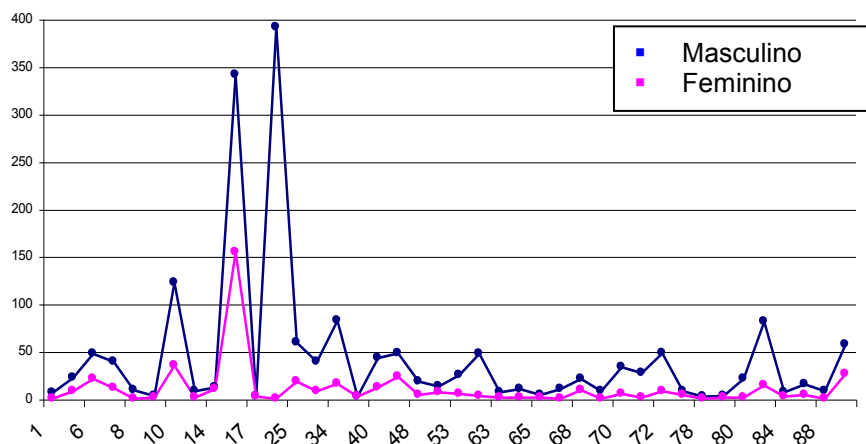


Figura 4. Distribuição dos sujeitos por gênero, em amostras de autistas

Observa-se, tanto numa figura, quanto na outra, que o número de sujeitos do sexo masculino foi significativamente maior que o de sujeitos do sexo feminino. A distribuição observada nesses estudos não pode, entretanto, ser tomada como uma medida da efetiva distribuição do autismo na população, pois grande parte deles destinou-se à confirmação de diagnósticos e à validação de escalas. Isso determinou uma forma de seleção dos sujeitos que não pode ser compreendida como representativa da população geral. No entanto, é relevante observar que é confirmada a tendência já registrada na literatura: entre os autistas há mais meninos do que meninas (DSM-IV, 1995).

Em relação à idade, os artigos apontaram os limites inferior e superior da amostra; porém, para atender à proposta do presente estudo, foi usado somente o registro da idade inferior dos sujeitos. A tabela 1 contém a distribuição da incidência dos instrumentos em idades divididas em intervalos de 12 meses.

Tabela 1. Distribuição da incidência dos instrumentos em cada idade

Instrumento	Idades em meses					
	0 -12	13 - 24	25 - 36	37 - 48	49 - 60	61 - 72
1		11	6	4	4	1
2	1					
3		1				1
4		2				
5		1				
6		2	3	2		1
7				1		1
8			2	2		
9		1				
10						
11		6	9	3		1
12			4	1		
13			2	1		
14		3				
15		1	1			
16		1				
17		1	1			
18		1				
19			1			
20		1				
21		1				
22						1
23						1
24			2		1	
25					1	
26		1				
27		1				
28			1			
29				1		
30		1				
31		1				

Não foram incluídos, na Tabela 1, cinco dos 64 artigos. Dois artigos foram retirados, por conterem somente a média da idade (11, 14), e três outros também, por não conterem as idades (28, 29, 52).

Observa-se que apenas um instrumento foi utilizado com população de um ano, como idade inferior referida. Trata-se da IDE-S, e a amostra deste estudo (3) abrangeu a faixa etária de 10 a 46 meses de idade. Na faixa de 13 a 24

meses, a CARS desponta com o aparecimento em 11 pesquisas, das quais a idade mais tenra referida foi de 18 meses, num estudo conjunto com o CHAT modificado, ou seja, o M-CHAT (58). Além dessa escala, o próprio CHAT aparece com predominância nesta faixa etária, devido ao princípio para o qual este instrumento foi construído. Somente o CHAT/M-CHAT e o STAT são instrumentos específicos para a faixa etária de 18 meses e de 2 anos, respectivamente. A ADI-R e o ABC estão mais concentrados entre as faixas etárias de 13 a 48 meses, e vários outros instrumentos incidem no intervalo de 13 a 24 meses. As idades de 20, 24, 36 e 49 meses foram as mais freqüentes, como limites inferiores adotados nos estudos.

Ainda em relação ao fator idade, vale relatar e salientar a abrangência que os seus limites inferior-superior comportaram. Várias pesquisas trabalharam com faixas etárias de grande amplitude, como, por exemplo: 4 a 30 anos (9), 2 a 44 anos (15), 20 meses a 34 anos (25). Isso parece sugerir que o autismo deva ser visto como uma síndrome cujos comportamentos permanecem constantes por toda a vida, uma vez que o quadro seja diagnosticado na primeira infância. No entanto, o fato de que as amostras iniciais gerais de sujeitos não obrigatoriamente compuseram o mesmo número de sujeitos autistas nos estudos revela a dificuldade que existe em se estabelecer o diagnóstico diferencial em TID, independentemente da faixa etária. A função das escalas torna-se aqui evidente, ou seja, são instrumentos auxiliares na avaliação diagnóstica, permitindo uma melhor caracterização do comportamento da criança. Seus dados complementam os critérios diagnósticos gerais estabelecidos pelas classificações internacionais referenciais (Rosemberg, 1995).

Essa consideração a respeito da dificuldade no estabelecimento de diagnóstico diferencial encontra também respaldo quando são analisados, neste estudo, os outros sujeitos das amostras iniciais e percebe-se o grande número de confusões diagnósticas que o autismo evoca. Há pesquisas que investigaram comorbidades, conforme aparecem descritas em estudos atuais sobre autismo (Trevarthen et al., 1998; Volkmar et al., 1999). Outras, consideram a diferenciação diagnóstica do DSM-IV ou da CID-10, apresentando subamostras de Asperger, TID-SOE, Transtornos Desintegrativos, ou a denominação ampla de TID, simplesmente. Outros sujeitos mencionados, sobretudo em grupo controle, foram

crianças normais, deficientes mentais, portadores de distúrbios de comportamento, distúrbios de aprendizagem, mutismo seletivo e Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/TDAH).

Alguns estudos deixaram explícita a intenção de investigar os TID em sua forma mais ampla (11, 30, 32, 33) e se referiram aos sujeitos da população estudada como sendo pertencentes ao *Autism Spectrum Disorder* ou *Autistic Disorder*. Outros (61, 63) utilizaram o instrumento CHAT para triagem, portanto a menção de Síndrome de Asperger encontrava-se ainda no plano de hipótese diagnóstica, devido à idade das crianças (18 e 20 meses, respectivamente).

Observou-se ainda, em certos textos, a postura favorável de alguns autores ao reconhecimento da Síndrome de Asperger como equivalente a Autismo de Alto Funcionamento. Esse fato dificultou muito, inclusive, a seleção dos artigos para o presente estudo, pois havia a necessidade de se saber a qual população as escalas estavam se referindo. A ASSQ, por exemplo, que inicialmente seria eliminada, por ter sido encontrada com a denominação de *Asperger Syndrome Screening Questionnaire* (35), assume outra denominação num outro texto (5), sendo referida como *The high-functioning Autism Screening Questionnaire*. Ambos os artigos referem-se à mesma constituição de escala, aos mesmos autores e ao mesmo ano de elaboração.

A concepção descrita acima comprova a dificuldade no estabelecimento do diagnóstico diferencial em autismo, principalmente em relação a essas duas possibilidades de quadros clínicos (Volkmar et al., 1999).

No que diz respeito à proveniência dos sujeitos, relatada nas pesquisas (Figura 5), observa-se uma proporção elevada de amostra escolhida em locais que propõem atendimento em Saúde Mental, e um número mais reduzido, nos locais responsáveis pela educação e/ou habilitação social dessa população.

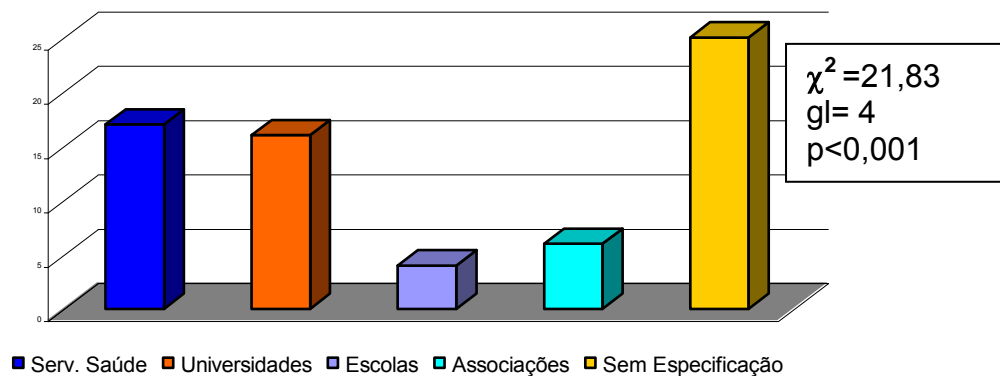


Figura 5. Proveniência dos sujeitos nos estudos

Realizada a análise estatística desses dados, verificou-se que houve diferença significativa entre os locais onde os sujeitos foram selecionados. Esse dado pode estar relacionado ao fato de que tais estudos científicos foram realizados mediante a afiliação dos pesquisadores a instituições universitárias, o que facilita o acesso a usuários dos serviços oferecidos nos departamentos dessas instituições ou a clínicas e centros de saúde públicos, canalizando apenas os estudos específicos para escolas ou associações.

O registro da ausência de informação sobre a proveniência dos sujeitos, nos estudos, reforça a posição crítica de Waller et al. (1999) a respeito da omissão de dados importantes sobre a amostra e sobre o custo disso para os pesquisadores e para o progresso das pesquisas na área. Cabe aqui comentar que sujeitos selecionados em ambulatório, ou que freqüentam clínicas de saúde mental, muito provavelmente não tenham o mesmo tipo de intervenção educativa ou de controle de comportamento que sujeitos assistidos em associações ou clínicas-escola. A previsibilidade do instrumento a respeito de ações interventivas sobre o sujeito, trazendo uma possível modificação sobre o quadro de autismo, deveria ser mais bem pesquisada.

O fato de que grande porcentagem dos estudos (35%) não relata a proveniência dos sujeitos impede um entendimento mais claro de onde estão sendo identificados ou atendidos os portadores de autismo, informação importante para o planejamento de ações de prevenção primária e secundária do quadro.

Realizou-se análise dos tipos de pesquisa encontrados. Dos 64 artigos selecionados, apenas um (29) teve como base a revisão de literatura já publicada. Seu propósito era rever livros e capítulos de livros referentes a Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, indexados na base de dados *Medline*, no período entre julho de 1989 e novembro de 1999.

Todos os outros estudos coletaram dados de primeira mão. Uma das pesquisas usou como sujeitos 60 pais de crianças autistas (52), em virtude de seu objetivo: investigar a influência de organizações religiosas nas crenças pessoais sobre saúde dos indivíduos avaliados. Sessenta e dois deles avaliaram autistas, quer diretamente, pela observação dos mesmos, quer colhendo informações por entrevistas ou questionários respondidos por pais, professores ou cuidadores, o que era determinado pela natureza do instrumento.

Cada instrumento propõe um tipo de coleta de dados, e a análise deste fator, no presente estudo, salientou essa diversidade de possibilidades de investigação. A coleta de dados valendo-se de observação das crianças, juntamente com investigação de seu histórico de desenvolvimento em entrevistas com pais, foi a que apareceu com maior incidência nos estudos. Pesquisas que utilizaram outros informantes, como professores e cuidadores, tiveram menor incidência (5, 6, 7, 8, 11, 14, 70, 71, 80).

Os instrumentos usados nas pesquisas foram também analisados quanto à incidência, quanto ao princípio de construção e quanto à finalidade de uso.

A Figura 6 mostra a frequência de todos os instrumentos encontrados nos artigos, considerando-se o total de 109 incidências.

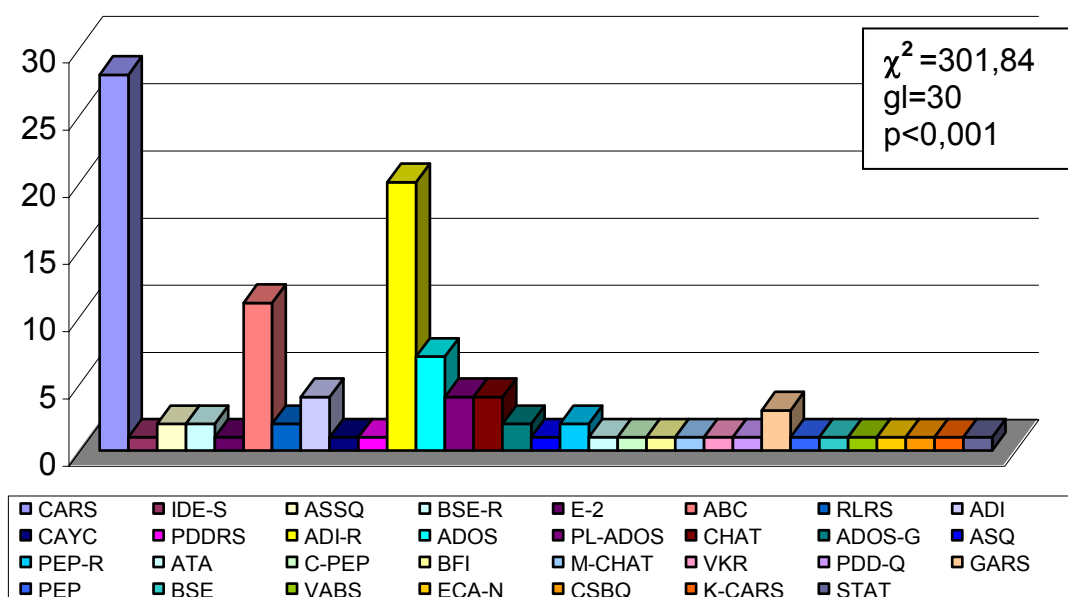


Figura 6. Frequência com que foram encontrados instrumentos nos artigos

A CARS e a ADI-R despontam em termos de frequência de utilização, seguidas pelo ABC e ADOS. Realizada a análise estatística para comparação de frequências, verificou-se que diferenças significativas comprovam o fato de haver uma definida superioridade na frequência de utilização das escalas CARS, ADI-R, ABC e ADOS, em relação às demais escalas.

Esses dados refletem o que tem apontado a literatura em termos dos tipos de escalas mais usadas para avaliação em autismo. É possível que a preferência de tais instrumentos esteja determinada pela validade já definida de sua capacidade em discriminar indivíduos autistas de não-autistas (Volkmar et al., 1999; EYP/NY, 2002; Gadia e Tuchman, 2003).

A prevalência de uso da ADI-R sobre sua precursora ADI, bem como a quantidade de revisões e modificações que as escalas vêm sofrendo, mostram a necessidade de esses instrumentos acompanharem os avanços dos estudos sobre o quadro clínico do autismo e suas formas de manifestação. Lord, em 1991, já teria alertado para o fato das escalas CARS, ADI e ABC terem sido construídas antes de se postular o conceito de *spectrum autístico*, que dá a esse transtorno, hoje, um caráter mais abrangente.

Os 31 instrumentos identificados, conquanto possam ser entendidos como diferentes entre si, podem também ser analisados quanto ao princípio de

construção, já que as revisões, as modificações, as adaptações e as versões por que alguns deles passaram preservam a mesma estrutura inicial de sua construção. A Figura 7 foi elaborada para permitir melhor visualização do uso dos instrumentos pertencentes ao mesmo princípio de construção.

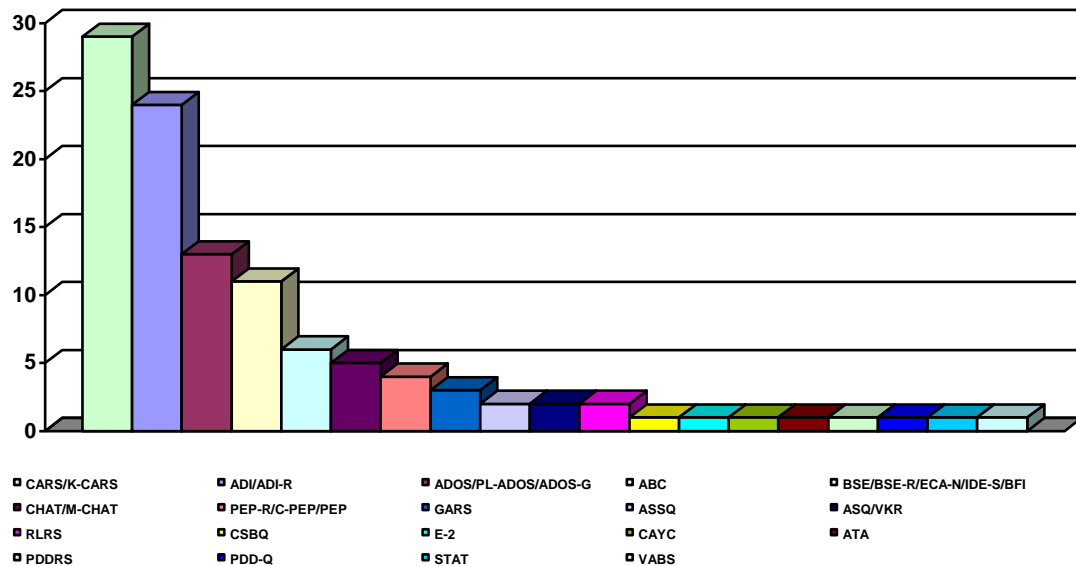


Figura 7. Distribuição dos instrumentos por princípio de construção

As baterias ADOS e BSE, por exemplo, foram desdobradas em várias escalas, cada uma delas idealizada com o intuito de atender a variações possíveis na população autista: idade, condição de linguagem, capacidade imitativa, entre outras.

Os instrumentos mais freqüentes, observados na Figura 7, continuaram sendo a CARS e sua versão coreana, e a ADI-R, somada à sua precursora ADI.

O uso de três ou mais instrumentos em determinadas pesquisas ocorreu em função do cumprimento de alguns objetivos: validação de uma das escalas (34, 75) ou de seus aspectos específicos (7, 61), valor diagnóstico (27, 29, 33) e verificação da precisão diagnóstica mediante o uso de vários recursos de coleta de dados (32). Outro fator que gerou o uso de vários instrumentos foi o de verificar os efeitos de certos fármacos no comportamento dos autistas (69, 71, 72). Nesses casos, as crianças foram avaliadas em vários momentos, com utilização de diferentes formas de coleta de dados – observação do comportamento, entrevista com os pais para verificação geral ou de determinadas

áreas específicas do desenvolvimento – justificando-se, assim, o uso de múltiplos instrumentos.

Observou-se também o uso conjunto de outros instrumentos, não específicos para autismo, nas pesquisas estudadas. A essa categoria foram incluídas as referências diagnósticas da CID e do DSM. Além desses, foram registrados, nos estudos: testes de inteligência, escalas de desenvolvimento, ou instrumentos destinados a verificar aspectos específicos, como linguagem (34, 38), comportamento social (82), condições médicas especiais (27, 70) ou mesmo questões familiares (52). Apenas 2 estudos (15, 48) não tiveram incidência de outros instrumentos além dos específicos para autismo, e os 4 estudos sem especificação referem-se aos resumos de artigos que não continham dados para compor esse item (1, 28, 74 e 76).

As incidências de cada conjunto desses instrumentos encontram-se disponíveis na Figura 8.

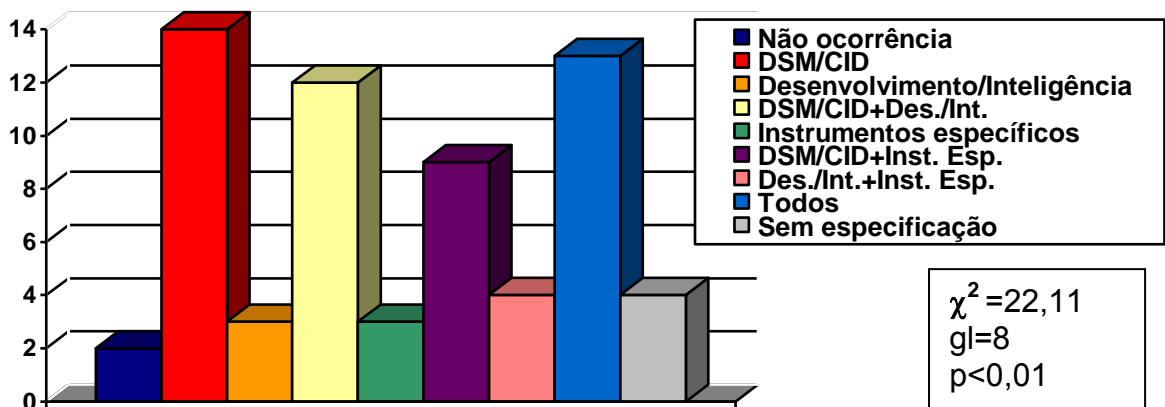


Figura 8. Distribuição de outros instrumentos utilizados com as escalas

Realizada a análise estatística, verificou-se que houve diferença significativa entre as incidências dos instrumentos utilizados em conjunto com as escalas.

Ficou confirmada a força referencial das classificações internacionais CID e DSM para o estabelecimento do diagnóstico em autismo (Paluszny, 1996; Freeman, 1997), apesar de haver estudos que questionaram sua especificidade, sobretudo na diferenciação entre Autismo e Asperger (10). Várias são as escalas

que se apóiam nos critérios dessas classificações, para serem construídas (CARS, ADI, GARS) ou para terem nelas a referência para sua validação (CHAT em estudos de *follow up*).

O uso de escalas de desenvolvimento ou de testes de inteligência em sujeitos autistas emerge da necessidade de investigação da capacidade cognitiva da amostra estudada, a fim de caracterizar a condição mental dessa população (3, 6, 8, 10, 23, 25, e outros). Tal investigação define, tanto o diagnóstico diferencial de autismo e retardo mental, quanto o nível cognitivo dos autistas, para serem considerados de alto ou baixo funcionamento.

Instrumentos específicos em desenvolvimento da linguagem ou destinados à investigação de comportamento social foram encontrados em estudos referentes à validação de algumas escalas de autismo, sobretudo quando o objetivo das pesquisas era o de comprovar a precisão de determinadas áreas dessas escalas referentes a esses aspectos (5, 22 e outros). A VABS esteve presente, em alguns textos, como auxiliar diagnóstico para os traços relativos a comportamento social dos autistas (27, 32, 43, 45, 58, 71). Isso se deu ao fato de que sua normalização, com amostra de sujeitos autistas, ocorreu em 1998 (75) e, a partir de então, vem sendo incorporada como instrumento auxiliar de avaliação desse transtorno. No entanto, no presente estudo ela foi incluída como instrumento específico apenas na pesquisa de validação.

A freqüência de múltiplos instrumentos utilizados numa avaliação de autismo é compatível com a concepção de prática avaliativa compreendida como um processo mais amplo do que o da determinação diagnóstica. O uso de instrumentos padronizados para identificar o comportamento de um indivíduo em várias áreas de seu desenvolvimento deve ser concebido como um meio de caracterizar seu comportamento nesses domínios e de assegurar-lhe um planejamento de intervenções mais adequadas às suas necessidades (Luiselli et al., 1991; Ibarra e Pereira, 1999; Martos, 2002).

Um dos objetivos deste estudo foi o de investigar quais finalidades de uso os instrumentos assumiram nas pesquisas. A Figura 9 exibe as freqüências referentes às possibilidades de uso detectadas nos artigos.

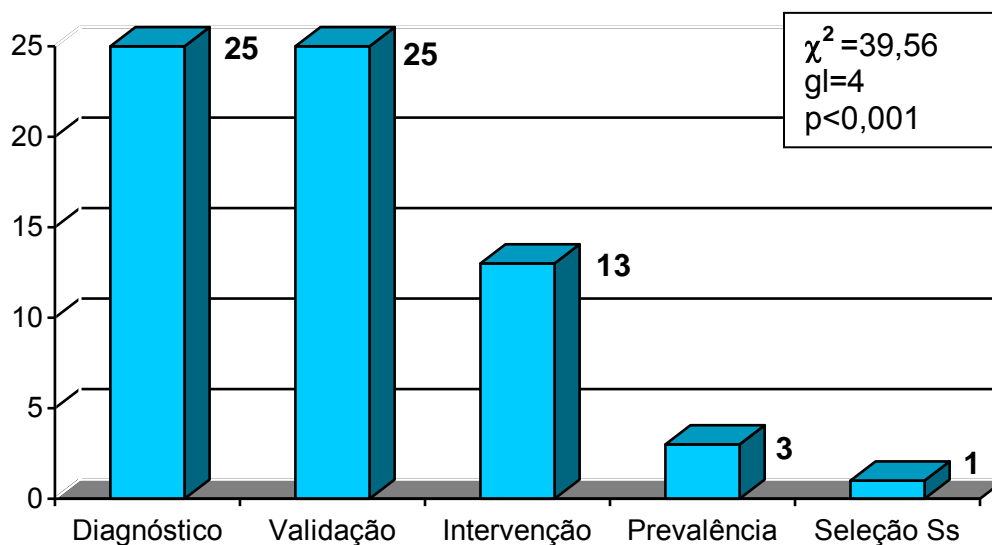


Figura 9. Finalidade de uso dos instrumentos nos artigos estudados

Observa-se a preponderância, estatisticamente comprovada, dos instrumentos usados para validação e para diagnóstico sobre outras finalidades. Esse fato sugere que os estudos sobre autismo ainda estão mais pautados na necessidade de aprimoramento diagnóstico, com a construção e revisão de itens idôneos na investigação de traços autísticos, do que na intervenção junto a essa população. Dos estudos de intervenção, 9 foram realizados com medicação, restando 4, apenas, referentes a métodos de trabalho aplicáveis a autistas (1, 13, 14 e 48).

Pesquisas de intervenção medicamentosa suscitaram uma dificuldade adicional na classificação adotada. Em determinados estudos, alguns instrumentos foram usados para o diagnóstico inicial dos quadros de autismo, enquanto outros foram aplicados após o tratamento, para verificação da eficácia do uso da medicação (65, 69, 71 e 72). As finalidades de uso dos instrumentos foram então computadas, nesses quatro estudos, em duas categorias, ou seja, função diagnóstica, para determinado(s) instrumento(s) e função de intervenção, para outro(s). Nas demais pesquisas dessa ordem, os instrumentos foram usados como linha de base e em intervalos de tempo pré-estabelecidos, para a verificação dos efeitos das drogas sobre os sujeitos (64, 67, 73, 80 e 91). Nesses casos optou-se, portanto, pela finalidade de os instrumentos assumirem a categoria de intervenção, na classificação geral dos estudos.

A Figura 10 apresenta a incidência de uso dos instrumentos encontrados nos artigos, e também aqueles que foram usados com mais de uma finalidade.

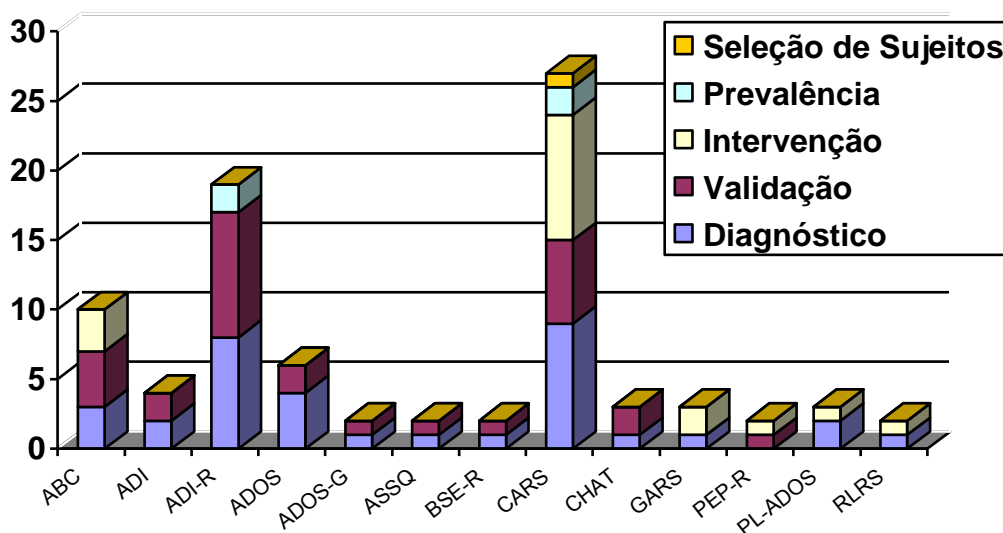


Figura 10. Instrumentos usados com mais de uma finalidade

O único instrumento usado para as cinco finalidades foi a escala CARS, e foi essa também a que apresentou maior incidência de referências. O segundo mais encontrado foi ADI-R, usado com três finalidades; combina diagnóstico e validação com prevalência. Também foi usado (com três finalidades) o ABC, que combina diagnóstico e validação com intervenção.

Como os estudos de diagnóstico e de validação são os mais frequentes (conforme foi mostrado na Figura 9), as escalas mais usadas são citadas nessas duas finalidades simultaneamente. O uso simultâneo dessas duas categorias de finalidades repete-se para as escalas menos usadas. Somente PEP-R, RLRS, GARS e PL-ADOS não são usadas para diagnóstico e validação simultaneamente. Deve ser mencionado que essas quatro escalas são usadas para intervenção.

O detalhamento do uso dos instrumentos nos estudos salientou a ausência da ADI-R em pesquisas de intervenção junto aos sujeitos. Entretanto, quando os estudos se referem à validação de escalas, ela aparece mais vezes que a CARS.

O artigo 29, apoiado em uma revisão documental de dez anos, já afirmava que, para efeito de pesquisa, apenas a ADI-R e a ADOS/PL-ADOS poderiam ser consideradas adequadas, por conterem muitos detalhes analisados nas várias áreas, além de fornecerem um algoritmo para o diagnóstico. O mesmo estudo aponta que, em propostas de triagem, no entanto, a CARS poderia ser considerada a melhor, por ser facilmente aplicável e possuir boa confiabilidade e precisão para distinguir autistas de não-autistas.

Ao justificarem a escolha dos instrumentos, os autores apoiaram-se em um ou mais critérios de decisão. Um deles dizia respeito à faixa etária da amostra pesquisada. Instrumentos como o CHAT e o STAT, por exemplo, funcionam apenas como triagem, para faixas etárias iniciais, o que restringe seus aspectos de investigação de características autísticas mais definidoras do quadro, requerendo retomada diagnóstica após os 3 anos de idade. Há ainda instrumentos que foram elaborados com o intuito de avaliar apenas um detalhe do desenvolvimento, por exemplo, o PL-ADOS e, por essa razão, sua aplicabilidade fica mais restrita a uma população específica, no caso, autistas que não fazem uso da comunicação oral.

Outro fator importante para a escolha do instrumento é a forma como ele foi programado para coletar os dados. Algumas escalas propõem videogravação; outras, observação direta da criança; outras, ainda, colhem os dados em entrevista junto aos pais ou junto aos chamados “cuidadores”. Esse fator pode direcionar a escolha dos instrumentos para pesquisas com grande ou pequeno número de sujeitos. Além disso, características dos indivíduos autistas, como, por exemplo, seu grau de funcionamento, podem determinar a escolha dos instrumentos (25).

Os artigos, de um modo geral, não especificaram a formação dos aplicadores dos instrumentos nas pesquisas, e muitas vezes mencionaram o termo “clínicos”, sem maiores esclarecimentos (9, 27 e outros). Da mesma forma, apareceram as denominações de “pesquisadores”, “experimentadores” (23, 45, 63, 71, 75), “estudantes-terapeutas” (48) e “equipe multidisciplinar” (50, 53, 72, 79, 80, 84), sem especificação da formação profissional. No entanto, observou-se a presença constante da expressão “aplicadores experientes em casos de autismo”, em vários estudos.

Esse fato sugere que os instrumentos, em si, não contêm a estratégia de análise e síntese que orienta um diagnóstico, mas, sim, que essa estratégia é construída com a vivência profissional, junto aos quadros clínicos com os quais se dispõe a trabalhar um estudioso no assunto. Os instrumentos confirmam sua validade no olhar técnico do profissional, e este, por sua vez, especializa seu olhar ao buscar estudos cada vez mais renovados sobre esses instrumentos.

Necesidades de las personas autistas

4 – En general, no interpretes que no quiero, sino que no puedo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema Autismo tem sido foco de interesse em pesquisas relacionadas à construção de conhecimento sobre condições patológicas do desenvolvimento infantil, visto tratar-se de um transtorno que compromete o desenvolvimento global do indivíduo desde a tenra idade, na sua forma de pensar, sentir, agir e interagir com o ambiente. Profissionais que atuam com saúde mental, cognição, linguagem, interação social e comportamento, de um modo geral, têm no estudo sobre o autismo um campo aberto para a busca mais específica das variáveis envolvidas na relação indivíduo/meio, tanto orgânicas quanto sócio-ambientais.

Sessenta anos de estudo sobre o tema têm registrado a imprecisão na conceituação desse transtorno e, portanto, na delimitação de sua invasão nos vários domínios do desenvolvimento. Avaliar algo impreciso torna-se, então, uma tarefa difícil, porém necessária, para que a caracterização detalhada do autismo possa evidenciar as nuances de comprometimento que esse quadro provoca no indivíduo e buscar a compreensão do *todo* por meio da correlação de suas várias dimensões (biológica, psicológica, social).

A inquietude a partir da experiência pessoal e profissional da pesquisadora diante dessa fragilidade conceitual e, conseqüentemente, às condições de atendimento ao autista, orientou uma busca em base científica, concretizada nesta pesquisa, das tendências do processo avaliativo sistematizado da população autista.

O presente trabalho propôs-se, portanto, a mapear instrumentos usados em avaliação de autismo, na faixa etária de 0 a 6 anos de idade. Um recorte no tempo, focalizando cinco anos consecutivos de pesquisas sobre o tema, proporcionou uma coleta de dados recentes acerca do uso desses instrumentos, apontando um panorama rico em recursos avaliativos (19 tipos de instrumentos, desdobrados em versões, revisões e modificações), com possibilidades procedimentais diversificadas: observação da criança, entrevista com pais, interação criança/pais.

Essa variedade de instrumentos reflete o avanço das pesquisas na área, sobretudo em países da América do Norte e da Europa; no entanto, reflete também a já mencionada imprecisão conceitual a respeito do autismo, o que gera

pesquisas direcionadas, muito mais ao estabelecimento de diagnóstico ou validação de escalas, do que ao desenvolvimento de programas de intervenção, conforme se esperava no início desta investigação. O contato, até então, com um número reduzido de instrumentos, importados juntamente com programas educacionais, como é o caso do PEP-R e do TEACCH, traduzidos para a língua portuguesa, não permitia considerações diversificadas a respeito das tendências do uso dos instrumentos e da necessidade isolada de especificação diagnóstica que este transtorno ainda impõe.

Ficou salientado que o uso desses recursos só tem valor funcional nas mãos de aplicadores familiarizados com quadros de autismo e de todos os transtornos invasivos do desenvolvimento. Tal afirmação, contida em vários estudos analisados, reforçou a importância deste trabalho, na direção da otimização da atuação profissional, clínica ou institucional, a partir de uma visão ampla e crítica de um segmento dos trabalhos científicos dos últimos anos.

É fundamental que a Universidade, por meio de seus cursos de formação, reveja a forma como tem sido tratada e discutida a temática do autismo, pois vem colocando no mercado, anualmente, vários profissionais que (teoricamente) deveriam estar preparados para lidar com este transtorno. Esse panorama de investigações científicas acerca do autismo não é totalmente explorado na formação universitária, nem totalmente preciso na atuação prática. Prática e teoria unificam-se e consolidam-se nas produções científicas.

A opção de mapear instrumentos não teve apenas a intenção de focalizar o olhar em avaliação retrospectiva, ou seja, especializar os critérios diagnósticos para diferenciação de quadros clínicos – a pretensão deste estudo foi a de sensibilizar profissionais da área da saúde e da educação, sobretudo psicólogos, para a avaliação prospectiva de um indivíduo autista. A segurança que uma caracterização mais precisa do caso proporciona tende a orientar melhor os planos de intervenção junto à família e à criança especial, garantindo um equilíbrio no binômio limitação/capacidade.

Vale aqui salientar que as áreas investigadas nos instrumentos para autismo correspondem aos aspectos do comportamento passíveis de serem investigados em avaliação psicológica, como: interesses, atitudes, desenvolvimento, reações emocionais, interação social, linguagem e cognição.

Cabe ao psicólogo, por conseguinte, um importante papel na tarefa de analisar os dados colhidos e de organizar o plano de intervenção junto à criança, garantindo a ela e a sua família uma melhor qualidade de vida.

Existe, portanto, um desafio a ser considerado na ação psicológica com o autista, ação que requer conhecimento e seleção dos instrumentos disponíveis, adequando-os conforme o nível de desenvolvimento, interesse e necessidades do indivíduo.

A avaliação deve ser vista como um processo, e não como produto – esta reflexão força um repensar sobre a formação acadêmica em Psicologia e sobre o papel de sua prática avaliativa na inserção social do indivíduo especial. O processo avaliativo é um norteador, um manancial de possibilidades, e não de restrições; é uma tarefa que visa, acima de tudo, à inclusão do indivíduo na sociedade.

Esta pesquisa, desde sua concepção, esteve relacionada à prática psicológica clínica e institucional. Todo o trajeto trilhado ao longo da elaboração teórica, da coleta e da análise dos dados permitiu a construção de um novo olhar a respeito da atuação prática junto a essa clientela tão intrigante e desafiadora. Assim, a inquietude diante da imprecisão diagnóstica pôde transformar-se em compromisso, com a divulgação de todo o conhecimento obtido e construído sobre o assunto.

Há um longo caminho a percorrer para o aprimoramento do domínio desse assunto aqui no Brasil. A validação de escalas, favorecendo a possibilidade de escolha de um melhor instrumento para cada caso, é fundamental para a qualificação do atendimento especializado que esse transtorno requer. Formas combinadas de uso dos instrumentos compondo um conjunto de coleta de dados, por meio de entrevista com os pais, observação da criança em situações espontâneas ou dirigidas, constituem uma investigação avaliativa ideal. O poder de opção, no entanto, só se torna possível quando há o recurso instrumental disponível para a tomada de decisões.

Este trabalho não se pretende conclusivo; ao contrário, desdobra-se em várias possibilidades de novas pesquisas. Este estudo sugere, além da necessidade de validação de novas escalas junto à população brasileira, visando ao fortalecimento dos processos avaliativos por parte dos profissionais, a

realização de outros estudos sobre avaliação em autismo que comportem também tarefas específicas, como funcionamento cognitivo, expressão de linguagem ou performance social. Pesquisas que abranjam faixas etárias mais amplas podem contribuir com dados significativos acerca do desenvolvimento do adolescente e do adulto autistas que não puderam ser contemplados num estudo sobre avaliação em idades iniciais de desenvolvimento.

Este trabalho permitiu, portanto, uma reflexão sobre a urgência de maior empreendimento em pesquisas na área, de forma a qualificar o processo avaliativo, atrelando-o ao procedimento de intervenção, pois somente dessa forma o indivíduo autista poderá ser atendido plenamente em suas necessidades psicológicas, educacionais e sociais.

Necesidades de las personas autistas

5 – Ten en cuenta que antes de ser autista soy niño, adolescente o adulto. Por muy grave que sea mi trastorno del desarrollo, es mucho más lo que me une que lo que me separa de las otras personas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonucci, R. (1993). Notas Sobre Alguns Aspectos Controvertidos do Conceito de Autismo Infantil. *Temas Sobre Desenvolvimento*, 2 (11), 14-15.
- APA (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV*. Tradução: Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, C. A. de (1995). Teorias cognitivas e afetivas. In J.S. Schwartzman & F. B. Assumpção Jr. e cols., *Autismo Infantil*. (pp. 79-100) São Paulo: Memnon.
- Araújo, C. A. de (1997). *Autismo – Teoria da mente*. Aula proferida em Belo Horizonte – Encontro do GEPAPI.
- Araújo, C. A. de (2000). *O Processo de Individuação no Autismo*. São Paulo: Memnon.
- Artigas, J., (2000). Aspectos Neurocognitivos del Síndrome de Asperger. *Revista de Neurologia Clínica*, 1, 34-44.
- Assumpção Jr., F. B. (1995). Conceito e classificação das síndromes autísticas. In J. S. Schwartzman & F. B Assumpção Jr. e cols., *Autismo Infantil*.(pp.3-13) São Paulo: Memnon.
- Assumpção Jr., F. B. (1997). *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Assumpção Jr., F. B; Kuczynski, E.; Gabriel, M.R.; Rocca, C. C. (1999) Escala de avaliação de traços autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57 (1), 23-29.
- Assumpção Jr., F. B., Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2).
- Baldini, S. M., Assumpção Jr., F. B. (2002) *Teoria da mente – Comparação entre autistas e deficientes mentais*. [On line]. Madrid. Disponível em:<<http://www.apaag.hpg.ig.com.br/teoria.html>>.
- Bandim, J. M., Sougey, E. B., Carvalho, T. F. R. (1995). Autismo: Características clínicas, curso e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (12), 649 – 654.
- Baptista, C. R., Bosa, C., (2002) *Autismo e Educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbero. L. A. J., (2000). *Síndrome de Rett: Revisión y actualización de conceptos*. Fundación Nuevo D.I.A. (Desarrollo Integral del Autista). México.
- Baron-Cohen, S. Leslie, A.M; Frith, U. (2002). Does the autistic child have a “theory of mind”?. *Cognition*. 21, 37-46.

Baron-Cohen, S., Allen, J.; Gillberg, C. (1992). Can Autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.

Baron-Cohen, S., Cox, A.; Baird, G.; Swettenham, J; Nightingale, N.; Morgan, K.; Drew, A; Charman, T. (1996). Psychological marks in the detection of autism in infancy in a large population. *British Journal Psychiatry*. 168, 158-163.

Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Cox, A.; Baird, G; Charman, T; Swettenham, J.; Drew, A.; Doehring, P. (2000). Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 521-525.

Barthélémy, C., Adrien, J. L., Boiron, M., Sauvage, D., Lelord, G. (1991). As escalas de avaliação no autismo da criança. Aspectos metodológicos e aplicações clínicas. In Mazet e Lebovici. *Autismo e psicoses da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed.

Bereohff, A. M. P. Leppos, A.S.S.; Freire, L.H.de V. (1994). *Considerações técnicas sobre o atendimento psicopedagógico do aluno portador de condutas típicas da síndrome do autismo e de psicoses infanto-juvenis*. Associação Terapêutica Educacional para crianças autistas Brasília: ASTECA.

Bosa, C. A. (2001). As relações entre autismo, comportamento social e função executiva. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*. 14 (2), 281-287.

Bosa, C. A. (2002). Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In C. R. Baptista, C. Bosa. *Autismo e Educação: reflexões e propostas de intervenção*. (pp.21-39) Porto Alegre: Artmed.

Bosa, C. A., Callias, M. (2000). Autismo: Breve Revisão de Diferentes Abordagens Psicológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 13 (1), 167-177.

Brunoni, D. (1992). Autismo Infantil: Aspectos Genéticos. *Temas sobre Desenvolvimento*. 1 (5), 3-5.

Cabarcos, J. L., Simarro, L. (2001) *Función Ejecutiva y autismo*. [On line]. Madrid. Disponível em: <<http://www.autismo.com/acripts/articulo/smuestra:fdc?n=fejecutivas>>.

California Departments of Education and Developmental Service. (1997) *Autism Resources: assessment Procedures*. [On line]. Disponível em: <<http://behavior-consultant.com/aut-dx-devices.htm>>.

Camargos Jr., W. (1996). *Utilização de um modelo dinâmico bi-dimensional que facilita a identificação das nuances clínicas do autismo infantil*. [On line]. Disponível em: <<http://www.mkm.com.br/~camargos/debatep.htm>>.

Charman, T. (2002). The prevalence of autism spectrum disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 249-256.

Charman, T., Drew, A., Baird, C. Baird, G. (2003). Measurement early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur Communicative Development Inventory (Infant Form). *Journal of Child Language*, 30, 213-236.

Costa, R. M. (1988) *Comparação da incidência de traços autísticos no período de 0 a 2 anos de idade, em três grupos de crianças*. 195 f. Tese de Mestrado – Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Di Lorenzo, W. C. G., Estevam, I. D., Oliveira, M. G. B. (2001). Avaliação Psicológica: o processo de investigação do desenvolvimento infantil. In *A diversidade da avaliação psicológica: considerações teóricas e práticas*. Conselho Regional de Psicologia (pp. 141-148) João Pessoa: Idéia.

Dias, M. G. B. B. (1993). O desenvolvimento do conhecimento da criança sobre a mente. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9 (3), 587-600.

Diez- Cuervo, A., Martos, J. (1989). *Definición y Etiología del autismo*. Extraído del libro: *Intervención Educativa en Autismo Infantil* (Tema 1). Ministério da Educación y Ciencia. [On line]. Madrid. Disponível em: <<http://www.autismo.com/acripts/articulo/smuestra.idc?n=mesclid>>.

Edelson, S. M. (2002) *Visión global del autismo*. Centro para el Estudio de Autismo. [On line]. Disponível em: <<http://autism.org/translations/spanish/html>>.

El Autismo Infantil. (2001). [On line]. Disponível em: <<http://www2.adi.uam.es/~snaper/cap6/autismo.html>>.

Fernandes, P. T., Souza, E. A. P. de (1998). Síndrome de Asperger: Aspectos Psicoterápicos. *Estudos de Psicologia*, 15 (2), 87-90.

Fernández, C. (2001). Um gen situado en el cromosoma 7 podría dar pistas sobre la causa del autismo. *Diário Médico de Psiquiatria*. [On line]. Disponível em: <<http://www.Mrnet.com.br/user/autismo/noticias.htm>>.

Fitton, L., Ford, L. (1998). *Professional Issues in the Assessment of Children With Autism*. National Association of School Psychologist (NASP). 26, 8. [On line]. Disponível em: <<http://naspline.org/publications/cq268autism.htm>>.

Freeman, B. J. (1997). Guidelines for Evaluating Intervention Programs for Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (6), 641–651.

Frith, U. (1993). Autism. *Scientific American*. 78-84.

Gadia, C. A., Tuchman, R. F. (2003). Manejo de los niños con transtornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 36 (2), 166 – 173.

Gómez, J. C., López, B., López, E. (1996, Maio). *Applications of the theory of mind approach to assessment and intervention of children with autism*. Paper apresentado no 5o Congresso de Autismo, Barcelona, Espanha.

Happé, F. (1997) *El autismo: entender la mente y componer las piezas*. Trd. Cristina Fanlo. Madrid. [On line]. Disponível em: <<http://www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.idc?n=happe>>.

Happé, F., Frith, U. (1991). Is Autism a Pervasive Developmental Disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (7), 1167 – 1168.

Holroyd, S., Baron-Cohen, S. (1993). Brief report: How far can people with autism go in developing a Theory of Mind? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23 (2), 379 – 385.

Ibarra, M. M., Pereira, M. I. (1999). *Evaluacion Psicologica integral en el autismo*. [On line]. Disponível em: <<http://www.autismo.com/acripts/articulo/smuestra.idc?n=marianela>>.

Jou, G. I., Sperb, T. M.. (1999). Teoria da mente: diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 287-306.

Kanner, L. (1971). Autistic Disturbances of Affective Contact. In Howells, J. G. *Modern Perspectives in Internatinal Child Psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.

Lewis, J., Wilson, D. (1999). *Caminhos para a aprendizagem na Síndrome de Rett*. São Paulo: Memnon.

Lopes, E., Rodrigues, B. (1997). *Trabalhando com a criança e com a família*. São Paulo: Edicon.

Lord, C. (1991). Methods and measures of behavior in the diagnosis of autism and related disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(1), 69-80.

Luiselli, J. K., Campbell, S., Cannon, B., DiPietro, E., Ellis, J. T., Taras, M., Lifter, K (2001). Assesment instruments used in the education and treatment of persons with autism: Brief report of a survey of national service centers. *Research in Developmental Disabilities*, 22 (5) 389-398.

Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia*. Trad. de Juarez Aranha Ricardo. São Paulo, EDUSP.

Marcelli, D. (1998). *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed.

Martos, J. (2002) *Diagnóstico y evaluación in autismo*. In I Simposio internacional sobre detección temprana em autismo (ALBORAN). [On line]. Madrid. Disponível em: <<http://psicologia-online.com/alboran/autismo/diagnostico.htm>>.

Mello, A. M. S. R. (2001). *Autismo – Guia Prático*. 2. ed. São Paulo: Mil Folhas.

Michelotti, J., Charman, T., Slonims, V., Baird, G. (2002). Follow-up of children with language delay and features of autism from preschool years to middle childhood. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44, 812-819.

Molini, D. R., Miranda, F. D. (2001). Teste específico para análise sócio cognitiva de crianças autistas: um estudo preliminar. *Temas sobre Desenvolvimento*.10 (54), 5-13.

National Institute of Child Health & Human Development (NIH). (2002). *Researchers Find New Insights Into the Genetic Foundations of Autism*. [On line]. Disponível em: <http://www.nichd.nih.gov/new/releases/genetics_in:-autism.cfm>.

New York State Department of Health. (CPG), Early Intervention Program. (2002). *Autism/Pervasive Developmental Disorders* [On line]. Disponível em: <<http://www.health.state.ny.us/nysdoh/eip/autism/index.htm>>.

Nilsson, I. (2001). *Introdução à Educação Especial – Para pessoas com desordens do espectro autístico e dificuldades semelhantes de aprendizado*. São Paulo: Memnon.

Organização Mundial da Saúde. (1993) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord.; Trad. Dorgival Caetano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Paluzsny, M. (1996). *Autismo – Guia prática para padres e profesionales*. México: Trillas.

Papalia, e Olds, (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.

Pasquali, L. (2001). A medida e sua prática em psicologia. In *A diversidade da avaliação psicológica: considerações teóricas e práticas*. Conselho Regional de Psicologia (pp.25-38) João Pessoa: Idéia.

Pereira. J. L. P. (1999a). Editorial. *Temas Sobre Desenvolvimento*, 45 (8), 4-5.

Pereira. J. L. P. (1999b). História Natural da Síndrome de Rett. *Temas Sobre Desenvolvimento*, 45 (8), 19-23.

Pinheiro, M. I. S.; Poelman, A.M.S.S; Camargos Junior, W. (2001). Avaliação psicométrica da inteligência de crianças portadoras de transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). *Temas sobre Desenvolvimento*, 10 (55), 14-18.

Rappin, I. (1999). Autism in search of a home in the brain. *Neurology*, 52, 902-904.

Rivière, A. (1997). *Desarrollo normal y autismo: definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo*. [On line]. Madrid. Disponível em: <<http://aut.tsai.es/scripts/articulo/smuestra:fdc?n=tenerife1>>.

Rocha, P. S. (org.) (1997). *Autismos*. São Paulo: Escuta.

- Rosenberg, R. (1995). Escalas de diagnóstico. In J. S. Schwartzman, F. B. Assumpção Jr., e cols. *Autismo Infantil*. (pp.111-118) São Paulo: Memnon.
- Schwartz, H., Boulware, G. L., McBride, B. J., Sandall, S. R. (2001). Functional assessment strategies for young children with autism. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 16 (4), 222-231.
- Schwartzman, J. S. (1993). Autismo Infantil. *Temas sobre Desenvolvimento*, 2 (10), 3-26.
- Schwartzman, J. S. (1995). Neurobiologia do Autismo Infantil. In J. S. Schwartzman, F. B. Assumpção Jr., e cols., *Autismo Infantil*. (pp. 17-68) São Paulo: Memnon.
- Sevin, J. A., Matson, J. L., Coe, D. A., Fee, V. E. Sevin, B. M. (1991). A comparison and evaluation of three commonly used autism scales. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21 (4), 417-432.
- Shah, A., Frith, U. (1993). Why do autistic individuals show superior performance on the block design task?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (8), 1351-1364.
- Shriver, M. D., Allen, K. D., Mathews, J. R. (1999). Effective assessment of the shared and unique characteristics of children with autism. *School Psychology Review*, 28 (4), 538-558.
- Siegel, S. (1975). *Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento*. Trad. de Alfredo Alves de Farias. São Paulo: Makron Books do Brasil.
- Trevarthen, C., Aitken, K., Papouli, D., Robarts, J. (1998). *Children with autism: diagnosis and interventions to meet their needs*. 2.ed. Philadelphia: JKP.
- Volkmar, F., Cook, E. H., Pomeroy, J., Realmuto, G., Tanguay, P.. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, e adults with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. [On line]. Disponível em: <<http://behavior-consultant.com/aut-dx-devices.htm>>.
- Waller, S. A., Armstrong, K. J., McGrath, A. M., Sullivan, C. L. (1999). A review of the diagnostic methods reported in the Journal of Autism and Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (6), 485-490.
- Wechsler, S. M., Guzzo. R.S.L. (1999). *Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wing, L. (1996). The History of Ideas on Autism: Legends, Myths and Reality. Paper apresentado no 5o Congresso de Autismo, Barcelona, Espanha.
- Wing, L., Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (1), 11- 29.

Wing, L., Potter, D. (1999). *Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista*. [Online]. Disponível em: <<http://www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.idc?n+wingpotter>>.

Witter, G. P. (1990). Pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e busca de informação. *Estudos de Psicologia*, 1, 5 – 30.

APÊNDICE A

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O TRANSTORNO AUTISTA (DSM-IV - APA 1995)

- A) Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2) e um de (3):
- 1) Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:
 - (a) Prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social.
 - (b) Fracasso em desenvolver relacionamentos com pares apropriados ao nível de desenvolvimento.
 - (c) Falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).
 - (d) Falta de reciprocidade social ou emocional.

 - 2) Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:
 - (a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através dos modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica).
 - (b) Em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversa.
 - (c) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.
 - (d) Falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento.

- 3) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:
- (a) Preocupação insistente por um ou mais aspectos estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco.
 - (b) Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais.
 - (c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo).
 - (d) Preocupação persistente com partes de objetos.
- B) Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social, ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.
- C) A perturbação não é melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância.

APÊNDICE B

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DO AUTISMO

(CID-10 - OMS, 1993)

Autismo Infantil

Um transtorno invasivo do desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometido que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. O transtorno ocorre em garotos três ou quatro vezes mais freqüentemente que em meninas

Diretrizes diagnósticas

Em geral, não há um período prévio de desenvolvimento inequivocamente normal, mas, se há, anormalidades se tornam aparentes antes da idade de 3 anos. Há sempre comprometimentos qualitativos na interação social recíproca. Estes tomam a forma de uma apreciação inadequada de indicadores sócio-emocionais, como demonstrada por uma falta de respostas para as emoções de outras pessoas e/ou falta de modulação do comportamento, de acordo com o contexto social; uso insatisfatório de sinais sociais e uma fraca integração dos comportamentos sociais, emocionais e de comunicação e, especialmente, uma falta de reciprocidade sócio-emocional. Similarmente, comprometimentos qualitativos na comunicação são universais. Estes tomam a forma de uma falta de uso social de quaisquer habilidades de linguagem que estejam presentes; comprometimento em brincadeiras de faz-de-conta e jogos sociais de imitação; pouca sincronia e falta de reciprocidade no intercâmbio de conversação; pouca flexibilidade na expressão da linguagem e uma relativa ausência de criatividade e fantasia nos processos de pensamento, falta de resposta emocional às iniciativas verbais e não verbais de outras pessoas; uso comprometido de variações na cadência ou ênfase para refletir modulação comunicativa e uma falta similar de gestos concomitantes para dar ênfase ou ajuda na comunicação falada.

A condição é também caracterizada por padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados. Isto toma a forma de uma tendência a impor rigidez e rotina a uma ampla série de aspectos do funcionamento diário; usualmente, isto se aplica tanto a atividades novas como a hábitos familiares e a padrões de brincadeiras. Particularmente na primeira infância, pode haver vinculação específica a objetos incomuns, tipicamente não-macios. A criança pode insistir na realização de rotinas particulares e em rituais de caráter não-funcional; pode haver preocupações estereotipadas com interesses tais como datas, itinerários ou horários; freqüentemente, há estereotípias motoras; um interesse específico em elementos não funcionais de objetos (tais como seu cheiro ou tato) é comum e pode haver resistência a mudanças na rotina ou em detalhes do meio ambiente pessoal (tais como as movimentações de ornamentos ou móveis em casa).

Em adição a esses aspectos diagnósticos específicos, é freqüente a criança com autismo mostrar uma série de outros problemas não específicos tais como medo/fobias, perturbações de sono e alimentação, ataques de birra e agressão. Autolesão (p. ex. morder o punho) é bastante comum, especialmente quando há retardo mental grave associado. A maioria dos indivíduos com autismo carece de espontaneidade, iniciativa e criatividade na organização de seu tempo de lazer e tem dificuldade em aplicar conceitualizações em decisões no trabalho (mesmo as tarefas em si estão à altura de sua capacidade). A manifestação específica dos déficits característicos do autismo muda à medida em que as crianças crescem, mas os déficits continuam através da vida adulta com um padrão amplamente similar de problemas na socialização, comunicação e padrões de interesse. As anormalidades do desenvolvimento devem estar presentes nos primeiros 3 anos para que o diagnóstico seja feito, mas a síndrome pode ser diagnosticada em todos os grupos etários.

Todos os níveis de QI podem ocorrer em associação com o autismo, mas há retardo mental significativo em cerca de três quartos dos casos.

APÊNDICE C

QUADRO – RESUMO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO EM AUTISMO

Sigla Instrumento	Autor(es) Data	Tipo de Instrumento	Validação Confiabilidade	Objetivos da Avaliação	Aplicação Pontuação
ABC – Autism Behavior Checklist	Krug, Arick & Almond, 1980.	<i>Checklist</i> diagnóstica. Quarto subteste do ASIEP – Autism Screening Instrument for Educational Planning.	Confiabilidade interna de .94 ou .87 em alguns estudos. Validade – $r = .80$.	Aplicável para a faixa etária de 18 meses até 35 anos. Serve como <i>screening</i> , ou medida geral, para identificar indivíduos com altos níveis de comportamento autístico, em populações severamente comprometidas.	Completada a partir dos relatos dos pais. Consiste em 57 itens medidos em 5 dimensões: Sensorial, Relações, Uso do corpo e de objetos, Linguagem, Social e Auto-ajuda. Cada item recebe o valor de 1 a 4.
ADI / ADI-R – Autistic Diagnostic Interview – Revised	Le Couteur, Rutter, Lord, Rios, Robertson, Holdgrafer & McLennan, 1989; Lord, Rutter & Le Couteur, 1994.	Entrevista diagnóstica semi-estruturada.	Relatadas por Shriver et al., (1999) como aceitáveis no manual.	Para uso clínico com crianças e adultos com TID e idade mental acima de 18 meses. Visa obter um histórico geral dos sintomas relevantes para o diagnóstico de autismo.	A entrevista com os pais conta com 111 itens distribuídos em: História de desenvolvimento; Comportamento geral; Qualidade da interação social recíproca; Comunicação e linguagem; Comportamentos e interesses estereotipados e repetitivos. Cada questão é pontuada numa escala de 0 (normal) a 3 (severo). Uma seleção de 42 questões, referentes aos domínios principais, constitui o algoritmo diagnóstico.

Sigla Instrumento	Autor(es) Data	Tipo de Instrumento	Validação Confiabilidade	Objetivos da Avaliação	Aplicação Pontuação
ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule	Lord, Rutter, Heemsbergen, Jordan, Mawhood, Schopler & Goode, 1989.	Escala de observação para crianças e adultos que usam verbalização.	Relatadas por Shriver et al., (1999) como adequadas.	Observar comportamentos de interação social e de comunicação associados ao autismo. Foi originalmente desenvolvido para uso com crianças verbais, e o PL-ADOS destina-se à avaliação das não-verbais.	Aplicável em aproximadamente 45 minutos. Consiste de 9 solicitações (“presses”), estruturadas e semi-estruturadas, para eliciar comportamentos específicos de TID, na criança. As performances são codificadas por classificações gerais sobre a qualidade das interações sociais e interpessoais do sujeito. A pontuação é feita após esta situação de avaliação, mediante análise da videogravação, sob a consideração de 41 itens na escala.
ADOS-G – Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic	Lord, Risi, Lambrecht, Cook, Leventhal, DiLavore, Pickles & Rutter, 2000.	Combinação do ADOS e do PL-ADOS. Construída pelo mesmo grupo que criou a ADI-R.		Para crianças com linguagem limitada, ausente ou com fluência verbal. Aplicável a adultos e adolescentes de alto funcionamento. Avaliação observacional estandardizada, que permite diferenciar autistas de não-autistas que apresentam outros transtornos do desenvolvimento.	Consiste de 4 módulos, apropriados aos diferentes níveis de desenvolvimento e linguagem. O período de observação varia de 30 a 45 minutos, nos quais o examinador apresenta ao examinando várias oportunidades (“presses”) de exibir o comportamento. Um conjunto de itens assume um valor num algoritmo, e ao serem somados, sugerem se a criança se encontra dentro dos critérios do DSM-IV para TID ou TID-SOE.

Sigla Instrumento	Autor(es) Data	Tipo de Instrumento	Validação Confiabilidade	Objetivos da Avaliação	Aplicação Pontuação
ASSQ – Autism Spectrum Screening Questionnaire	Ehlers & Gillberg, 1993.	Questionário	Em uma população de 139 sujeitos: confiabilidade teste-reteste $r=.90$; confiabilidade (entre dois professores) $r=.79$.	Desenvolvido para ser um <i>screening</i> em estudo de prevalência de Síndrome de Asperger em escolas regulares. Validado, posteriormente, como um <i>screening</i> de Transtornos do <i>Spectrum</i> Autístico de alto funcionamento em <i>setting</i> clínico (1999).	Inicialmente seus dados eram coletados com os professores. Depois, passou a ser com pais e professores. Possui 27 itens pontuados numa escala de 0 a 2.
ATA – Escala de Avaliação de Traços Autísticos	Ballabriga, Escudé & Llaberia, 1994.	Escala de observação que oferece um perfil comportamental das crianças.	Em relação ao DSM-IV, mostrou índice de validade de 0.71 e confiabilidade interna de 0.81.	Auxiliar no processo terapêutico, possibilitando avaliações periódicas. Deve ser administrada após informações detalhadas do quadro clínico e da condição evolutiva da criança.	Consiste em 23 subescalas. Os dados são colhidos após observação da criança. A escala deve ser aplicada por psicólogos ou psiquiatras infantis, e o tempo necessário para aplicação é de 15 – 20 min.
ATEC – Autism Treatment of Evaluation Checklist	ARI – Autism Research Institute	Escala / <i>Checklist</i> disponível na internet.		Usada para avaliar vários tratamentos para indivíduos autistas.	Composta de 77 itens distribuídos em 4 subescalas: Fala, linguagem, comunicação; Sociabilidade; Percepção sensorial e cognitiva; Saúde, aspectos físicos e comportamento.
BFI – Behavior Function Inventory	Adrien, Roux, Couturier, Malvy, Guerin, Debuly, Lelord & Barthélémy, 2001.	Inventário de comportamentos	Resultados do estudo apresentaram evidência de precisão do instrumento na avaliação da sintomatologia funcional de autismo.	Fornecer uma definição clara e precisa de cada comportamento característico do autismo. Facilmente aplicável em clínica e em práticas de pesquisa.	Composta de 55 itens, agrupados inicialmente em 11 domínios, com 5 itens em cada um. Subdividido, posteriormente, em 6 categorias: 5 sobre Disfunções na interação, Praxia, Audição, Atenção, Emoção e 1 sobre Ilhas de habilidade.

Sigla Instrumento	Autor(es) Data	Tipo de Instrumento	Validação Confiabilidade	Objetivos da Avaliação	Aplicação Pontuação
BOS – Behavior Observation Scale for Autism	Freeman, Ritvo, Guthrie, Schroth & Ball, 1978; Freeman, Ritvo & Schroth, 1984	Escala de observação baseada em análise codificada de sessões de vídeo.		Avaliar crianças em contexto evolutivo. Foi elaborado para utilização com crianças normais, crianças autistas e crianças com deficiência mental.	Avalia 24 condutas divididas em 4 grupos: Isolamento; Relação com objetos, Relação com as pessoas e Linguagem. A criança é filmada brincando com brinquedos próprios para sua idade. O observador codifica as ocorrências de comportamentos específicos. Os dados são avaliados por computador.
BRIAAC – Behavior Rating Instrument for Autistic and Other Atypical Children	Ruttenberg, Kalish, Wenar & Wolf, 1977	Escala de observação baseada em postura psicodinâmica.		Medida observacional derivada da prática clínica. Usada com crianças autistas de todas as idades.	Consiste de oito escalas: Relação com o adulto; Comunicação; Recepção de som e fala; Movimentos corporais, Vocalização e fala expressiva, Reação social; Reação a comando; Desenvolvimento psicobiológico.
BSE / BSE-R – Behaviour Summarized Evaluation / Revised	Barthélémy et al., 1990; 1997	Escalas	Em relação à BSE-R, confiabilidade excelente = .97. Validação: escala reconhecida como sensível para discriminar traços autísticos.	Instrumento útil para registro progressivo de evolução, tanto em estudos terapêuticos controlados de curto-termo quanto nos de longa duração.	A BSE continha 20 itens descrevendo sintomas frequentes em autistas e DM. A BSE-R teve o acréscimo de mais 9 itens nas áreas de comunicação não-verbal, emocional e percepção.
CARS – Childhood Autism Rating Scale	Schopler, Reichler, DeVellis & Daly, 1980; Schopler, Reichler & Renner, 1988	Screening para diagnóstico em autismo, baseado em: Kanner, Creak, Rutter, National Society for Autistic Children e DSM-IV.	Relatadas por Shriver et al., (1999) como aceitáveis, no manual.	Identificar crianças autistas daquelas que apresentam distúrbios no desenvolvimento. Pode ser usada em crianças a partir de 2 anos de idade.	Sua aplicação é breve e feita por observação direta com a criança. Está dividido em 15 subescalas com pontuação de 1.0 a 4.0 em cada, podendo-se usar meio ponto entre os inteiros.

Sigla Instrumento	Autor(es) Data	Tipo de Instrumento	Validação Confiabilidade	Objetivos da Avaliação	Aplicação Pontuação
CAYC – Checklist for Autism in Young Children	Mayes & Calhoun, 1999.	<i>Checklist</i>		Usado como um meio estandardizado de coletar informação a respeito de sintomas autísticos, para ajudar na investigação dos critérios diagnósticos do DSM-IV.	Este <i>checklist</i> é completado por entrevista com pais, observações clínicas da criança, relatos dos professores e outras informações possíveis. Consiste de 30 sintomas de autismo, pontuados como “presentes” ou “ausentes”.
CHAT – Checklist for Autism in Toddlers	Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992.	<i>Checklist</i>	1992 - testado com 50 crianças selecionadas aleatoriamente; depois, com 41 irmãos de autistas, todos com 18 meses, aproximadamente. 1996 – 16.000 crianças de 9 distritos do UK. O follow-up demonstrou alto índice discriminativo (83%).	Avaliar crianças de 18 meses (no sentido de levantar suspeita = <i>screening</i>). Permite identificar comportamentos considerados de risco para um possível quadro de autismo: falha em jogo de faz-de-conta (<i>pretend play</i>), em interesse ou jogo social, em um apontar protodeclarativo (<i>pointing</i>) e falha em atenção compartilhada (<i>joint attention</i>).	Desenvolvido para ser aplicado por profissionais da saúde (GP ou <i>health visitors</i>). Os 9 itens da secção A – avaliam áreas de desenvolvimento por meio de entrevista com os pais. Os 5 itens da secção B – fazem checagem clínica do comportamento atual da criança.
CSBQ – Children’s Social Behavior Questionnaire	Luteijn, Jackson, Volkmar & Minderaa, 1998.	Questionário	O primeiro estudo, usando 135 itens, mostrou confiabilidade satisfatória (Pearson .47 - .87, mediana .79). Os 135 itens foram reduzidos para 96.	Oferece oportunidade de discriminar entre traços severos e menos severos de TID.	Para ser completado por pais e cuidadores (<i>caregivers</i>) de crianças de 4-18 anos. Está dividido em 5 subescalas: Dramatização (<i>acting-out</i>), Problemas do contato social, Problemas de insight social, Rigidez/ansiedade, Estereotipia.

Sigla Instrumento	Autor(es) Data	Tipo de Instrumento	Validação Confiabilidade	Objetivos da Avaliação	Aplicação Pontuação
Diagnostic Checklist for Behavior-Disturbed Children Form E-1 / E-2	Rimland, 1964; 1971; 1984.	Questionário Retrospectivo.		Coletar dados acerca do desenvolvimento da criança desde o nascimento até os cinco anos de idade.	Respondido pelos pais. Contém 109 itens sobre: Interação social e afeto, Fala, Habilidades manipulativas e motoras, Inteligência e reação a estímulos sensoriais, Características da família, Doenças, Histórico biológico e psicológico. Os resultados obtidos são comparados com dados computadorizados (16.000 casos).
GARS – Gilliam Autism Rating Scale	Gilliam, 1995.	<i>Checklist</i> construído a partir dos critérios do DSM-IV e da definição de autismo da ASA (Autism Society of America).	Relatadas por Shriver et al., (1999) como aceitáveis, no manual.	Seu uso visa proporcionar: informações suplementares para identificação de autismo, identificação de problemas comportamentais sérios, avaliar e identificar objetivos educacionais. Permite estimar a severidade do autismo em indivíduos de 3 a 22 anos de idade.	Contém 4 subtestes: Comportamentos estereotipados, Comunicação, Interação social e Desenvolvimento nos 3 primeiros anos de idade. Deve ser completada por pais e/ou profissionais.
IBSE – Infant Behavioural Summarised Evaluation	Adrien, Barthélémy, Perrot, Roux, Lenoir, Hameury & Sauvage, 1992.	Versão anglo-saxônica da ECA-N (Évaluation des Comportements Autistiques du Nourrisson).		Avaliar os problemas de comportamento de crianças entre 6 meses e 4 anos.	Contém 33 itens (reduzidos posteriormente para 19) divididos em 6 áreas: socialização; comunicação; adaptação ao ambiente; tato/tônus /motricidade; reações emocionais e instintivas; atenção e percepção. Cada item é pontuado de 0 a 4.

Sigla Instrumento	Autor(es) Data	Tipo de Instrumento	Validação Confiabilidade	Objetivos da Avaliação	Aplicação Pontuação
IDE Scale – Imitation Disorders Evaluation scale	Malvy, Roux, Zakian, Debuly, Sauvage & Barthélémy, 1999.	Escala clínica breve.	Amostra de 30 crianças: boa confiabilidade. Considerada sensível para avaliar o que se propõe.	Construída para avaliar transtornos na imitação em jovens crianças autistas. Tem valor para uso clínico.	A pontuação é feita numa escala de 0 a 4 pontos, após visualização de uma videogravação do exame junto à criança.
PDDRS – Pervasive Developmental Disorder Rating Scale	Ronald Eaves, 1993.	Usado como <i>screening</i> .	Consistência interna – $r = .92$. Teste-reteste – primeira amostra $r = .91$ e segunda amostra $r = .48$. Validade – $r = .80$	Permite diferenciar grupos de crianças com autismo de outros diagnósticos que freqüentemente geram confusão.	Contém 51 itens que compreendem 3 escalas: Comportamentos suspeitos de autismo (<i>arousal</i>), Afeto e Cognição.
PEP / PEP-R – Psychoeducational Profile –Revised	Schopler, Reichler, Bashford, Lansing & Marcus, 1990.	Teste de desenvolvimento.	Correlações com: Merrill Palmer - .85; Vineland - .84; Bayley - .77; Peabody- .71; WISC-R - .47.	Designada para avaliar competências e limitações de crianças com autismo. Concebido como um instrumento voltado para o planejamento de programas educacionais especiais individualizados, tendo como ponto de partida a identificação de habilidades emergentes.	Composto de 131 itens de desenvolvimento e 42 de comportamento. Os itens de desenvolvimento estão distribuídos em 7 áreas: Imitação, Percepção, Coordenação motora grossa e fina, Coordenação visomotora e Habilidades conceituais verbais e não-verbais, com pontuação dividida em 3 níveis: passou, emergente ou reprovada. Os comportamentos são avaliados como: adequado, moderado ou grave.
PL-ADOS – Pre – Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule.	DiLavore, Lord & Rutter, 1995.	Escala de observação semi-estruturada.	Considerados por Shriver et al., (1999) como aceitáveis.	Diagnosticar crianças com suspeita de autismo que não usam a linguagem oral. Discrimina autistas de não-autistas com distúrbios no desenvolvimento.	Permite observar aspectos específicos do comportamento social da criança: “atenção compartilhada”, imitação e troca de afetos com o examinador e com os pais.

Sigla Instrumento	Autor(es) Data	Tipo de Instrumento	Validação Confiabilidade	Objetivos da Avaliação	Aplicação Pontuação
RLRS – Real Life Rating Scale	Freeman, Ritvo, Yokota & Ritvo, 1986.	Escala		Avaliação observacional usada para verificar efeitos de tratamento. Aplicável em contextos naturais por avaliadores não profissionais. Pode ser repetido freqüentemente.	Avalia 47 comportamentos, divididos em 5 categorias: Comportamento motor, Relações sociais com as pessoas, Reação afetiva, Reação sensorial e Linguagem. A observação é feita em 30 minutos e os dados são colhidos no final.
SCQ – Social Communication Questionnaire (antigo ASQ – Autism Ascreening Questionnaire)	Berument, Rutter, Lord, Pickles & Bailey, 1999.	Questionário / <i>Screening</i> baseado na ADI-R. Usado com todos os grupos de idades.	Testado em uma amostra de 160 TID e 40 não TID. Boa validade discriminativa para todos os níveis de QI.	Tem sido usado com crianças de idade acima de quatro anos e planejado para uso em pesquisas.	Contém 40 itens baseados no ADI-R.
STAT – Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds	Stone & Ousley, 1997.	<i>Checklist</i>	Identificação correta de 83% de crianças com autismo e 86% de crianças sem autismo, numa amostra de 40 crianças.	Para uso de profissionais envolvidos em identificar e intervir precocemente. Serve de <i>screening</i> : diferenciar crianças autistas de outras com transtornos no desenvolvimento, abrangendo a faixa etária de 24 a 35 meses..	Pode ser usado por profissionais da Saúde. Consiste de 12 itens avaliados dentro de uma interação lúdica de duração inferior a 20 minutos. Contém 2 itens para jogos, 4 para imitação, 4 para atenção dirigida e 2 itens de solicitação (<i>requesting</i>). Cada item recebe uma avaliação de “passou” ou “falhou”, e assim se obtém um escore para cada área. Os itens de solicitação não são pontuados pois servem para promover a interação inicial.

APÊNDICE D

LISTA DE ARTIGOS⁴

(1). Roy, J. M. N. (2001). The Tomatis Method with severely autistic boys: Individual case studies of behavioural changes. *South African Journal of Psychology*, 31 (1), 19-28.

(3). Malvy, J.; Roux, S.; Zakian, A.; Debuly, S.; Sauvage, D.; Barthélémy, C. (1999) A brief clinical scale for the early evaluation of imitation disorders in autism. *Autism*, 3 (4), 357-369.

(5). Ehlers, S.; Gillberg, C.; Wing, L. (1999) A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (2), 129-141.

(6). Barthelemy C.; Roux, S.; Adrien J. L.; Hameury, L.; Guerin, P.; Garreau, B.; Fermanian, J.; Lelord, G. (1997) Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (2), 139-153.

(7). Tolbert, L.; Brown, R.; Fowler, P.; Parsons, D. (2001) Brief Report: Lack of Correlation Between Age of Symptom Onset and Contemporaneous Presentation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 241-245.

(8). Hobson, R. P.; Lee, A.; Brown, R. (1999) Autism and Congenital Blindness. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (1), 45-46.

(9). Baker, P.; Piven, J.; Sato, Y. (1998) Autism and Tuberous Sclerosis Complex: Prevalence and Clinical Features. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (4), 279-285.

(10). Mayes, S. D.; Calhoun, S. L.; Crites, D. L. (2001) Does DSM-IV Asperger's Disorder Exist? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (3): 263-271.

(11). Eaves, R. C.; Campbell, H. A., Chambers, D. (2000) Criterion-Related and Construct Validity of the Pervasive Developmental Disorders Rating Scale and the Autism Behavior Checklist. *Psychology in the Schools*, 37 (4), 311-321.

(13). Gillberg, C.; Johansson, M.; Steffenburg, S.; Berlin, O. (1997) Auditory integration training in children with autism. *Autism*, 1 (1), 97-100.

(14). Field, T.; Lasko, D.; Mundy, P.; Henteleff, T.; Kabat, S.; Talpins, S.; Dowling, M. (1997) Brief Report: Autistic Children's Attentiveness and

⁴ O número entre parênteses refere-se àquele atribuído a cada estudo, conforme descrito nos Procedimentos.

Responsivity Improve After Touch Therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (3), 333-338.

(15). Miranda-Linne, F. M.; Melin, L. (1997) A Comparison of Speaking and Mute Individuals with Autism and Autistic-Like Conditions on the Autism Behavior Checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (3), 245-264.

(16). Kielinen, M.; Linna, S. L.; Moilanen, I. (2000) Autism in Northern Finland. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9 (3), 162-167.

(17). Lewis, V.; Norgate, S.; Collis, G.; Reynolds, R. (2000) The consequences of visual impairment for children's symbolic and functional play. *British Journal of Developmental Psychology*, 18 (3), 449-464.

(22). Stella, J.; Mundy, P.; Tuchman, R. (1999) Social and Nonsocial Factors in the Childhood Autism Rating Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (4), 307-317.

(23). Bailey Jr, D. B.; Mesibov, G. B.; Hatton D. D.; Clark, R. D.; Roberts, J. E.; Mayhew, L. (1998) Autistic Behavior in Young Boys with Fragile X Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 28 (6), 499-508.

(25). Pilowsky, T.; Yirmiya, N.; Shulman, C.; Dover, R. (1998) The Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: Differences Between Diagnostic Systems and Comparison Between Genders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (2), 143-151.

(26). Militerni, R.; Bravaccio, C.; D'Antuono, P. S. (1997) Childhood desintegrative disorder: Review of cases and pathogenetic consideration. *Developmental Brain Dysfunction*. 10 (2), 67-74.

(27). Starr, E.; Berument, S. K.; Pickles, A.; Tomlins, M.; Bailey, A.; Papanikolaou, K.; Rutter, M. (2001) A Family Genetic Study of Autism Associated with Profound Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (1), 89-96.

(28). Noterdaeme, M.; Sitte, S.; Mildenberger, K.; Amorosa, H. (2000) Diagnostic assessment of communicative and interactive behaviours in children with autism and receptive language disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9 (4), 295-300.

(29). Tanguay, P. E. (2000) Pervasive Developmental Disorders: A 10-Year Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (9), 1079-1095.

(30). Robertson, J. M.; Tanguay, P. E.; L'Ecuyer, S.; Sims, A.; Waltrip, C. (1999) Domains of social communication handicap in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6), 738-745.

- (31). Ozonoff, S.; Williams, B. J.; Gale, S.; Miller, J. N. (1999) Autism and autistic behavior in joubert syndrome. *Journal of Child Neurology*, 14 (10), 636-641.
- (32). Mahoney, W. J.; Szatmari, P.; MacLean, J. E.; Bryson, S. E.; Bartolucci, G.; Walter, S. D.; Jones, M. B.; Zwaigenbaum, L. (1998) Reliability and accuracy of differentiating pervasive development disorder subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (3), 278-285.
- (33). Tanguay, P. E.; Robertson, J.; Derrick, A. (1998) A dimensional classification of autism spectrum disorder by social communication domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (3), 271-277.
- (34). Lord, C.; Risi, S.; Lambrecht, L.; Cook Jr., E. H.; Leventhal, B. L.; DiLavore, P. C.; Pickles, A.; Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (3), 205-223.
- (35). Kent, L.; Evans, J.; Paul, M.; Sharp, M. (1999) Comorbidity of autistic spectrum disorders in children with Down syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41 (3), 153-158.
- (36). Nordin, V.; Gillberg, C.; Nyden, A. (1998) The Swedish Version of Childhood Autism Rating Scale in a Clinical Setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (1), 69-75.
- (38). Magnusson, P.; Saemundsen, E. (2001) Prevalence of Autism in Iceland. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 153-163.
- (40). Bölte, S.; Petrova, G.; Beltcheva, D., Tacheva, S.; Poustka, F. (2001) Stability and Interpersonal Agreement of the Interview-Based Diagnosis of Autism. *Psychopathology*, 34 (4), 187-191.
- (43). Bölte, S.; Dickhut, H.; Poustka, F. (1999) Patterns of Parent-Reported Problems Indicative in Autism. *Psychopathology*, 32 (2), 93-97.
- (45). Lord, C.; Pickles, A.; McLennan, J.; Rutter, M.; Bregman J.; Folstein, S.; Fombonne, E.; Leboyer, M.; Minshew, N. (1997) Diagnosing Autism: Analyses of Data from the Autism Diagnostic Interview. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (5), 501-517.
- (48). Ozonoff, S.; Cathcart, K. (1998) Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (1), 25-32.
- (50). Steerneman, P.; Muris, P.; Merckelbach, H.; Willems, H. (1997) Brief Report: Assessment of Development and Abnormal Behavior in Children with Pervasive Developmental Disorders. Evidence for the Reliability and Validity of the

Revised Psychoeducational Profile. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (2), 177-185.

(52). Coulthard P.; Fitzgerald, M. (1999) In God we trust? Organised religion and personal beliefs as resources and coping strategies and their implications for health in parents with a child on the autistic spectrum. *Mental Health, Religion and Culture*, 2 (1), 19-33

(53). Assumpção Jr., F. B.; Kuczynski, E.; Gabriel, M. R.; Rocca, C. C. (1999) Escala de avaliação de traços autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57 (1), 23-29.

(55). Sun, D.; Wei, H.; Yu, S.; Yuan, Y.; Yang, X.; Jia, M.; Yan, L. (2000) Revision of the Chinese version of the Psycho-Educational Profile (C-PEP). *Chinese Mental Health Journal*, 14 (4), 222-224.

(56). Adrien, J. L.; Roux, S.; Couturier, G.; Malvy, J.; Guerin, P.; Debuly, S.; Lelord, G.; Barthélémy, C. (2001) Towards a new functional assessment of autistic dysfunction in children with developmental disorders: The Behaviour Function Inventory. *Autism*, 5 (3), 249-264.

(58). Robins, D. L.; Fein, D.; Barton, M. L.; Green, J. A. (2001) The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 131-144.

(61). Baird, G.; Charman, T.; Baron-Cohen, S.; Cox, A.; Swettenham, J.; Wheelwright S.; Drew, A. (2000) A Screening Instrument for Autism at 18 Months of Age: A 6-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (6), 694-702.

(63). Charman, T.; Swettenham, J.; Baron-Cohen, S.; Cox, A.; Baird, G.; Drew, A. (1998) An experimental investigation of social-cognitive abilities in infants with autism: clinical implications. *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 260-275.

(64). Sandler, R. H.; Finegold, S. M.; Bolte, E. R.; Buchanan C, P.; Maxwell, A. P.; Väisänen, M. L.; Nelson, M. N.; Wexler, H. M. (2000) Short-Term Benefit From Oral Vancomycin Treatment of Regressive-Onset Autism. *Journal of Child Neurology*, 15 (7), 429-435.

(65). DelGiudice-Asch, G.; Simon, L.; Schmeidler, J.; Cunningham-Rundles, C.; Hollander, E. (1999) Brief Report: A Pilot Open Clinical Trial of Intravenous Immunoglobulin in Childhood Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (2), 157-160.

(67). Nicolson, R.; Awad, G.; Sloman, L. (1998) An Open Trial of Risperidone in Young Autistic Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (4), 372-376

(68). Shoumitro, D.; Prasad, K. B. G.; Seth, H.; Eagles, J. M. (1997) A comparison of obstetric and neonatal complications between children with autistic disorder and their siblings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41 (1), 81-86.

(69). Williams, P. G.; Allard, A. M.; Sears, L.; Dalrymple, N.; Bloom, A.S. (2001) Brief Report: Case Reports on Naltrexone Use in Children with Autism: Controlled Observations Regarding Benefits and Practical Issues of Medication Management. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (1), 103-108.

(70). Schreck, K. A.; Mulick, J. A. (2000) Parental Report of Sleep Problems in Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (2), 127-135.

(71). Belsito, K. M.; Law, P. A.; Kirk, K. S.; Landa, R. J.; Zimmerman, A. W. (2001) Lamotrigine Therapy for Autistic Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 175-181.

(72). Owley, T.; McMahon, W.; Cook, E. H.; Lauthere, T.; South, M.; Mays, L. Z.; Shernoff, E.; Lainhart, J.; Modahl, C. B.; Corsello, C.; Ozonoff, S.; Risi, S.; Lord, C.; Loventhal, B. L.; Filipek, P. A. (2001) Multisite, double-blind, placebo-controlled trial of porcine secretin in autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1293-1299.

(73). Willemsen-Swinkels, S. H. N.; Buitelaar, J. K.; Berckelaer-Onnes, I. A.; Engeland, H. (1999) Brief Report: Six Months Continuation Treatment in Naltrexone-Responsive Children with Autism: An Open-Label Case-Control Design. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (2), 167-169.

(74). Roux, S.; Adrien, J. L.; Bruneau, N.; Malvy, J.; Barthelemy, C. (1998) Behaviour profiles within a population of 145 children with autism using the behaviour summarized evaluation scale. *Autism*, 2 (4), 345-366.

(75). Carter, A. S.; Volkmar, F. R.; Sparrow, S. S.; Wang, J. J.; Lord, C.; Dawson, G.; Fombonne, E.; Loveland, K.; Mesibov, G.; Schopler, E. (1998). The Vineland Adaptive Behavior Scales: Supplementary Norms for Individuals with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 28 (4), 287-302.

(76). Roux, S.; Adrien, J. L.; Bruneau, N.; Garreau, B.; Couturier, G.; Gomot, M.; Barthelemy, C. (1997). Classification of autistic syndrome using behavioral and electrophysiological assessments. *Developmental Brain Dysfunction*, 10 (1), 28-39.

(78). Dessieux, V.; Hass, C.; Rodrigues, C.; Junier, L.; Muller-Nix, C.; Ansermet, F. (2001) Approche psychanalytique de l'autisme et échelles d'évaluation./A psychoanalytic approach of autism evaluation scales. *Ann Med Psychol*, 159, 111-20.

- (79). Pry, R.; Guillain, A.; Pernon, E. (2000) Régulation posturale et conduites autocentrées chez l'enfant autiste. /Postural regulation and autocenters conduits in autistic children. *Enfance*, 52 (2), 149-167.
- (80). Chez, M. G.; Buchanan, C. P.; Bagan, B. T.; Hammer, M. S.; McCarthy, K. S.; Ovrutskaya, I.; Nowinski, C. V.; Cohen, Z. S. (2000) Secretin and Autism: A Two-Part Clinical Investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (2), 87-94.
- (81). Luteijn, E.; Luteijn, F.; Jackson, S.; Volkmar, F.; Minderaa, R. (2000) The Children's Social Behavior Questionnaire for Milder Variants of PDD Problems: Evaluation of the Psychometric Characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (4), 317-330.
- (82). Shin, M S.; Kim, Y. H. (1998) Standardization study for the Korean version of the Childhood Autism Rating Scale: Reliability, validity and cut-off score. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 17 (1), 1-15.
- (83). De Giacomo, A.; Fombonne, E. (1998) Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7 (3), 131-136.
- (84). Arvidsson, T.; Danielsson, B.; Forsberg, P.; Gillberg, C.; Johansson, M.; Kjellgren, G. (1997) Autism in 3-6-year-old children in a suburb of Göteborg, Sweden. *Autism*, 1 (2), 163-173.
- (86). Stone, W. L.; Coonrod, E. E.; Ousley, O. Y. (2000) Brief Report: Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT): Development and Preliminary Data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(6), 607-612.
- (88). Cox, A.; Klein, K.; Charman, T.; Baird, G.; Baron-Cohen, S.; Swettenham, J.; Drew, A.; Wheelwright, S. (1999) Autism Spectrum Disorders at 20 and 42 Months of Age: Stability of Clinical and ADI-R Diagnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline*, 40 (5), 719-732.
- (90). Boelte, S.; Crecelius, K.; Poustka, F. (2000) Der fragebogen ueber Verhalten und soziale Kommunikation (VSK): Psychometrische Eigenscraften eines Autismus – Screening-Instruments fuer Forschung und Praxis./ The Questionnaire on Behavior and Social Communication (VSK): An autism screening instrument for research and practice. *Diagnostica*, 46 (3), 149-155.
- (91). Masi, G.; Cosenza, A.; Mucci, M.; Brovedani, P. (2001) Open Trial of Risperidone in 24 Young Children With Pervasive Developmental Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (10), 1206-1214

APÊNDICE E

FICHA DE REGISTRO DOS DADOS – POR ARTIGO

Nº _____

Título: _____

1. Caracterização geral do texto
 - a. Autor(es)
 - b. Ano de publicação
 - c. Suporte
 - d. Local da pesquisa
2. Aspectos específicos de caracterização
 - a. Instrumentos utilizados
 - i. Para autismo
 - ii. Outros
 - b. Nº e caracterização dos sujeitos
 - i. Número
 - ii. Gênero
 - iii. Idade
 - iv. Proveniência
 - c. Nº e caracterização dos sujeitos autistas
 - i. Número
 - ii. Gênero
 - iii. Idade
 - d. Grupo
 - i. Único
 - ii. Experimental
 - iii. Controle
 - Normais
 - Retardo Mental
 - TID
 - Outros
3. Caracterização da pesquisa
 - a. Tipo de pesquisa
 - i. Bibliográfica
 - ii. De primeira mão
 - b. Avaliador/a
4. Especificação dos dados
 - a. Finalidade do uso do instrumento
 - i. Diagnóstico
 - ii. Validação
 - iii. Intervenção
 - iv. Seleção de sujeito
 - v. Prevalência
 - b. Forma de coletar os dados
 - i. Criança
 - ii. Pais
 - iii. Criança e Pais
 - iv. Cuidadores
 - v. Professores

APÊNDICE F

CODIFICAÇÃO NUMÉRICA PARA OS DADOS COLETADOS

- 1- Nº do artigo
- 2- Ano
- 3- Local (país)
Canadá=1, França=2, Suécia=3, EUA=4, Inglaterra=5, Finlândia =6, Israel=7, Itália=8, Alemanha=9, Islândia=10, Bulgária=11, Holanda=12, Irlanda=13, Brasil=14, China=15, Escócia=16, Suíça=17, Coréia=18, Intercontinental=19
Local (região)
América do Norte = 1, 4, América do Sul = 14, Europa = 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, Ásia = 7, 15, 18, América do Norte e Europa = 19
- 4- Instrumentos
CARS=1, IDE-S=2, ASSQ=3, BSE-R=4, E-2=5, ABC=6, RLRS=7, ADI=8, CAYC=9, PDDRS=10, ADI-R=11, ADOS=12, PL-ADOS=13, CHAT=14, ADOS-G=15, ASQ=16, PEP-R=17, ATA=18, C-PEP=19, BFI=20, M-CHAT=21, VKR=22, PDD-Q=23, GARS=24, PEP=25, BSE=26, VABS=27, ECA-N=28, CSBQ=29, K-CARS=30, STAT=31
- 5- Outros Instrumentos
Não ocorrência= 0, DSM/CID=1, Desenvolvimento/Inteligência=2, DSM/CID+Desenvolvimento/Inteligência=3, Disfunções Específicas=4, DSM/CID+Disfunções Específicas=5, Desenvolvimento/Inteligência+Disfunções Específicas=6, Sem Especificação=7, Todos=8.
- 6- Nº de sujeitos na amostra geral
- 7- Nº de sujeitos autistas
- 8- Nº de sujeitos - Masculino
- 9- Nº de sujeitos - Feminino
- 10- Nº de autistas - Masculino
- 11- Nº de autistas - Feminino
- 12- Idade inferior da amostra
- 13- Idade superior da amostra

- 14- Proveniência dos sujeitos
Clínicas/Hospitais/Centros de Saúde=1, Universidade=2, Escolas=3, Associações=4, Sem Especificação=5.
- 15- Grupo – Único=1, Experimental+Controle=2
- 16- Outros participantes
N=1, TID-SOE=2, DM=3. TID=4, Distúrbio de Comportamento=5, Distúrbio de Aprendizagem=6, Asperger=7, Cegos=8, Comorbidade Esclerose Tuberosa=9, Transtorno Desintegrativo=10, S. Willians=11, FraX=12, Irmãos=13, S. Joubert=14, Comorbidade S. Down=15, Landau-Kleffner=16, DDA/DDAH=17, Mutismo Seletivo=18
- 17- Tipo de pesquisa – De primeira mão=1, Bibliográfica=2
- 18- Aplicadores
Psicólogos=1, Psiquiatras=2, Psicólogos+Psiquiatras=3, Clínicos=4, Sem Especificação=5, Pesquisadores/Experimentadores=6, Psicólogos+Pediatras=7, Estudantes terapeutas=8, Equipe Multidisciplinar=9
- 19- Finalidade de uso do instrumento
Diagnóstico=1, Validação=2, Intervenção=3, Prevalência=4, Seleção de Sujeito=5
- 20- Forma de coletar os dados
Criança=1, Pais=2, Criança+Pais=3, Cuidadores=4, Criança+Pais+Cuidadores= 5, Pais+Cuidadores=6, Criança+Professores=7, Criança+Pais+Professores=8, Pais+Professores=9, Fichas=10.

APÊNDICE G

TÍTULOS DOS PERIÓDICOS NOS QUAIS FORAM PUBLICADOS OS ARTIGOS SELECIONADOS

Ann Méd Psychol – 1
Arquivos de Neuropsiquiatria – 1
Autism – 6 (*)
British Journal of Developmental Psychology – 1
Chinese Mental Health Journal – 1 (*)
Developmental Brain Dysfuction – 2 (**)
Developmental Medicine and Child Neurology – 1
Diagnostica – 1 (*)
Enfance – 1
European Child and Adolescent Psychiatry – 3 (**)
Infant Mental Health Journal – 1
Journal of Abnormal Child Psychology – 1
Journal of Autism and Developmental Disorders – 27
Journal of Child Neurology – 2
Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines – 1
Journal of Intellectual Disability Research – 1
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry – 8
Korean Journal of Clinical Psychology – 1 (*)
Mental Health, Religion and Culture – 1
Psychology in the Schools – 1
Psychopatology – 2
South African Journal of Psychology – 1 (*)

(*) Artigos analisados pelos seus *abstracts*.