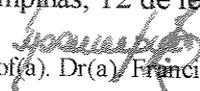


CESAR DE MORAES

Este exemplar corresponde à versão final da **Tese de Doutorado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental do(a) aluno(a) **César de Moraes**.

Campinas, 12 de fevereiro de 2004.


Prof(a). Dr(a) Francisco Baptista Assunção Júnior

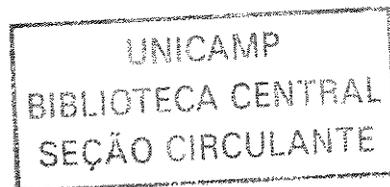
Orientador(a)

200407804

**COMPORTAMENTOS REPETITIVOS, INTERESSES
RESTRITOS E OBSESSÕES EM INDIVÍDUOS COM
TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO**

CAMPINAS

2004



CÉSAR DE MORAES

***COMPORTAMENTOS REPETITIVOS, INTERESSES
RESTRITOS E OBSESSÕES EM INDIVÍDUOS COM
TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental.*

Orientador: Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior

CAMPINAS

2004

UNIDADE	PC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	M791c
V	EX
TOMBO DE	58026
PROC.	1616113101
C	<input type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	24/5/04
Nº CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM00197820-7

BIB ID 316758

<p>M792c M791c</p>	<p>Moraes, César de</p> <p>Comportamentos repetitivos, interesses restritos e obsessões em indivíduos com transtorno global do desenvolvimento / César de Moraes. Campinas, SP : [s.n.], 2004.</p> <p align="center">Orientador: Francisco Baptista Assumpção Júnior Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p align="center">1. Autismo. 2. *Síndrome de Asperger. I. Francisco Baptista Assumpção Júnior. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-----------------------------------	--

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Francisco Baptista Assumpção Júnior

Membros:

1. Prof. Dra. Lídia Straus

2. Prof, Dr Sérgio Arruda

3. Profa. Dra. Evelyn Kuczinsky

4. Profa. Dra. Cláudia Scheuer

5.

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 12 02 2004

DEDICATÓRIA

Para José Maria, Ivanil, Cláudia, Lucas e Camila

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Livre Docente Francisco Baptista Assumpção Júnior, pelo acolhimento, pela amizade, pelos ensinamentos, pela forma como produz e divulga conhecimentos sobre transtornos mentais em crianças e adolescentes em nosso país, uma eterna fonte de estímulo para seus alunos.

À Professora Dra. Lídia Straus, pela amizade, pelo incentivo e pela imensa participação em minha formação como psiquiatra infantil, especializado em transtornos invasivos do desenvolvimento, a quem serei eternamente grato.

À Professora Dra. Ana Maria S. Piovezana (*in memorian*), pela amizade, pelo exemplo de respeito aos pacientes, humildade e dedicação ao ensino, virtudes, que espero, sempre guiem meus caminhos.

Ao Professor Dr. Gabriel Figueiredo, pela crença em meu trabalho e pelo auxílio em minha carreira acadêmica, na Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Camipnas).

Ao Professor Dr. Renato Marchi, pelo companheirismo e pela solidariedade, no trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

Ao Professor Dr. Dorgival Caetano, por ter me permitido ingressar como aluno regular de doutorado, e pelo apoio no início dos trabalhos.

À equipe da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campinas (APAE), por seu essencial apoio durante a fase de coleta de dados.

À equipe da Associação para o Desenvolvimento dos Autistas de Campinas (ADACAMP), por seu inestimável apoio durante a fase de coleta de dados.

A Thaísa Guedes Bertolletto, aluna de graduação em medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pelo fundamental auxílio na avaliação das crianças.

A Roberto Martins Matos Júnior, aluno de graduação em medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, pelo essencial apoio na coleta de dados.

A Mauro Pelegrino Avanzi, aluno de graduação em medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, pelo inestimável auxílio na coleta de dados.

A todos os pais e responsáveis das crianças e adolescentes que participaram da pesquisa, por terem, prontamente, respondido aos questionários.

Às crianças e adolescentes com transtornos globais do desenvolvimento, principal motivo desse trabalho.

Rotação

*a esfera
em torno de si mesma
me ensina a espera
a espera me ensina
a esperança
a esperança me ensina
uma nova espera a nova
espera me ensina
de novo a esperança
na esfera
a esfera
em torno de si mesma
me ensina a espera
a espera me ensina
a esperança
a esperança me ensina
uma nova espera a nova
espera me ensina
uma nova esperança
na esfera
a esfera
em torno de si mesma
me ensina a espera
a espera me ensina
a esperança
a esperança me ensina
uma nova espera a nova
espera me ensina
uma nova esperança
na esfera*

Cassiano Ricardo

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	xxxv
ABSTRACT	xxxix
1-INTRODUÇÃO	43
1.1-Aspectos históricos.....	45
1.2-Modernas classificações psiquiátricas, autismo infantil e comportamentos repetitivos.....	48
1.3-Comportamentos repetitivos e interesses restritos no autismo infantil.....	49
1.3.1-Comportamentos repetitivos	49
1.3.2-Pensamentos obsessivos.....	51
1.4-Possíveis causas dos comportamentos repetitivos no autismo infantil.....	52
1.4.1-Comportamento repetitivo como mecanismo de homeostase.....	53
1.4.2-Comportamento repetitivo como um comportamento apreendido.....	53
1.4.3-Comportamento repetitivo como ausência de uma teoria da mente.....	53
1.4.4-Comportamento repetitivo como consequência de uma quebra da coerência central.....	54
1.4.5-Comportamento repetitivo como um sintoma de disfunção executiva....	54
1.5-Justificativas.....	54
2- HIPÓTESES	57
3-OBJETIVOS	61
3.1-Objetivo geral.....	63
3.2-Objetivos específicos.....	63
4-MATERIAL E MÉTODOS	65
4.1-Procedimentos experimentais gerais.....	67
4.2-Avaliação inicial das crianças.....	67
4.2.1-Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10...	68
4.2.2-Childhood autism rating scale.....	68
4.2.3-Escala de maturidade social de Vineland-Doll.....	69
4.3-Crianças que participaram da pesquisa.....	70

4.3.1-Crianças com diagnóstico de autismo infantil com retardo mental associado.....	71
4.3.2-Crianças com diagnóstico de síndrome de Asperger.....	71
4.3.3-Crianças com diagnóstico de retardo mental.....	72
4.4-Avaliação dos comportamentos repetitivos e interesses restritos.....	72
4.4.1-Lista de sintomas da escala de obsessões e compulsões de Yale-Brown.	73
4.4.2-Questionário de Obsessões na Universidade de Cambridge.....	74
4.4.3-Questionário de avaliação do comportamento autista (CACS-27): subescala de avaliação de comportamentos estereotipados e repetitivos.	74
4.5-Métodos estatísticos.....	75
5-RESULTADOS.....	77
5.1-Resultados cadastrais da idade, CARS e QS.....	79
5.1.1-Idade.....	79
5.1.2-Pontuação total obtida na CARS.....	79
5.1.3-Quociente social.....	80
5.2-Resultados do questionário de avaliação do comportamento autista.....	81
5.3-Resultados da escala de obsessões e compulsões de Yale-Brown	84
5.3.1-Obsessões.....	84
5.3.2-Compulsões.....	96
5.4-Resultados do questionário de obsessões da Universidade de Cambridge.....	105
5.5-Avaliação dos resultados por sexo e faixa etária.....	111
5.6-Resumo dos comportamentos mais observados em cada grupo diagnóstico.....	118
6-DISSCUSSÃO.....	121
7-CONCLUSÕES.....	135
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
9-ANEXOS.....	147

LISTA DE ABREVIATURAS

ADACAMP	Associação para o desenvolvimento dos autistas em Campinas
ANOVA	Análise de variância
APA	American Psychiatry Association
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CACS-27	Não é uma abreviatura. É um 'nickname'
CARS	Childhood Autism Rating Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos da América
H0	Hipótese de nulidade
H1	Hipótese de pesquisa
NASC	National Society for Autistic Children
OMS	Organização Mundial de Saúde
QI	Quociente de inteligência
QS	Quociente social

LISTA DE TABELAS

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1 -Média de idade nos diferentes grupos diagnósticos.....	79
Tabela 2 -Média de pontuação na CARS.....	80
Tabela 3 -Média do quociente social nos diferentes grupos estudados.....	80
Tabela 4 -Movimentos repetitivos, rítmicos e sem objetivo específico....	81
Tabela 5 -Interesses sensoriais estranhos.....	82
Tabela 6 -Preocupações estranhas, sem necessidade e comumente desvinculadas do contexto.....	82
Tabela 7 -Apego a objetos, manipulando-os sem nenhuma atividade criativa.....	83
Tabela 8 -“Manias” ou rituais.....	83
Tabela 9 -Ausência de criatividade em suas atividades.....	83
Tabela 10 -Medo de se ferir.....	84
Tabela 11 -Medo de ferir os outros.....	84
Tabela 12 -Imaginar cenas violentas ou horrendas.....	84
Tabela 13 -Medo de dizer involuntariamente obscenidades ou insultos...	85
Tabela 14 -Medo de fazer algo que cause embaraço.....	85
Tabela 15 -Medo de executar involuntariamente impulsos.....	85
Tabela 16 -Medo de roubar ou furtar.....	86
Tabela 17 -Medo de ferir outros ou não ter sido suficientemente cuidadoso.....	86
Tabela 18 -Medo de ser responsável por algo terrível que aconteça.....	86
Tabela 19 -Preocupações ou nojo por excrementos ou secreções do corpo.....	87
Tabela 20 -Preocupação com sujeira ou micróbios.....	87
Tabela 21 -Preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente.....	87
Tabela 22 -Preocupação excessiva por artigos domésticos.....	88
Tabela 23 -Preocupação excessiva com animais.....	88

Tabela 24 -Incômodo com substâncias viscosas.....	88
Tabela 25 -Preocupação em ficar doente por contaminação.....	89
Tabela 26 -Preocupação em provocar doenças nos outros e por espalhar substâncias que causem contaminação.....	89
Tabela 27 -Nenhuma outra preocupação além da sensação de estar contaminado.....	89
Tabela 28 -Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos.....	90
Tabela 29 -Conteúdo envolvendo a homossexualidade.....	90
Tabela 30 -Comportamento sexual em relação aos outros (de forma agressiva).....	90
Tabela 31 -Colecionismo.....	91
Tabela 32 -Preocupação excessiva com sacrilégios e blasfêmias.....	91
Tabela 33 -Preocupação excessiva com o certo/errado, com a moralidade	91
Tabela 34 -Obsessão com necessidade de simetria ou exatidão, acompanhadas de pensamento mágico.....	92
Tabela 35 -Obsessões com necessidade de simetria ou exatidão, não acompanhadas de pensamento mágico.....	92
Tabela 36 -Necessidade de saber ou recordar.....	92
Tabela 37 -Medo de dizer determinadas coisas.....	93
Tabela 38 -Medo de não dizer exatamente a coisa certa.....	93
Tabela 39 -Medo de perder coisas.....	93
Tabela 40 -Imagens intrusivas (não violentas).....	94
Tabela 41 -Sons, palavras, músicas ou números intrusivos.....	94
Tabela 42 -Incômodo com certos ruídos.....	94
Tabela 43 -Números, cores, palavras de sorte/ azar.....	95
Tabela 44 -Cores com significado especial.....	95
Tabela 45 -Medos supersticiosos.....	95
Tabela 46 -Preocupação com doença ou enfermidade.....	96

Tabela 47-Preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física.....	96
Tabela 48-Lavagem excessiva ou ritualizada da mão	96
Tabela 49-Ducha, banho, escovação de dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal ritualizadas ou excessivas.....	97
Tabela 50-Limpeza excessiva de móveis da casa e objetos.....	97
Tabela 51-Outras medidas para prevenir ou remover o contato com substâncias que podem causar contaminação.....	97
Tabela 52-Verificação de fechaduras, fogão, utensílios domésticos, brinquedos, livros/itens escolares.....	98
Tabela 53-Verificar se feriu ou se não vai ferir alguém.....	98
Tabela 54-Verificar se não se feriu ou se não vai ferir a si próprio.....	98
Tabela 55-Verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer.....	99
Tabela 56-Verificar se não cometeu erros.....	99
Tabela 57-Verificações associadas a obsessões somáticas.....	99
Tabela 58-Releer, apagar, reescrever	100
Tabela 59-Necessidade de repetir atividades rotineiras.....	100
Tabela 60-Objetos, certos números, palavras,etc.....	100
Tabela 61-Necessidade de simetria (alinhar itens de uma determinada forma ou organizar itens pessoais de uma maneira específica).....	101
Tabela 62-Compulsões de colecionismo/acúmulo de objetos.....	101
Tabela 63-Rituais mentais (efetuar verificação e contagem).....	101
Tabela 64-Efetuar listas excessivas.....	102
Tabela 65-Necessidade de falar, perguntar ou confessar.....	102
Tabela 66-Necessidade de tocar, esfregar, ou bater de leve nos objetos..	102
Tabela 67-Rituais envolvendo piscar de olhos ou olhar fixamente.....	103
Tabela 68-Medidas que visam prevenir (não são verificações).....	103
Tabela 69-Comportamento ritualizado ao comer.....	103

Tabela 70- Comportamentos supersticiosos (distinguir de jogos mágicos próprios da idade).....	104
Tabela 71- Tricotilomania.....	104
Tabela 72- Outros comportamentos de auto-mutilação e auto-agressão...	104
Tabela 73- Máquinas (como as coisas funcionam). Ex.: computadores, rádios, TVs, máquinas de lavar, relógios, alarmes, etc.....	105
Tabela 74- Sistemas. Ex.: ralos, interruptores de luz, torneiras, etc.....	105
Tabela 75- Classificação e categorização. Ex.: alinhar objetos, arranjar objetos em ordem alfabética, pelo tamanho, cor ou forma....	106
Tabela 76- Crenças. Ex.: religião, política, etc.....	106
Tabela 77- Informações numéricas. Ex.: horário, tabuada, cálculos, calendários, etc.....	106
Tabela 78- Esportes e jogos. Ex.: futebol, tênis, natação, jogo de cartas, jogos de tabuleiro,etc.....	107
Tabela 79- Forte ligação com um objeto específico. Ex.: uma roupa, um “paninho”, tampas de garrafas, etc.....	07
Tabela 80- Experiências sensoriais Ex.: tocar em coisas específicas, ouvir certos sons, cheirar objetos, ficar olhando para a luz, rasgar papel, etc.....	107
Tabela 81- Ofícios Ex.:costurar, cozinhar, trabalhar com carpintaria,etc.	108
Tabela 82- Informações. Ex.: ler ou memorizar uma lista de coisas, escrever cartas, ler enciclopédias, etc.....	108
Tabela 83- Artes. Ex.: teatro, cinema, assistir Tv e vídeo, tocar um instrumento, ouvir música, etc.....	108
Tabela 84- Ciências. Ex.: astronomia, química, física, engenharia, biologia, geologia, etc.....	109
Tabela 85- Animais. Ex.: cachorros, animais de fazenda ou selvagens, dinossauros, insetos, peixes, etc.....	109

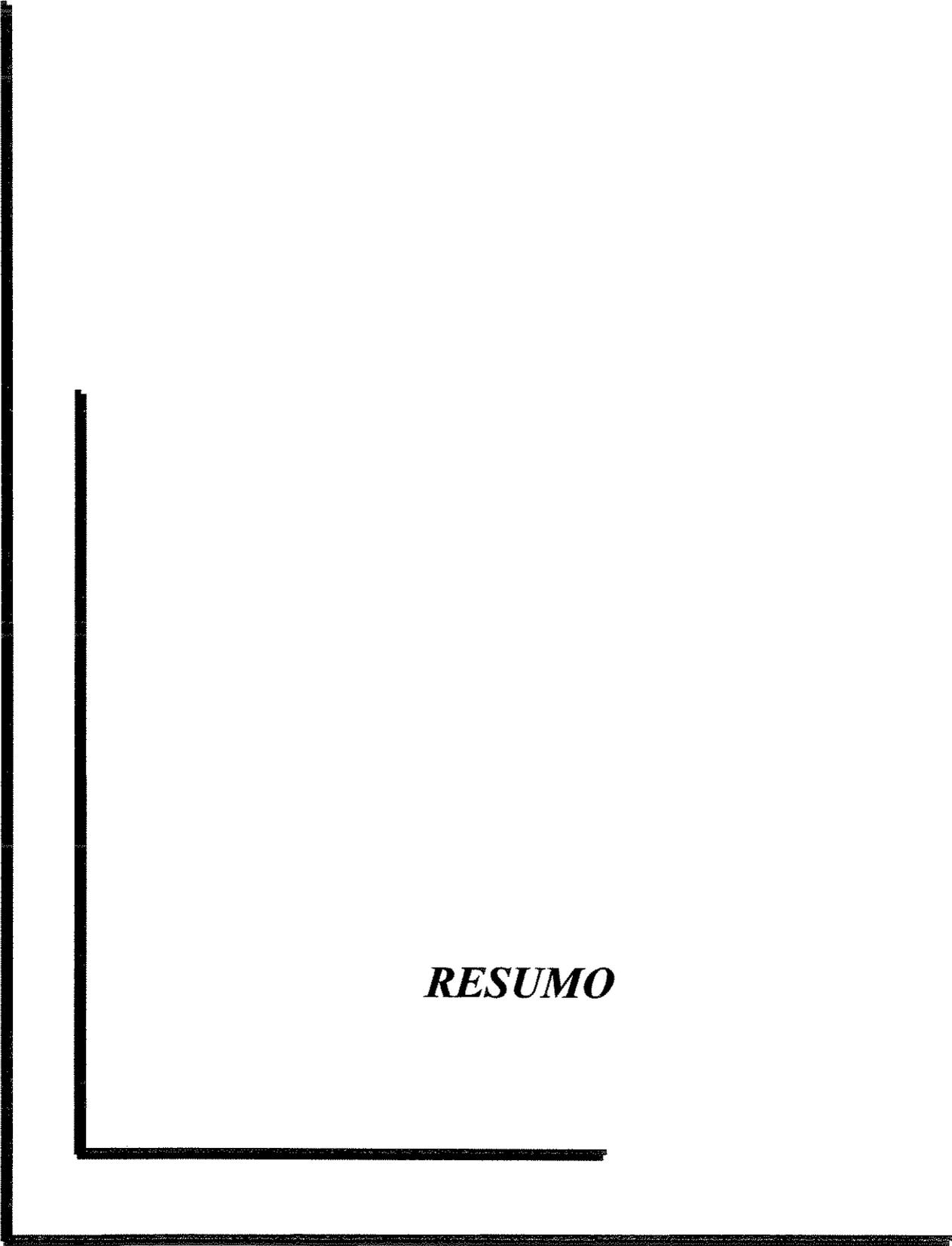
Tabela 86 -Colectionar objetos. Ex.: botões, caixas, catálogos, etc.....	109
Tabela 87 -Pessoas. Ex.: falar apenas de uma pessoa específica, se apegar a pessoas específicas, etc.....	110
Tabela 88 -Veículos. Ex.: trens, ônibus, aviões, barcos, etc.....	110
Tabela 89 -Objetos que giram. Ex.: tampas, moedas, pratos, etc.....	110
Tabela 90 -Alimentos e bebidas.Ex.: consumir apenas um determinado tipo de comida ou bebida, etc.....	111
Tabela 91 -Plantas. Ex.: plantas florestais, ornamentais, etc.....	111
Tabela 92 -Grupo Retardo Mental/ avaliação comparativa por sexo.....	112
Tabela 93 -Grupo Autismo Infantil/ avaliação comparativa por sexo.....	113
Tabela 94 -Grupo Síndrome de Asperger/ avaliação comparativa por sexo.....	114
Tabela 95 -Grupo Retardo Mental/ avaliação comparativa por idade.....	115
Tabela 96 -Grupo Autismo Infantil/ avaliação comparativa por idade.....	116
Tabela 97 -Grupo Síndrome de Asperger/ avaliação comparativa por idade.....	117

LISTA DE FIGURAS

	<i>PÁG.</i>
FIGURA 1-Média de idade nos diferentes grupos diagnósticos.....	79
FIGURA 2-Média de pontuação na CARS	80
FIGURA 3-Média do quociente social nos diferentes grupos estudados.....	81

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
QUADRO 1 - Interpretação dos resultados da CARS.....	69
QUADRO 2 - Comportamentos mais observados para o grupo com diagnóstico de retardo mental.....	118
QUADRO 3 - Comportamentos mais observados para o grupo com diagnóstico de autismo infantil.....	118
QUADRO 4 - Comportamentos mais observados para o grupo com diagnóstico de síndrome de Asperger.....	119



RESUMO

Os transtornos globais do desenvolvimento são doenças psiquiátricas da infância, geralmente, muito graves e de evolução crônica. Com um diagnóstico baseado no início precoce e no comprometimento de três áreas de funcionamento mental (interação social recíproca, linguagem e comunicação e na capacidade criativa), tem no autismo infantil e na síndrome de Asperger seus mais estudados exemplos clínicos. Uma profunda compreensão dos aspectos descritivos dessas síndromes é fundamental para a realização de um diagnóstico clínico cientificamente preciso, confiável e válido. Apesar da consistente bibliografia acerca das características da linguagem e da interação social de uma criança autista, quando nos atentamos para aos padrões estereotipados, restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, observamos que a literatura contém poucos artigos e diversos paradoxos e inconsistências. O presente estudo visa avaliar o perfil dos comportamentos repetitivos complexos, interesses restritos e obsessões em crianças com um diagnóstico de transtorno global do desenvolvimento ou retardo mental. Para tanto, foram estudadas 82 crianças e adolescentes divididos em três categorias diagnósticas: autismo infantil (27 indivíduos), síndrome de Asperger (23 indivíduos) e retardo mental puro sem características de autismo infantil (32 indivíduos). Além dos critérios clínicos de diagnóstico, definidos pela CID-10, foram utilizados para a seleção dos grupos dois instrumentos estruturados (para diagnóstico de autismo e para avaliação do nível intelectual das crianças, respectivamente): Childhood Autism Rating Scale (CARS) e a Escala de Maturidade Social de Vineland-Doll. Após a divisão dos grupos diagnósticos, foram utilizados três instrumentos estruturados de avaliação de comportamentos repetitivos, interesses restritos e obsessões: Lista de Sintomas da Escala de Obsessões e Compulsões de Yale-Brown, Questionário de Obsessões da Universidade de Cambridge e o Questionário de Avaliação do Comportamento Autista – subescala de comportamentos estereotipados e restritos. A análise dos resultados foi realizada tanto através da descrição item a item de cada sintoma pesquisado nos diferentes grupos, bem como através da utilização de índices de correlação estatística, através dos testes qui-quadrado e ANOVA (análise de variância). Os resultados demonstraram que a presença de comportamentos repetitivos, interesses restritos e obsessões é uma característica clínica comum entre os indivíduos que apresentam os diagnósticos de retardo mental, autismo infantil ou síndrome de Asperger. Alguns comportamentos como: apego e manipulação de objetos, estereotípias motoras, interesses

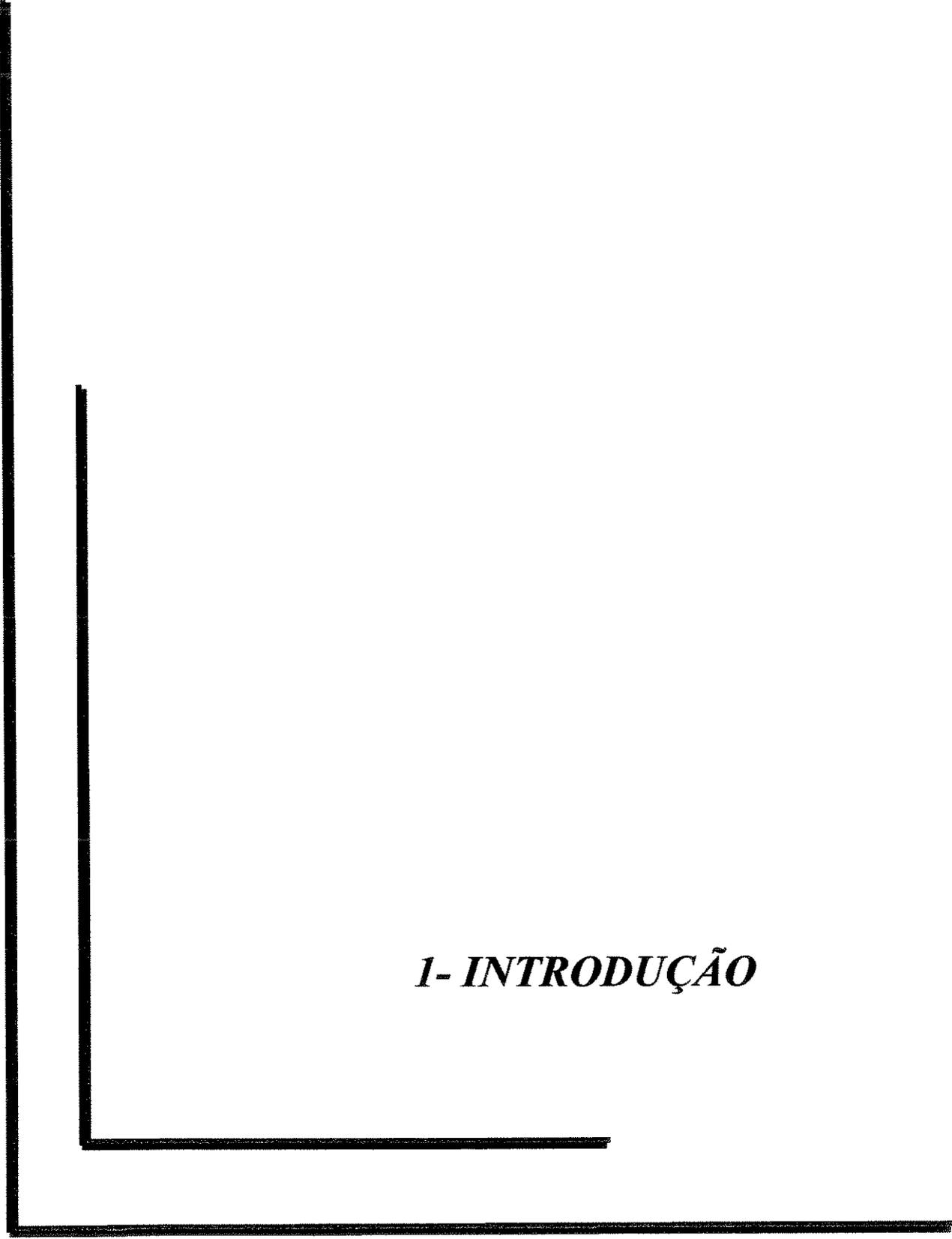
sensoriais estranhos e auto-agressividade, são modulados pelo nível intelectual. Outros comportamentos, como: necessidade de simetria, colecionismo, acúmulo de objetos, classificar, categorizar e interesse por objetos que giram, são mais comuns nos grupos de indivíduos com síndrome de Asperger e autismo infantil.



ABSTRACT

Pervasive development disorders are psychiatric pathologies that affect children, and are usually severe and of chronic evolution. With a diagnostic based on a precocious beginning and on compromising the three mental functioning areas (mutual social interaction, language and communication and creative ability), it has in childhood autism and in Asperger's syndrome its most studied clinical examples. A profound comprehension of the descriptive aspects of these syndromes is fundamental to the accomplishment of a scientifically precise, trustworthy and valid clinical diagnostic. Despite the consistent bibliography concerning the language characteristics and social interaction of an autistic child, when we refer to the stereotyped, restricted and repetitive patterns of behavior, interests and activities we observe that the literature is reduced and it contains various paradoxes and inconsistencies. The current study aims to evaluate the profile of the complex repetitive behaviors, restricted interests and obsessions in children diagnosed with pervasive development disorder or mental retardation. Therefore, 82 children and adolescents were studied and divided into three diagnostic categories: childhood autism (27 individuals), Asperger's syndrome (23 individuals) and pure mental retardation without children's autism characteristics (32 individuals). Besides the clinical criteria for diagnostics, defined by CID-10, two structured tools were used to the selection of the groups (to diagnose autism and to evaluate the intellectual level of the children, respectively): Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Vineland-Doll Social Maturity Scale. After the division of the diagnostic groups, three structured tools were used to evaluate repetitive behaviors, restricted interests and obsessions: List of Symptoms from the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Questionnaire of Obsessions from Cambridge University and Autistic Behavior Evaluation Questionnaire - sub-scale "Stereotyped and restricted behaviors". The analyses of the result was accomplished through the item-to-item description of each symptom researched in the different groups as well as through indexes of statistics correlation, with the Qui-square tests and the ANOVA (variability analyses). The results showed that the presence of repetitive behaviors, restricted interests and obsessions is a clinical characteristic common among individuals who present mental retardation, childhood autism or Asperger's syndrome. Some behaviors like: attachment and handling of objects, motor stereotypy, strange sensorial interests and self-injury are modulated through the intellectual level. Other types of behavior like: need

of symmetry, compulsions, collection of objects, interest in objects that spin, classifying and categorizing are more common in the groups of individuals with Asperger's syndrome and childhood autism.



1- INTRODUÇÃO

1.1-ASPECTOS HISTÓRICOS:

Obviamente, o autismo infantil não é uma síndrome nova e típica das sociedades urbanas e industrializadas do século XX (como proposto por TIBERGEN e TIBERGEN, 1983). Desde o século XIX, a literatura tem descrito casos isolados de crianças com severos distúrbios dos processos normais do desenvolvimento que, de acordo com a terminologia atual, seriam diagnosticadas como autistas (MALSON, 1964).

Mas, foi no início do século XX, que ocorreu o maior número de descrições de crianças que apresentavam características autistas. Seguindo a tradição da época, de se utilizar a terminologia dos adultos para descrever quadros clínicos de crianças, o italiano SANCTA DE SANCTIS (1908) descreve a “demência precocíssima”, baseado em excepcionais observações de pré-púberes que apresentavam perda de suas habilidades mentais. HELLER, no mesmo ano, descreve um grupo de crianças que apresentava uma perda insidiosa de suas capacidades cognitivas e comunicativas.

O termo “autismo” surge pela primeira vez para descrever a inabilidade dos pacientes esquizofrênicos em se relacionar com o mundo externo e seus déficits na interação social (BLEULER, 1919).

Mas foi através do psiquiatra austríaco LEO KANNER (1943), após publicação de um artigo, em uma revista de neuropediatria, intitulado de “transtornos autísticos do contato afetivo”, que o autismo passa a ser uma patologia diferenciada do retardo mental e da esquizofrenia infantil.

Nesse trabalho, Kanner relata as características clínicas de onze crianças que apresentavam uma inabilidade de manterem relações normais com outras pessoas desde o início da vida. O extremo isolamento social desse grupo de crianças era acompanhado de alterações da linguagem, como “ecolalia”, “inversão pronominal” e uma fala estereotipada e repetitiva.

Além das alterações em seus padrões de relacionamento social e linguagem, o comportamento das crianças era governado por “um desejo ansiosamente obsessivo de se manter a mesmice (sameness)”, que ninguém, além das próprias crianças, poderiam interrompê-lo, em raras ocasiões. As descrições de Kanner a respeito da mesmice

constituem os primeiros relatos da necessidade que a criança autista tem de manter rotinas rígidas e inflexíveis.

A maior parte do dia desse grupo de crianças era despendida, não só na “mesmice” do que se era dito, como também na manutenção de uma seqüência de eventos.

Em relação à linguagem, esse grupo apresentava repetições constantes de frases ou verdadeiros rituais verbais em determinados períodos do dia. Veja alguns exemplos: Donald, a primeira criança descrita, só conseguia dormir após realizar um mesmo diálogo com sua mãe que se repetia todos os dias. Charles, a nona criança descrita, permanecia falando e perguntando ansiosamente sobre um fato acontecido, durante semanas, não se acalmando, mesmo quando suas perguntas eram respondidas.

O medo das mudanças é tido por Kanner como o principal fator do comportamento repetitivo e monótono, resultando na limitação de suas atividades espontâneas e de suas habilidades criativas. Uma determinada situação, uma performance, uma sentença não são tidas como completas se não são realizadas exatamente como da primeira vez. Se os ingredientes da experiência são modificados ou removidos, a criança não aceita a nova situação e reage com profunda frustração.

Todas as atividades descritas são governadas rigidamente e consistentemente por um poderoso desejo de se manter o isolamento e a mesmice. Esse comportamento repetitivo assume a forma de preocupações obsessivas, comportamentos compulsivos, repetitivos e estereotipados.

ASPERGER (1944) relata um grupo de seis crianças que apresentava comportamento semelhante ao comportamento dos indivíduos autistas, descritos por Kanner, um ano antes. Chamou o quadro clínico de “psicopatia autista” (atualmente, conhecido como síndrome de Asperger). Além das dificuldades de relacionamento social, ambos os autores descrevem o padrão repetitivo de comportamento e atividades como um fator essencial para o diagnóstico das síndromes. Dificuldades de se lidar com mudanças ambientais, um padrão de atividade lúdica repetitiva e pouco criativa, colecionismo de objetos e movimentos corporais estereotipados são exemplos de comportamentos descritos nesse grupo de crianças.

Ainda em 1944, KANNER publica um artigo, em uma revista de pediatria, e descreve mais duas crianças com comportamentos semelhantes, nomeando a síndrome como autismo infantil precoce.

Em um congresso realizado na Inglaterra (*British Working Party*, em 1961), seu presidente Creak, descreve os critérios que deveriam ser utilizados para o diagnóstico de psicose infantil. Dentre outros, os critérios de forte resistência a qualquer mudança do ambiente, e luta para mantê-lo constante fazem parte dos critérios principais.

RITVO e FREEDMAN (1978) criam a definição da síndrome autista que passou a ser adotada pela National Society for Autistic Children, nos E.U.A. (Anexo 1). Apesar de ter sido feita uma menção a respeito de gestos repetidos e resistência à mudança de rotinas em casos mais graves de autismo, na definição resumida da Associação, não há registro dos comportamentos repetitivos e restritos como um fator importante para a realização do diagnóstico da síndrome.

RUTTER e SCHOPLER (1978) criam critérios para o diagnóstico de autismo infantil, amplamente aceitos pela comunidade científica, que caracterizava a síndrome por suas formas específicas de desvio do desenvolvimento social e de linguagem. Havia necessidade de um início antes dos trinta meses de idade e a ausência de delírios e alucinações. Nesses critérios, a presença de comportamentos estereotipados e a estruturação de rotinas por parte da criança são fatores essenciais para o diagnóstico de autismo infantil.

Como podemos observar, mesmo antes de surgir o diagnóstico de autismo infantil nas atuais classificações médicas, a presença de comportamentos repetitivos, rotinas, estereotípias, interesses restritos, obsessões e necessidade de manutenção da mesmice sempre estiveram presentes nas descrições de crianças com comportamentos autistas, fazendo parte dos fatores fundamentais para a realização do diagnóstico clínico da síndrome.

1.2-MODERNAS CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS, AUTISMO INFANTIL E COMPORTAMENTOS REPETITIVOS:

Existem duas principais referências para o atual modelo diagnóstico médico-psiquiátrico: a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (APA).

O diagnóstico de autismo infantil aparece pela primeira vez nas modernas classificações psiquiátricas, na CID-9 (OMS, 1979), classificado entre os transtornos psicóticos da infância. Um ano depois, o diagnóstico de autismo infantil surge, também, no DSM-III (APA, 1980). O DSM-III traz como um dos critérios essenciais para o diagnóstico de autismo infantil a presença de respostas bizarras, resistência a mudanças e interesses peculiares. Nessa edição ainda não há uma especificação maior dos sintomas ligados aos padrões repetitivos do comportamento da criança autista.

Foi a partir do DSM-III-R (APA, 1987) e do DSMIV (APA, 1994) que o repertório restrito de atividades e interesses passam a serem melhores especificados. O DSM III-R (Anexo 2) faz referência a uma série de sintomas, como: movimentos corporais estereotipados, insistentes preocupações com partes dos objetos, sofrimento acentuado com mudanças triviais no ambiente, insistência em seguir rotinas e um âmbito de interesses marcadamente restrito e estereotipado.

O DSM-IV (anexo 3) traz critérios para definir a categoria de padrões estereotipados, restritos e repetitivos de comportamento, interesse e atividades, fundamentais para a realização do diagnóstico de transtorno autista. Manutenção de rotinas e rituais não-funcionais e preocupações com partes do objeto são mantidas nos critérios. Os movimentos corporais estereotipados são substituídos pela presença de maneirismos motores repetitivos e estereotipados (há apenas uma mudança de nomenclatura e não uma mudança nas características do ato motor). O DSM-IV especifica a anormalidade do foco e da intensidade na manutenção de um (ou mais) padrão estereotipado e restrito de interesse. O DSM-IV-TR, revisão realizado em 2002 do DSM-IV, não alterou nenhum critério diagnóstico para transtorno autista e síndrome de Asperger.

Quando as atuais classificações diagnósticas são comparadas, observa-se que os critérios diagnósticos para autismo infantil da CID-10 (OMS, 1993, anexo 4) são idênticos aos critérios diagnósticos do DSM-IV, tanto na área de interação social e linguagem, quanto em relação aos padrões repetitivos e restritos de atividade interesses e comportamentos.

1.3-COMPORTAMENTOS REPETITIVOS E INTERESSES RESTRITOS NO AUTISMO INFANTIL:

1.3.1-Comportamentos repetitivos:

O termo “comportamentos repetitivos” é muito amplo e se refere a uma classe de comportamentos ligados pela repetição, rigidez e invariância. No autismo infantil, incluem os movimentos discinéticos, os movimentos estereotipados, a manipulação repetitiva de objetos, comportamento auto-agressivo repetitivo, apego a objetos específicos e um desejo obsessivo de se manter a mesmice (TURNER, 1999). Esses comportamentos podem ser divididos em duas categorias: os comportamentos repetitivos simples ou de baixo nível e os comportamentos repetitivos complexos ou de alto nível. Deve-se tomar cuidado com essa subdivisão que, apesar de didática, pode confundir, por serem categorias relativamente heterogêneas de comportamento (TURNER, 1997).

1.3.1.1-Comportamentos repetitivos simples:

Incluem os movimentos discinéticos e estereotipados, os tiques, a manipulação repetitiva de objetos e as formas repetitivas do comportamento auto-mutilatório. Dentre os estudos de comportamentos repetitivos no autismo infantil, os estudos sobre movimentos estereotipados são os mais realizados, em parte, porque são fáceis de serem observados e quantificados. Acreditar-se que esse tipo de comportamento repetitivo não é específico do autismo, e sim, inerente à presença de certo grau de retardamento mental nos autistas (SIMIEMA, 1997). Além disso, outros dois fatos caminham na mesma direção: comportamentos motores repetitivos são comumente observados em crianças com o desenvolvimento normal (EVANS et. al, 1997) e, também, observados em outras condições

psiquiátricas ou ligadas ao desenvolvimento, tais como, síndrome de Tourette, síndrome do X-Frágil, esquizofrenia, síndrome de Rett (TURNER, 1996).

Os movimentos estereotipados parecem ser o grupo de movimentos repetitivos mais comuns no autismo infantil. Tem-se demonstrado que são mais freqüentes e severos, quando comparados com grupos controles da mesma idade e nível intelectual (FREEMAN et. al., 1981). SZATMARI et al. (1989) demonstram que as estereotipias motoras são mais comuns entre autistas adultos de alto funcionamento do que entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais com dificuldades de relacionamento social, quando pareados por idade e nível intelectual. Em um estudo de “follow-up” com possíveis crianças autistas de dois anos, LORD (1985) demonstra que as crianças que, aos três anos de idade, preenchem critérios diagnósticos para autismo infantil, apresentam taxas mais altas de movimentos estereotipados aos dois anos, do que as crianças que não recebem o diagnóstico de autismo.

Em contraste, não há evidência que as discinesias, os tiques ou o comportamento auto-mutilatório repetitivo sejam prevalentes, severos ou característicos do autismo infantil.

1.3.1.2-Comportamentos repetitivos complexos e interesses restritos:

Existem poucos estudos estruturados para se avaliar os comportamentos repetitivos complexos, provavelmente, devido às dificuldades de se avaliar e quantificar esses comportamentos. Apesar disso, existem evidências que certas classes desses comportamentos são característicos e restritos as condições do espectro autista.

SZATMARI et. al. (1989) reportam que 86% das crianças autistas com inteligência normal apresentam interesses restritos de comportamento em comparação com 37% dos indivíduos diagnosticados com síndrome de Asperger e 9% dos indivíduos controles.

Apesar de haver poucos estudos que comparam a presença de rotinas e rituais em indivíduos autistas e não autistas, há evidência que esses comportamentos são mais comuns em indivíduos autistas quando comparados com os indivíduos controles pareados por idade e habilidades intelectuais. A extrema angústia demonstrada pelos autistas as mudanças de rotina são, raramente, descritas em indivíduos não autistas. Similarmente,

enquanto os rituais nas crianças autistas são altamente elaborados e estendidos às atividades de outras pessoas, os rituais apresentados por crianças não autistas são restritos às atividades pessoais do indivíduo.

Mesmo sendo considerado como um sintoma específico do autismo, a insistência na mesmice foi explorada com alvo de estudo em apenas um trabalho científico (SZATMARI et al., 1989).

Não há trabalhos referentes às outras classes de comportamentos repetitivos complexos.

1.3.2-Pensamentos obsessivos:

Referência a pensamentos obsessivos na literatura do autismo infantil é tão prevalente que é quase inquestionável o fato dos autistas apresentarem obsessões (BARON-COHEN, 1989).

No DSM-IV, obsessões são definidas como pensamentos, imagens e impulsos recorrentes e persistentes que, em algum momento, serão vivenciados como intrusivos e inapropriados, gerando intensa angústia e ansiedade.

Estudando o padrão de pensamentos obsessivos e comportamentos repetitivos de adultos autistas, quando comparadas com adultos com transtorno obsessivo compulsivo, MCDOUGLE et.al. (1995) observam que os pensamentos mais comuns no grupo de autistas foram, em ordem decrescente, necessidade de ficar rememorando fatos ou conhecimentos, pensamentos de ficar acumulando objetos e pensamentos de contaminação. Os comportamentos repetitivos mais prevalentes envolvem repetição, necessidade de tocar ou bater, ordenação das coisas de objetos, acúmulo de objetos, além de comportamentos auto-agressivos.

BARON-COHEN e WHEELWRIGHT (1999) demonstram que os pensamentos obsessivos das crianças autistas, em comparação das crianças com síndrome de Tourette, estão relacionados a pensamentos sobre objetos concretos, linguagem, comida, televisão, vinculação com pessoas e classificação de objetos.

Apesar desses achados, BARON-COHEN (1989) sugere que o termo “obsessivo” deva ser usado com cautela, visto que crianças autistas são incapazes de conceituar seus próprios estados mentais e os de outras pessoas. Sugere, ainda, que as

crianças autistas não demonstram que esses pensamentos são egodistônicos, não impondo resistência para evitá-los.

Inegavelmente, por não haver relatos verbais sobre seus pensamentos e estados mentais internos, há uma extrema dificuldade de se avaliar a prevalência desses pensamentos na população de crianças autistas. Apesar disso, é perceptível, para quem convive e trabalha com esses indivíduos, o caráter repetitivo e intrusivo de alguns de seus pensamentos. Mesmo que, muitas vezes, aparentem não serem pensamentos egodistônicos, geralmente, levam a um padrão de comportamento repetitivo que se assemelha muito a compulsão descrita em indivíduos obsessivos compulsivos. Se o autista não consegue fazer a compulsão, muitas vezes, manifesta sinais de angústia.

MCDDOUBLE et. al. (1995) reforça essa idéia e acredita que a impossibilidade de se conceituar estados mentais internos não implica necessariamente em sua ausência. Sugere que a natureza egosintônica dos pensamentos das crianças autistas não indica que as crianças vivenciem esses pensamentos como sendo suportáveis.

1.4-POSSÍVEIS CAUSAS DOS COMPORTAMENTOS REPETITIVOS NO AUTISMO INFANTIL:

Duas diferentes linhas de pesquisa têm tentado responder os motivos que fazem com que as crianças autistas apresentem comportamentos repetitivos. A primeira acredita que esses comportamentos ocorrem para diminuir o “input” sensorial decorrente dos elevados níveis de alerta que as crianças autistas apresentam (HUNTT e HUNTT, 1965, 1970; KINSBOURNE, 1980; ZENTALL e ZENTALL, 1983). A segunda descreve o comportamento repetitivo como um comportamento apreendido que é mantido pelo reforço sensorial produzido pelo ato (LOVAAS et al., 1987; MACLEAN e BAUMEISTER, 1982; RINCOVER et. al., 1979) . Apesar dessas linhas de pesquisa serem amplamente difundidas, ainda há divergências se elas realmente explicam de forma adequada às características essenciais desses comportamentos no autismo.

1.4.1-Comportamento repetitivo como mecanismo de homeostase:

A noção que comportamentos repetitivos servem para reduzir os altos níveis de alerta dos autistas tem persistido pelos últimos trinta anos. Inicialmente, proposto por HUNTT e HUNTT (1965, 1970), a idéia tomou força, através do apoio de outros autores (KINSBOURNE, 1980; ZENTALL e ZENTALL, 1983). Acreditam na hipótese que os altos níveis crônicos de ativação do sistema reticular ascendente, com conseqüente alto nível de estado de alerta e exacerbação do “input” sensorial, são bloqueados pela realização dos movimentos repetitivos que servem como um mecanismo de homeostase. Situações e objetos novos aumentam o “input” sensorial e, por isso, são evitados, favorecendo uma aparente insistência na mesmice.

Nessa hipótese, situações que aumentam a estimulação sensorial resultam em um aumento dos comportamentos repetitivos e, inversamente, a redução de estímulos e ansiedade resulta em sua diminuição.

1.4.2-Comportamento repetitivo como um comportamento apreendido:

LOVAAS et al. (1987) propõem que os comportamentos motores estereotipados são decorrentes das conseqüências sensoriais geradas por esses comportamentos. Algumas evidências reforçam essa hipótese. Primeira, esses comportamentos são uma óbvia fonte de estimulação perceptual, auditiva e táctil. Segunda, a utilização de fontes de estimulação alternativas tem demonstrado eficácia na redução desses comportamentos em crianças autistas e não autistas (MACLEAN e BAUMEISTER, 1982; RINCOVER et. al, 1979).

1.4.3-Comportamento repetitivo como ausência de uma “teoria da mente”:

BARON-COHEN (1989) sugere que os comportamentos estereotipados são desenvolvidos como uma estratégia que permite ao autista reduzir o alto nível de ansiedade, resultante de uma inabilidade de se atribuir e inferir estados mentais a outras pessoas. CARRUTHERS (1996) sugere que a insistência na mesmice é decorrente de uma tentativa de controlar seu mundo através de rotinas e regras.

Segundo essa hipótese, a quantidade de comportamentos repetitivos tende a ser mais alta quando o indivíduo está frente a pessoas novas e situações imprevisíveis. Esse dado é reforçado por relatos autobiográficos que sugerem que a aderência a rotinas é uma tentativa de introduzir algum grau de segurança e previsibilidade em suas vidas (JOLLIFFE et al., 1992).

1.4.4-Comportamento repetitivo como consequência de uma quebra da “coerência central”:

FRITH (1989) e FRITH e HAPPÉ (1994) propõem que muitas características do autismo, inclusive os comportamentos repetitivos, podem ser explicadas pela maneira peculiar do processamento das informações que chegam a essas crianças. O estilo cognitivo dos autistas é caracterizado por um processamento de informações que leva, preferencialmente, mais em conta os fatores focais do que os globais do ambiente. Esse fato faz com que o autista se foque em detalhes, falhando em compreender os estímulos ambientais recebidos dentro de um contexto mais amplo. Essa teoria explica, principalmente, os comportamentos repetitivos mais complexos.

1.4.5-Comportamento repetitivo como um sintoma de disfunção executiva:

Nessa teoria, os comportamentos repetitivos são decorrentes de alterações na função executiva das crianças autistas, com conseqüente inabilidade desses indivíduos de gerenciar, planejar e controlar seus comportamentos usuais (HUGHES et al., 1993; RIDLEY, 1994). Sem a habilidade de controlar seu comportamento, o indivíduo autista pode, invariavelmente, ser levado a repetir atos motores.

1.5-JUSTIFICATIVAS:

Dentre as patologias classificadas entre os transtornos globais do desenvolvimento, o autismo infantil e a síndrome de Asperger são as mais estudadas, por serem bons exemplos dos padrões de comportamento apresentados por essa categoria diagnóstica.

O autismo infantil é um transtorno psiquiátrico da infância, geralmente, muito grave e de evolução crônica. Seu diagnóstico baseia-se no seu início precoce e no comprometimento de três áreas de funcionamento mental: interação social recíproca, linguagem e comunicação e na capacidade criativa das crianças afetadas. A síndrome de Asperger diferencia-se do autismo infantil por não ocorrer atraso na aquisição da linguagem e não haver retardo mental associado ao transtorno. Muitas vezes, a síndrome de Asperger é tida como um quadro de autismo infantil de alto funcionamento.

Apesar da consistente bibliografia acerca das características da linguagem e da interação social de uma criança autista, quando são analisados os padrões estereotipados, restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, observa-se que a literatura contém diversos paradoxos e inconsistências.

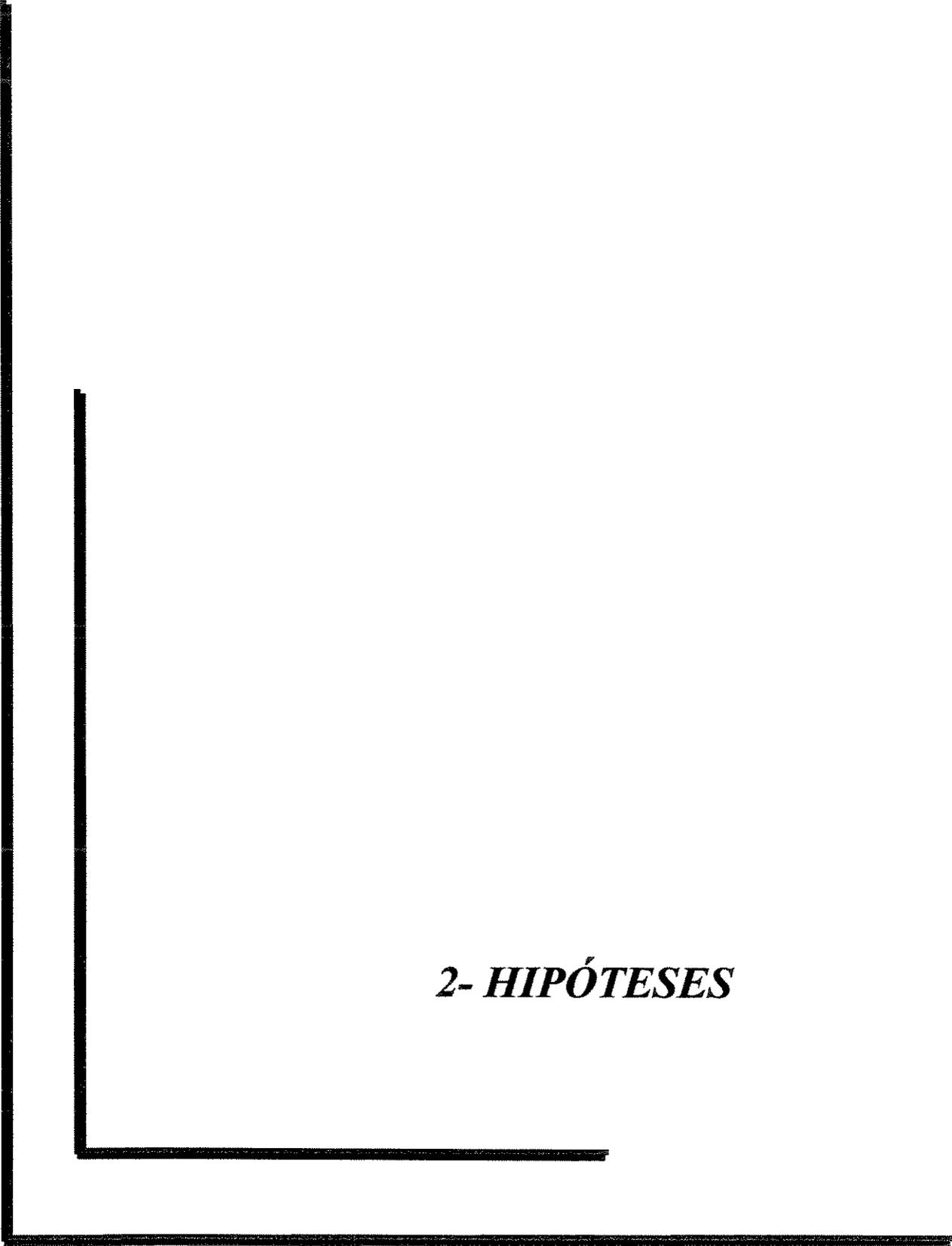
Primeiro, apesar da importância para a realização do diagnóstico de autismo, o número de estudos relacionados a esse padrão de comportamento tem sido, infinitamente, menor do que o número de estudos referentes aos outros dois fatores principais de diagnóstico (interação social e linguagem).

Segundo, quando são observadas as características propostas pela CID 10 para o diagnóstico desse padrão de comportamento, conclui-se que os comportamentos tidos como mais complexos aparecem em três critérios diagnósticos (uma preocupação circular com um ou mais padrões restritos de interesses, aderência compulsiva a rotinas e rituais e preocupações com partes do objeto ou elementos não funcionais), ao contrário dos comportamentos repetitivos simples, que aparecem em apenas um critério diagnóstico (maneirismos motores estereotipados e repetitivos). Apesar desse fato, pela dificuldade de coleta objetiva de dados, os padrões de comportamentos repetitivos complexos são, ainda, menos estudados. A maior parte dos estudos está relacionada a movimentos estereotipados e maneirismos, descritos como comportamentos de baixo nível ou simples.

Terceiro, enquanto determinados comportamentos repetitivos (movimentos estereotipados) e pensamentos obsessivos são descritos como não específicos do autismo infantil (PRIOR e MACMILLAN, 1973), outros padrões de comportamentos repetitivos (padrões complexos de comportamento) e pensamentos obsessivos têm sido considerados

mais característicos dos quadros de autismo infantil (FRITH, 1989; KANNER, 1943; WING e GOULD, 1979, MORAES, 1999).

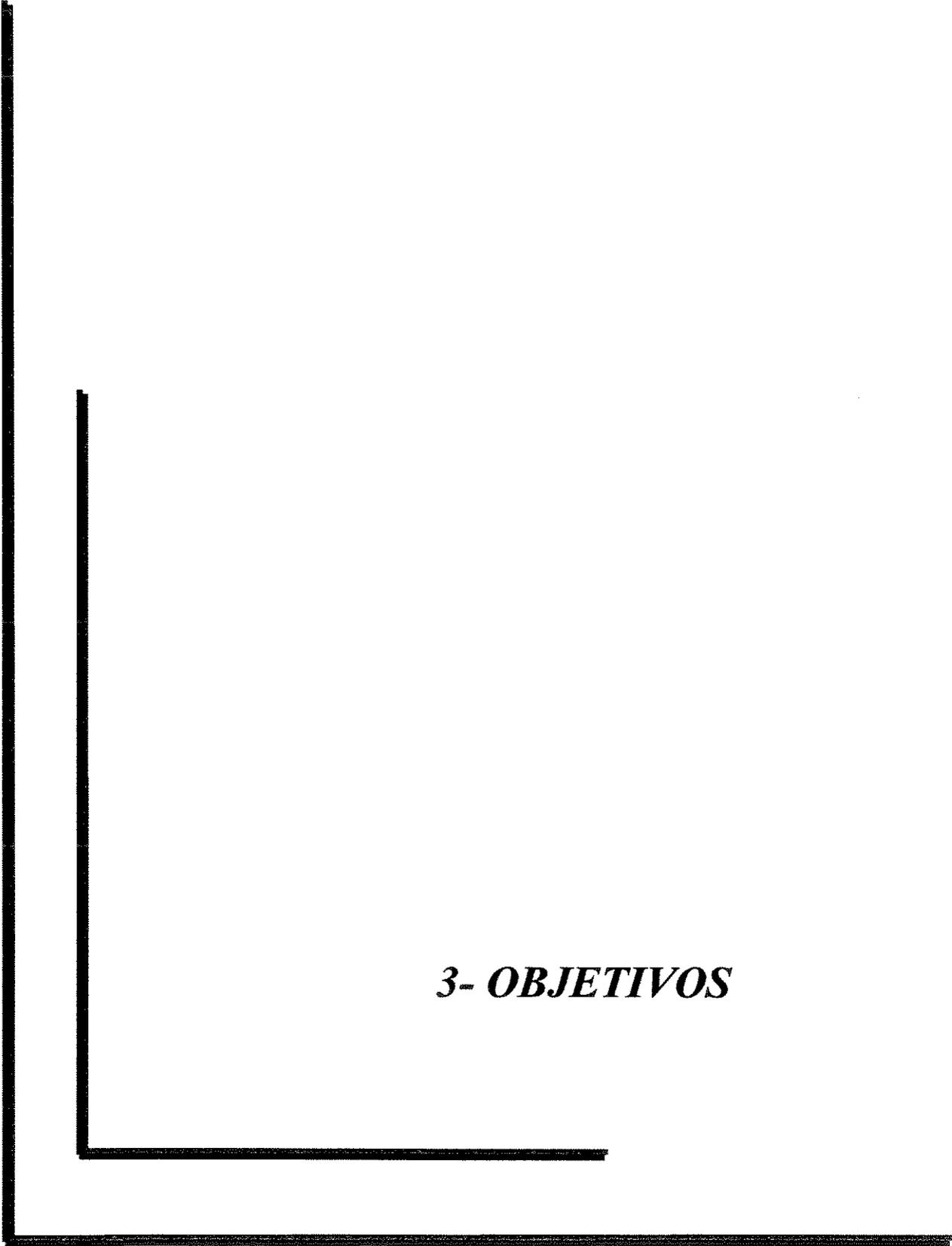
Portanto, estudar as diferenças descritivas entre os diversos padrões de comportamentos repetitivos, interesses restritos e pensamentos obsessivos, nas diversas patologias que comprometem o desenvolvimento infantil, é fundamental para uma nosografia e uma nosologia corretas e mais consistentes, fundamentais para a realização de pesquisas que visam compreender as causas, os melhores recursos terapêuticos e a evolução dos diversos transtornos invasivos do desenvolvimento.



2- HIPÓTESES

Levando-se em consideração a investigação proposta e os dados de revisão apresentados, formulou-se a hipótese de nulidade e a hipótese de pesquisa:

- Hipótese de nulidade (H0): os comportamentos repetitivos complexos, os interesses restritos e as obsessões não são específicos dos transtornos invasivos do desenvolvimento e podem estar presentes em outras patologias que comprometem o nível intelectual das crianças. Sendo assim, a prevalência e as características desses comportamentos, interesses e pensamentos são semelhantes entre os grupos diagnosticados como tendo autismo infantil, síndrome de Asperger e retardo mental puro.
- Hipótese de pesquisa (H1): os comportamentos repetitivos complexos, interesses restritos e obsessões demonstram ser específicos dos transtornos invasivos do desenvolvimento com ou sem retardo mental, quando comparados às crianças com retardo mental puro sem características de autismo infantil. Sendo assim, as prevalências e as características dos padrões desses comportamentos e interesses são diferentes entre os diversos grupos estudados.



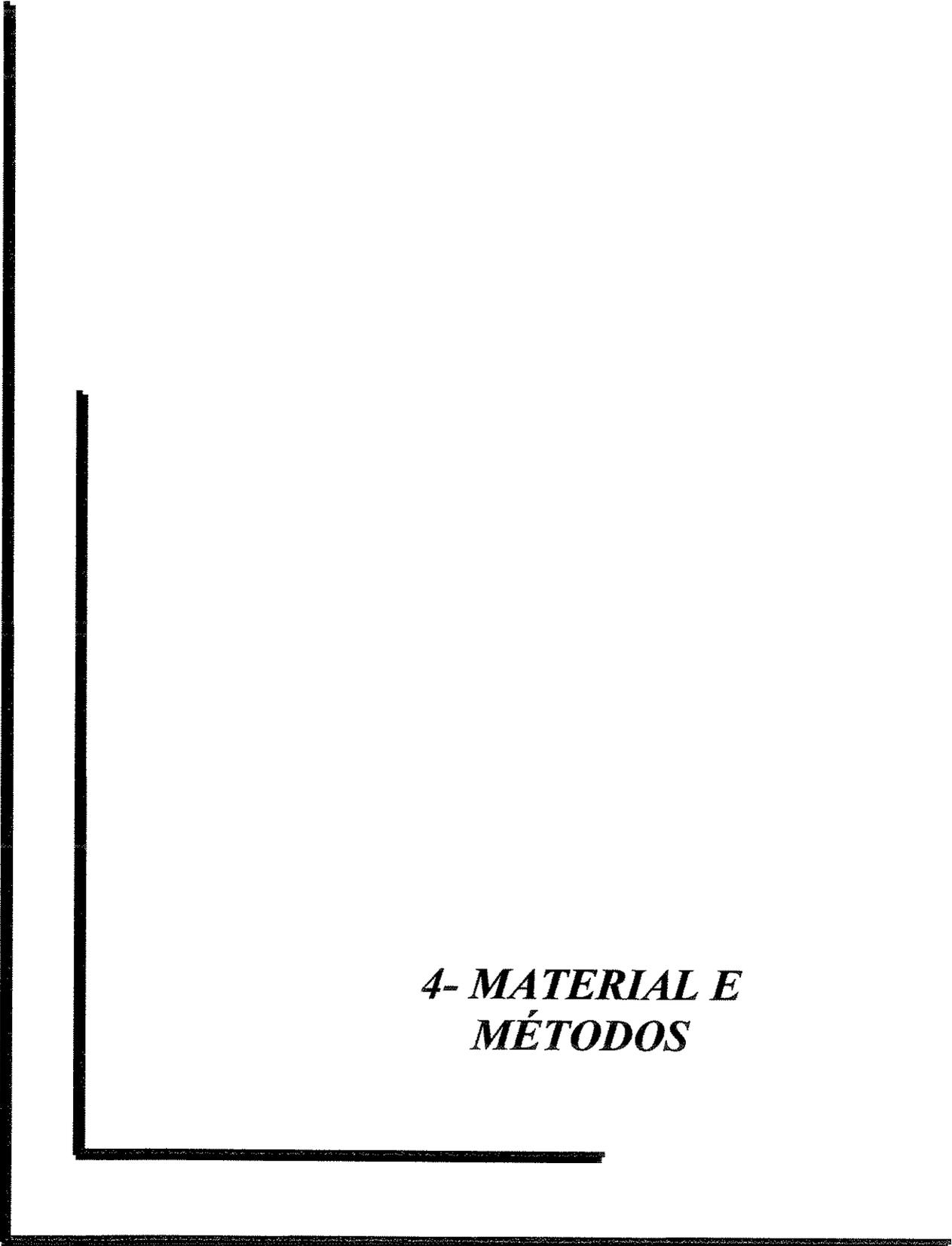
3- OBJETIVOS

3.1-OBJETIVO GERAL:

- Caracterizar o perfil dos comportamentos repetitivos, interesses restritos e obsessões em crianças e adolescentes com diagnóstico de autismo infantil, síndrome de Asperger e retardo mental .

3.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever os padrões de comportamentos repetitivos, interesses restritos e obsessões mais frequentes em crianças e adolescentes com autismo infantil, síndrome de Asperger e retardo mental.
- Caracterizar quais são os comportamentos repetitivos, interesses restritos e obsessões específicos dos transtornos globais do desenvolvimento e os que estão associados ao nível intelectual das crianças estudadas.



***4- MATERIAL E
MÉTODOS***

O estudo proposto é do tipo descritivo-quantitativo. Para se atingir os objetivos propostos e para a verificação das hipóteses, foram utilizados instrumentos estruturados de avaliação e análise estatística dos dados obtidos.

4.1-PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS GERAIS:

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, 27 crianças, alunos da Associação para o Desenvolvimento dos Autistas em Campinas (ADACAMP), foram selecionadas aleatoriamente para a reavaliação diagnóstica. Após a confirmação do diagnóstico e o preenchimento dos critérios de inclusão na pesquisa, passaram a fazer parte da amostra selecionada.

Devido às dificuldades econômicas e de transporte de seus pais, 32 crianças com diagnóstico de retardo mental foram recrutadas e avaliadas na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Campinas. A partir da confirmação do diagnóstico de retardo mental sem sintomas de autismo infantil, as crianças que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa foram selecionadas para a participação no trabalho.

Mais 23 crianças e adolescentes com síndrome de Asperger foram selecionadas, em sua maior parte, em serviços ambulatoriais.

Os pais das 82 crianças da pesquisa foram convocados para reuniões explicativas e de esclarecimentos a respeito do trabalho. Após um período de uma semana, para reflexão se queriam ou não participar da pesquisa, foram, novamente, convocados para a assinatura do termo de concordância (Anexo 5).

4.2-AVALIAÇÃO INICIAL DAS CRIANÇAS:

Visando o diagnóstico diferencial entre os três grupos propostos para a pesquisa, as crianças com autismo infantil, as crianças com síndrome de Asperger e as crianças com retardo mental puro foram avaliadas, através dos seguintes critérios diagnósticos e instrumentos estruturados de avaliação diagnóstica:

4.2.1-Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:

A Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da Classificação Internacional de Doenças, em sua décima revisão (OMS, 1993), apresenta os critérios diagnósticos clínicos detalhados para pesquisa de quadros de autismo infantil (anexo 4) Para esse diagnóstico há necessidade de um desenvolvimento anormal ou comprometido que se inicia antes da idade de 3 anos. Há um total de 12 itens divididos entre as áreas de interação social, linguagem e jogo simbólico ou funcional. A presença de seis desses itens (pelo menos dois itens relacionados à interação social, um item relacionado à linguagem e um item relacionado à capacidade criativa das crianças) confirma o diagnóstico de autismo infantil.

Por estarem em eixos diagnósticos distintos, o diagnóstico de autismo infantil (F84.0, eixo I) não exclui, necessariamente, o diagnóstico de retardo mental, que costuma estar associado à síndrome autista em dois terços das crianças diagnosticadas como autistas (RUTTER e HERSOV, 1992).

Ao contrário do diagnóstico de autismo infantil, não há critérios clínicos detalhados que possam ser usados internacionalmente para o diagnóstico de retardo mental, visto que os dois principais componentes do retardo mental (baixa capacidade cognitiva e competência social diminuída) são afetados por fatores sociais e culturais (OMS, 1993).

Segundo a CID-10, a síndrome de Asperger difere do autismo infantil primariamente por não apresentar nenhum atraso ou retardo global do desenvolvimento cognitivo ou de linguagem. Seu diagnóstico é baseado na combinação de uma ausência de atraso global clinicamente significativo no desenvolvimento da linguagem ou cognição e na presença de deficiências qualitativas na interação social recíproca e na capacidade criativa.

Os critérios detalhados de pesquisa da CID-10 foram avaliados nos três grupos diagnósticos.

4.2.2-Childhood Autism Rating Scale (CARS):

A CARS é um instrumento estruturado de avaliação desenvolvido para identificar crianças com autismo infantil, e distinguir crianças com outros quadros deficitários do desenvolvimento sem a síndrome autista (SCHOPLER et al., 1999). A

escala é, especialmente, efetiva em diferenciar crianças autistas e crianças com retardo mental treináveis (MORGAN, 1988).

O instrumento é composto por 15 itens selecionados a partir dos critérios diagnósticos propostos por Kanner, por Creak, pela NASC (National Autism Society Children) e pelo DSM-IV, além de outros instrumentos estruturados de avaliação da criança autista (anexo 6). Os diversos itens da escala são taxados de 1 a 4 pontos que indicam, respectivamente, a normalidade até um comportamento severamente comprometido para a idade. O número total de pontos obtidos na escala indica, além do diagnóstico da síndrome, o grau de severidade da patologia. Veja o quadro abaixo:

Quadro 1-Interpretação dos resultados da CARS

Escore total	Categoria diagnóstica	Gravidade
15-29,5	Não autista	Não autista
30- 36,5	Autista	Leve a moderada
37- 60	Autista	Severa

4.2.3-Escala de Maturidade Social de Vineland-Doll:

A Organização Mundial de Saúde propõe o uso desse instrumento estruturado para a avaliação do nível de competência social e habilidades cognitivas das crianças com retardo mental.

A escala de maturidade social é constituída por 117 itens e é respondida através do relato de pais (DOLL, 1947/ anexo 7). Esse fato faz com que o instrumento sirva como um meio alternativo de avaliação do nível intelectual de crianças autistas, visto que, devido à desatenção, as dificuldades de interação social e linguagem, os instrumentos que utilizam respostas diretas das crianças para a avaliação do seu nível intelectual tendem a ser ineficazes.

A preconização dessa escala para avaliação de nível intelectual é sugerida pela própria Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 1993), no capítulo sobre retardo mental. O instrumento avalia o indivíduo em várias áreas distintas, como: linguagem, atividades de vida diária, psicomotricidade, interação social, aspectos fundamentais na avaliação de nível intelectual.

4.3-CRIANÇAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA:

Foram avaliadas oitenta e duas crianças divididas em três grupos diagnósticos: vinte três crianças com diagnóstico prévio de síndrome de Asperger, vinte sete crianças com diagnóstico prévio de autismo infantil com retardo mental associado e trinta duas crianças com diagnóstico de retardo mental puro, sem autismo infantil.

As crianças e adolescentes com síndrome de Asperger foram avaliados, em sua grande maioria, em consultório particular ou em serviços ambulatoriais universitários. São indivíduos que têm como características principais: um nível intelectual limítrofe ou normal, boa capacidade de comunicação verbal e muito apoio de suas famílias. Suas dificuldades sociais são evidentes, apesar de menos graves que as dificuldades sociais dos autistas.

As crianças e adolescentes autistas avaliadas são alunos da Associação para o Desenvolvimento dos Autistas de Campinas. Têm como características principais: ausência total de fala ou capacidade verbal bastante diminuída, nível intelectual muito baixo, contato social muito pobre. Frequentam escola especializada, diariamente, quando recebem apoio pedagógico (três alunos por sala), terapia fonoaudiológica, terapia ocupacional e atividades físicas. As famílias participam de grupos de orientação na escola.

As crianças e adolescentes com retardo mental puro são alunos da APAE – Campinas. São crianças com retardo mental leve e moderado, frequentadores de salas de aulas com oito alunos, em média. Não apresentam dificuldades maiores no aspecto social e, em sua grande maioria, tem boa capacidade de comunicação.

Todas as crianças foram avaliadas pelo autor que, após observação da criança e adolescente, definiu o diagnóstico, segundo a CID-10 e pontuou a CARS.

Todas as outras escalas foram respondidas individualmente por um dos pais ou responsável pela criança e adolescente. Durante o preenchimento dos instrumentos, os pais estiveram sempre acompanhados de um aluno de graduação em medicina, treinado para esclarecer as dúvidas sobre os itens dos instrumentos.

4.3.1-Crianças com diagnóstico prévio de autismo infantil com retardo mental associado (Grupo A – autistas com retardo mental associado):

Critérios de inclusão:

Preencher os critérios diagnósticos para autismo infantil, segundo a CID-10

Indivíduos com pontuação acima de 30 pontos na *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*

Indivíduos com quociente social menor que setenta (QS <70), segundo a Escala de Maturidade Social de Vineland

Critério de Exclusão:

Pacientes com diagnóstico de síndromes genéticas conhecidas

Pacientes com dificuldades motoras e sensoriais graves

Indivíduos sem família

4.3.2-Crianças com diagnóstico prévio de síndrome de Asperger (Grupo B – síndrome de Asperger):

Critérios de inclusão:

Preencher os critérios diagnósticos para síndrome de Asperger, segundo a CID-10

Indivíduos com pontuação acima de 30 pontos na *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*

Indivíduos com quociente social maior ou igual a setenta (QS \geq 70), segundo a Escala de Maturidade Social de Vineland

Critério de Exclusão:

Indivíduos com dificuldades motoras e sensoriais graves

Indivíduos sem família

4.3.3-Crianças com diagnóstico prévio de retardo mental (Grupo C - retardo mental puro):

Critérios de Inclusão:

Pacientes com pontuação inferior a 30 pontos na CARS

Indivíduos com quociente social menor que 70 (QS < 70), segundo a Escala de Maturidade Social de Vineland

Critérios de Exclusão:

Preencher os critérios diagnósticos para autismo infantil, segundo a CID-10

Indivíduos com dificuldades motoras e sensoriais graves

Pacientes sem família

4.4-AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS REPETITIVOS E INTERESSES RESTRITOS:

A inexistência de instrumentos estruturados de avaliação, específicos para a verificação de padrões repetitivos de comportamentos, atividades e interesses em crianças e adolescentes autistas, é um fator determinante na escassez de trabalhos científicos na área.

Algumas considerações a esse respeito devem ser realizadas:

Primeira, apesar das divergências em se usar o termo obsessão e compulsão como sinônimos de pensamentos e comportamentos repetitivos (pelo menos do ponto de vista descritivo e não de compreensão psicopatológica), instrumentos estruturados para avaliação do transtorno obsessivo compulsivo têm sido utilizados como recurso técnico no detalhamento e na quantificação desse padrão comportamental e de pensamento.

Segunda, da mesma forma que itens individuais de testes padrões já existentes têm sido utilizados na tentativa de estabelecer o nível de funcionamento cognitivo em crianças autistas, é possível a adaptação de instrumentos estruturados com itens

selecionados para se melhorar a avaliação dos comportamentos repetitivos em crianças autistas.

Terceira, a combinação de diferentes instrumentos estruturados de avaliação favorece uma melhor compreensão do comportamento estudado.

Quarta, os sintomas do autismo infantil, como desatenção, alterações de linguagem, interação social deficitária, baixo nível intelectual, dificultam a aplicação do instrumento diretamente com as crianças autistas. Um recurso é o uso de instrumentos estruturados que possam ser aplicados através da entrevista com pais e profissionais que acompanham a criança no tratamento.

Seguindo esses princípios, foram selecionados os instrumentos abaixo como recurso para o estudo dos comportamentos propostos como alvo da pesquisa.

4.4.1-Lista de sintomas da escala de obsessões e compulsões de Yale-Brown:

A escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões para crianças foi desenvolvida por GOODMAN et. al. (1986, 1989a, 1989b) a partir de modificações da mesma Yale-Brown para adultos. A escala é constituída de duas partes: uma lista de 74 sintomas comportamentais de compulsões e obsessões (anexo 8) e um questionário com 17 perguntas mais específicas a respeito desses comportamentos. A versão para o idioma português foi feita por ASBAHR et al. (1992).

Os termos “obsessão” e “compulsão”, foram utilizados na pesquisa e conceituados para os pais como pensamentos e comportamentos que se repetem freqüentemente, não importando a presença ou a ausência de sintomas de ansiedade frente ao sintoma. Portanto, com esse instrumento, buscou-se apenas verificar a presença ou não de pensamentos e comportamentos repetitivos, não importando o caráter egodistônico, ou não, do fenômeno.

A pesquisa dos itens do instrumento refere-se a comportamentos apresentados pelos indivíduos no período dos últimos seis meses.

Deve-se determinar a existência (1 ponto) ou não do item pesquisado (0 ponto), através da entrevista com os responsáveis e checagem dos itens da lista.

4.4.2-Questionário de Obsessões da Universidade de Cambridge

Esse questionário é formado por vinte itens que se referem a uma série de comportamentos e interesses obsessivos ou restritos (anexo 9). Esses itens já foram utilizados para se avaliar se há um padrão de interesses diferentes entre crianças com síndrome de Asperger, autismo infantil e síndrome de Tourette (BARON-COHEN & WHEELWRIGHT, 1999). Apesar do questionário, originalmente, ter sido construído para se avaliar pensamentos obsessivos, ele avalia, descritivamente, áreas de interesses restritos. O questionário tem duas opções de resposta (sim/1 ponto e não/0 ponto) e, caso a resposta seja afirmativa, existe a possibilidade do tipo de interesse ser mais especificada.

O questionário versa sobre alguns tipos de interesses restritos, tais como: forte ligação a determinados objetos, experiências sensoriais estranhas, alimentar-se apenas de determinados alimentos, colecionar coisas.

O questionário é interessante para esse tipo de pesquisa, pois pode, originalmente, ser respondida pelos pais. Além de ser ampla em seu conteúdo de interesses, oferece exemplos e permite a especificação para cada item pesquisado.

Apesar de não ter sido validada para uso no Brasil, foi possível utilizá-la na pesquisa, visto que não foi utilizada não como instrumento diagnóstico, e sim, para comparar sintomas entre os grupos.

4.4.3-Questionário de Avaliação do Comportamento Autista (CACS-27): subescala “Comportamentos estereotipados e repetitivos”:

O CAC-27 é um questionário de avaliação de comportamentos autistas desenvolvido, originalmente, na Universidade Estadual de Campinas (MORAES, 1999). Ele é composto de 4 subescalas de acordo com o grupo de sintomas essenciais para o diagnóstico da síndrome: escala de interação social, linguagem e comunicação, comportamentos estereotipados e repetitivos e comportamentos inespecíficos (anexo 10).

A subescala de comportamentos estereotipados e repetitivos é constituída de cinco questões que versam sobre os seguintes assuntos: movimentos estereotipados, interesses sensoriais desvinculados do contexto, “preocupações”, apego idiossincrático a objetos e rituais. Há 3 opções de resposta: sempre (2 pontos), às vezes (1 ponto) e nunca (0 ponto).

Retirada de sua versão ampliada, a questão que se refere à manutenção de rotinas foi utilizada durante a coleta de dados, pois esse importante aspecto dos quadros de autismo não é contemplado em nenhum dos instrumentos selecionados para o estudo (anexo 11: questões utilizadas na pesquisa).

O instrumento enquadra-se nos limites da classificação diagnóstica, demonstrando um pareamento das questões do instrumento com os critérios diagnósticos específicos da CID –10. Além de uma ótima consistência interna dos itens, o instrumento possui média a alta taxa de concordância entre os avaliadores.

As questões foram respondidas pelos pais ou responsáveis pela pesquisa.

4.5-MÉTODOS ESTATÍSTICOS:

O teste de qui-quadrado foi indicado para verificar diferenças na distribuição de uma característica categorizada (2 ou mais categorias) em função de outra também categorizada, medindo o grau de relacionamento entre as duas características, em amostras independentes. Em alguns casos o teste de qui-quadrado não pôde ser aplicado em função da baixa frequência observada em algumas classificações.

Esse teste foi utilizado para avaliar item a item, quando possível, os resultados do Questionário de Avaliação do Comportamento Autista, a Escala de Obsessões e Compulsões de Yale-Brown e o Questionário de Obsessões da Universidade de Cambridge, com nível de significância de 5%.

Condições de aplicação do teste Qui-quadrado:

O teste de Qui-quadrado foi utilizado quando o número de células (cruzamentos) com frequência inferior a 5 não excedeu a 20% do total de células.

No caso específico de tabelas 2 x 2, foi considerado o seguinte:

Quando o total de casos foi maior que 40, utilizou-se o teste qui-quadrado com correção de continuidade de Yates.

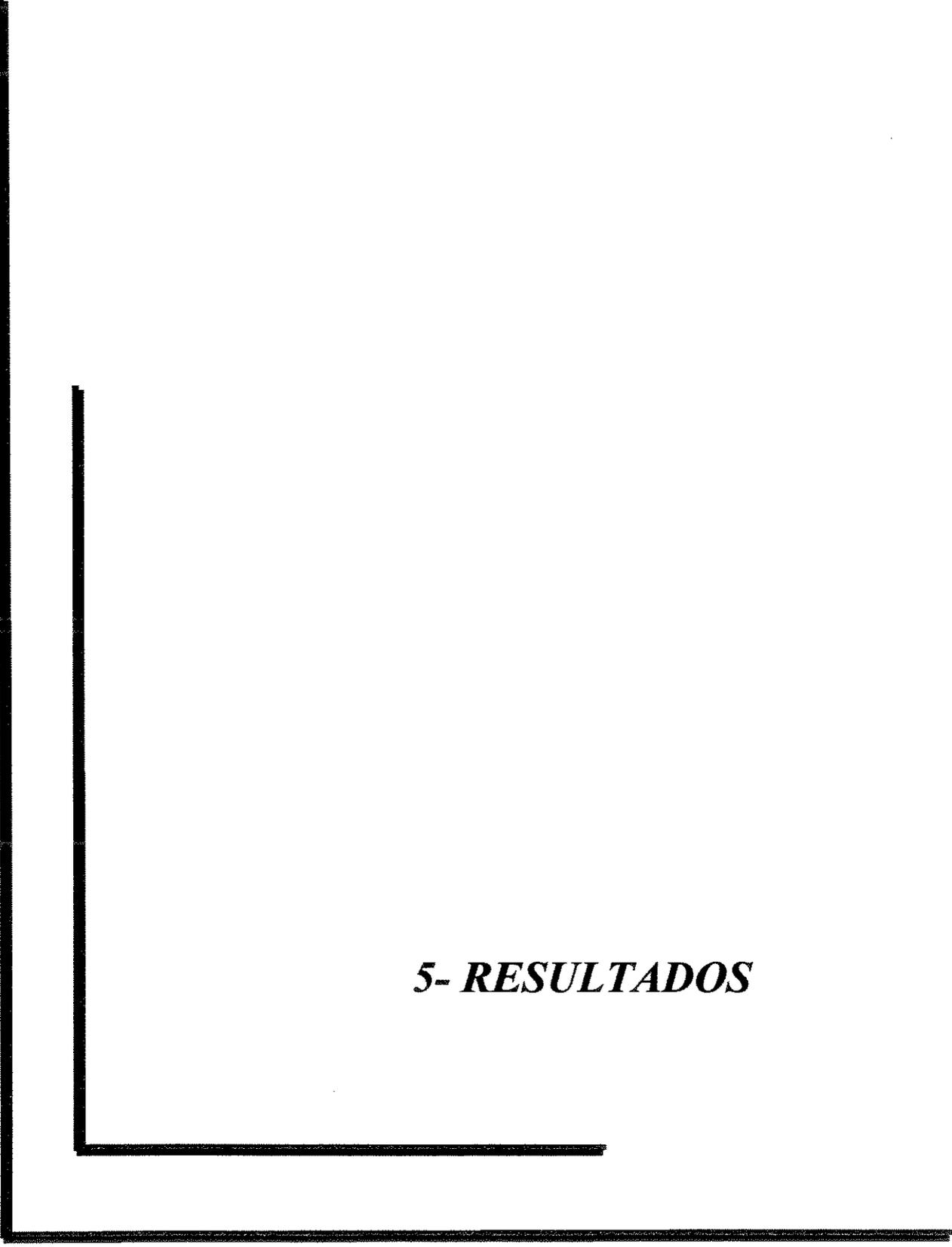
Quando o número de casos foi entre 20 e 40 e nenhuma das frequências esperadas for menor que 5, utilizou-se o teste de qui-quadrado com correção de Yates. Se a menor frequência esperada foi menor que 5, utilizou-se o teste de Fisher.

Quando o número de casos foi menor que 20, então, utilizou-se o teste de Fisher.

O teste de ANOVA (Análise de Variância) foi indicado quando se quis comparar 3 ou mais grupos de informações com nível de mensuração numérica, as amostras foram independentes e/ou repetidas e desejou-se saber se em médias os grupos foram diferentes. Pôde-se testar mais de 1 efeito com um único modelo. O nível de significância de cada teste foi de 5%. Esse teste foi utilizado para verificar se há diferença significativa entre os grupos quanto à idade, quanto à pontuação total obtida na CARS e quanto ao Quociente Social.

O teste t-independente é indicado quando se deseja comparar dois grupos de informações com nível de mensuração numérica, as amostras são independentes e deseja-se saber se em médias os dois grupos são diferentes. Ele foi utilizado para fazer análise comparativa entre sexo e idade dos diferentes grupos, considerando os resultados dos grupos de itens para a avaliação da Lista de sintomas da Escala de Obsessões e Compulsões de Yale-Brown e o total do Questionário de Obsessões de Cambridge, com nível de significância de 5%.

Os resultados obtidos através dos itens da CACS 27 e das escalas de Yale-Brown e Cambridge (quando vistos item a item), não puderam ser avaliados por sexo e por faixa etária devido a pequeno número de casos.



5- RESULTADOS

5.1-RESULTADOS CADASTRAIS DA IDADE, DA CARS E DO QS.

5.1.1-Idade (anos)

Para verificar se houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à idade, aplicou-se o teste de Análise de Variância (ANOVA), com nível de significância de 5%.

Tabela 1-Média de idade nos diferentes grupos diagnósticos

	Retardo Mental	Autismo Infantil	Síndrome de Asperger	ANOVA (p)
Média	10,97	12,37	11,22	
Desvio-padrão	2,91	4,33	6,08	0,457
Tamanho	32	27	23	

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à idade.

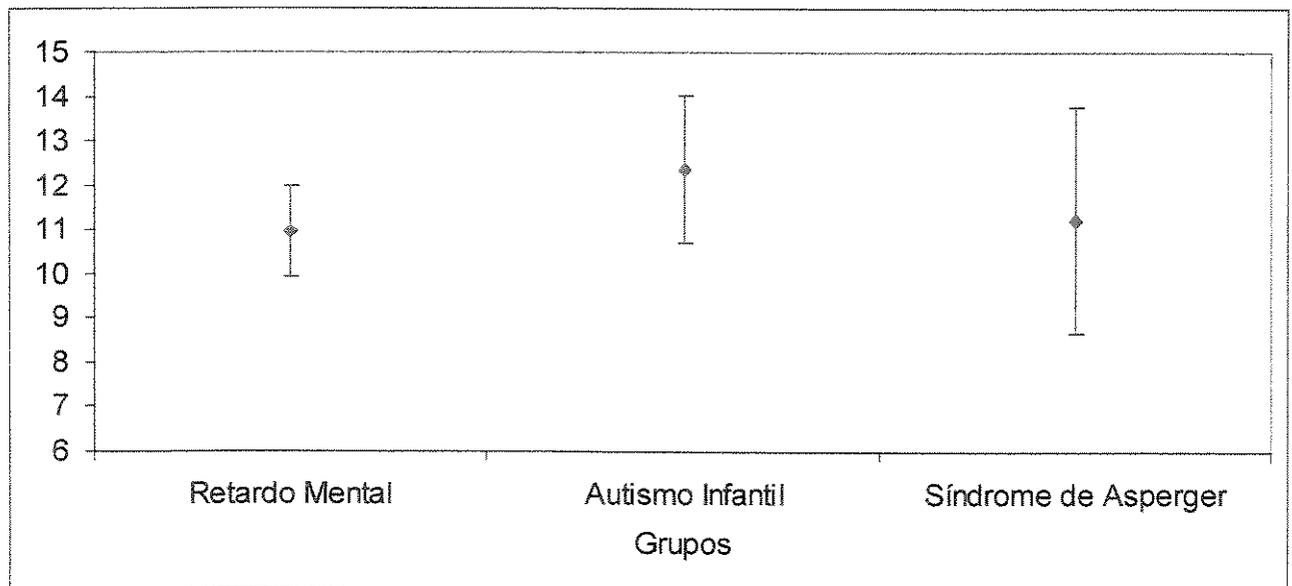


Figura 1-Média de idade nos diferentes grupos diagnósticos

5.1.2-Pontuação total obtida na CARS

Para verificar se houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto a CARS, aplicou-se o teste de Análise de Variância (ANOVA), com nível de significância de 5%.

Tabela 2-Média de pontuação na CARS

	Retardo Mental	Autismo Infantil	Síndrome de Asperger	ANOVA (p)
Média	19,91	40,44	33,39	
Desvio-padrão	3,73	4,10	3,77	<0,001 *
Tamanho	32	27	23	

Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à escala CARS, estabelecendo a seguinte hierarquia: retardo mental < síndrome de Asperger < autismo infantil.

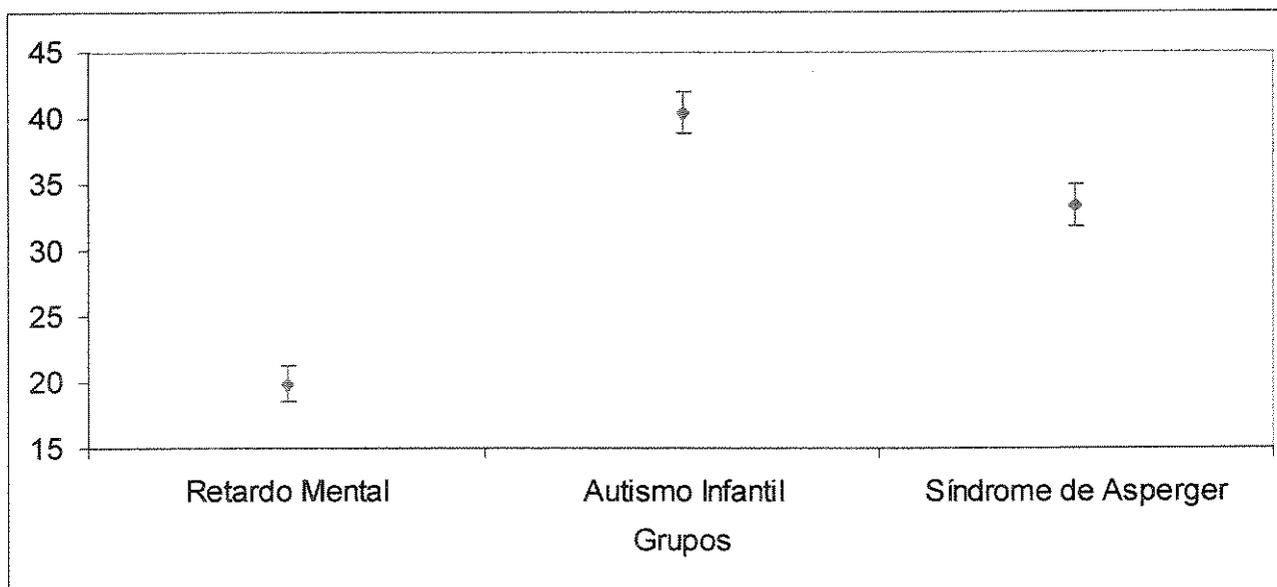


Figura 2-Média de pontuação na CARS

5.1.3-Quociente Social

Para verificar se houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto a QS, aplicou-se teste de Análise de Variância (ANOVA), com nível de significância de 5%.

Tabela 3-Média do quociente social nos diferentes grupos estudados

	Retardo Mental	Autismo Infantil	Síndrome de Asperger	ANOVA (p)
Média	54,81	30,22	85,26	
Desvio-padrão	14,12	17,73	14,14	<0,001 *
Tamanho	32	27	23	

Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à escala CARS, estabelecendo a seguinte hierarquia: autismo infantil < retardo mental < síndrome de Asperger.

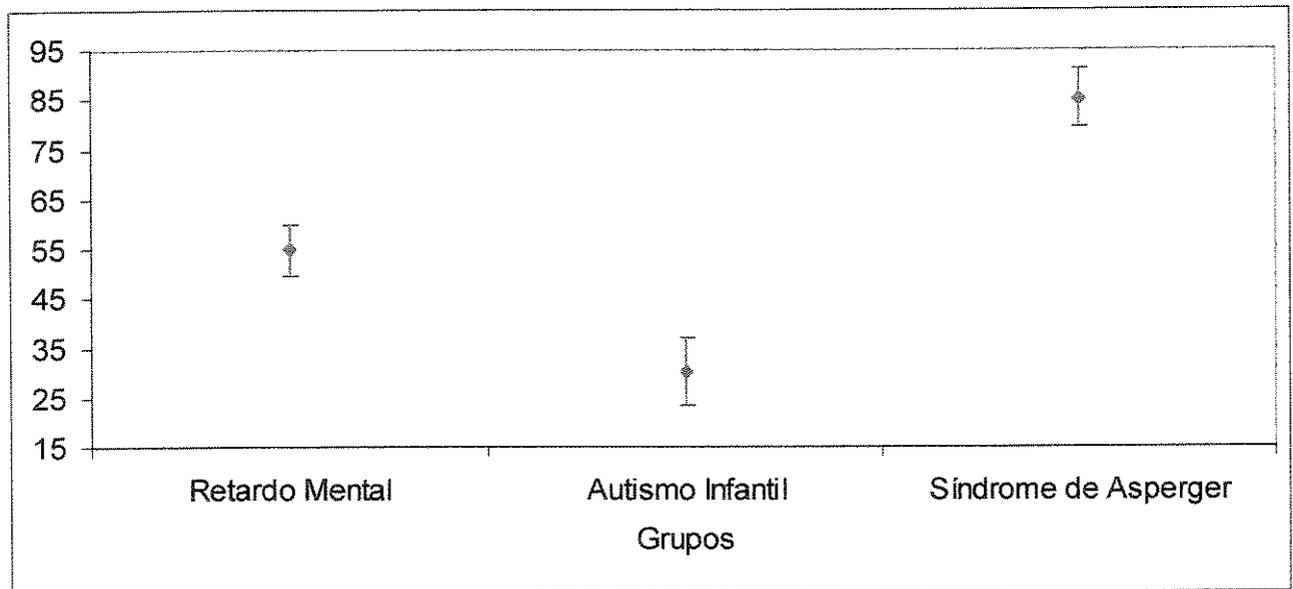


Figura 3-Média do quociente social nos diferentes grupos estudados

5.2-RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO AUTISTA (CACS 27).

Foi aplicado o teste de qui-quadrado quando foi possível, com nível de significância de 5%.

Tabela 4-Movimentos repetitivos, rítmicos e sem objetivo específico

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sempre	18	56,3	5	18,5	11	47,8	34	41,5
Às vezes	11	34,4	7	25,9	8	34,8	26	31,7
Nunca	3	9,4	15	55,6	4	17,4	22	26,8
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,001$ *. Significativo.

Neste item os grupos retardo mental e síndrome de Asperger tiveram perfil de resposta semelhante, e o grupo de autismo infantil difere apresentando maior incidência de resposta “nunca”.

Tabela 5-Interesses sensoriais estranhos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sempre	27	84,4	9	33,3	13	56,5	49	59,8
Às vezes	2	6,3	6	22,2	6	26,1	14	17,1
Nunca	3	9,4	12	44,4	4	17,4	19	23,2
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Descritivamente observamos que o grupo de retardo mental apresentou alto percentual de resposta “sempre” (84,4%), seguido do grupo de síndrome de Asperger (56,5%) e o grupo de autismo infantil tem maior percentual em “nunca” (44,4%).

Tabela 6-Preocupações estranhas, sem necessidade e comumente desvinculadas do contexto

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sempre	25	78,1	19	70,4	12	52,2	56	68,3
Às vezes	5	15,6	6	22,2	8	34,8	19	23,2
Nunca	2	6,3	2	7,4	3	13,0	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Descritivamente observamos que não há diferenças acentuadas entre os grupos quanto à distribuição das respostas.

Tabela 7-Apego a objetos, manipulando-os sem nenhuma atividade criativa.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sempre	23	71,9	8	29,6	8	34,8	39	47,6
Às vezes	5	15,6	8	29,6	12	52,2	25	30,5
Nunca	4	12,5	11	40,7	3	13,0	18	22,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,001$ *. Significativo.

Neste item os grupos apresentaram diferenças entre si, com o grupo de retardo mental com maioria de resposta em “sempre” e o grupo de síndrome de Asperger em “às vezes”. O grupo de autismo infantil apresentou maior percentual em “nunca”.

Tabela 8-“Manias” ou rituais

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sempre	23	71,9	4	14,8	6	26,1	33	40,2
Às vezes	4	12,5	8	29,6	9	39,1	21	25,6
Nunca	5	15,6	15	55,6	8	34,8	28	34,1
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p< 0,001$ *. Significativo.

Neste item os grupos autismo infantil e síndrome de Asperger tiveram perfil de resposta semelhante, e o grupo de retardo mental difere apresentando maior incidência de resposta “sempre”.

Tabela 9-Ausência de criatividade em suas atividades

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sempre	20	62,5	7	25,9	4	17,4	31	37,8
Às vezes	4	12,5	5	18,5	9	39,1	18	22,0
Nunca	8	25,0	15	55,6	10	43,5	33	40,2
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,002$ *. Significativo.

Neste item os grupos autismo infantil e síndrome de Asperger tiveram perfil de resposta semelhante, e o grupo de retardo mental difere apresentando maior incidência de resposta “sempre”.

5.3-RESULTADOS DA ESCALA DE OBSESSÕES E COMPULSÕES DE YALE-BROWN ITEM A ITEM.

Para tanto, aplicou-se o teste de qui-quadrado, quando foi possível, com nível de significância de 5%.

5.3.1-Obsessões

5.3.1.1-OBSESSÕES DE AGRESSÃO

Tabela 10-Medo de se ferir

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	16	50,0	20	74,1	14	60,9	50	61,0
Sim	16	50,0	7	25,9	9	39,1	32	39,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,168$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 11-Medo de ferir os outros

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	23	71,9	24	88,9	18	78,3	65	79,3
Sim	9	28,1	3	11,1	5	21,7	17	20,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,273$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 12-Imaginar cenas violentas ou horrendas

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	21	65,6	26	96,3	18	78,3	65	79,3
Sim	11	34,4	1	3,7	5	21,7	17	20,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,015$ *. Significativo.

Neste item os grupos retardo mental e síndrome de Asperger não diferem significativamente, mas o grupo de autismo infantil apresenta mais respostas “não”.

Tabela 13-Medo de dizer involuntariamente obscenidades ou insultos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	21	65,6	26	96,3	23	100,0	70	85,4
Sim	11	34,4	1	3,7	0	0,0	12	14,6
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p < 0,001$ *. Significativo.

Neste item os grupos autismo infantil e síndrome de Asperger não diferem significativamente, mas o grupo de retardo mental apresenta mais respostas “sim”.

Tabela 14- Medo de fazer algo que cause embaraço

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	23	71,9	24	88,9	19	82,6	66	80,5
Sim	9	28,1	3	11,1	4	17,4	16	19,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p = 0,248$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 15-Medo de executar involuntariamente impulsos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	28	87,5	24	88,9	21	91,3	73	89,0
Sim	4	12,5	3	11,1	2	8,7	9	11,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

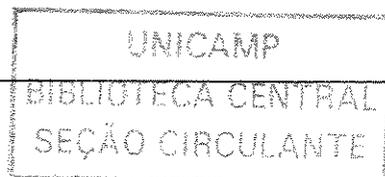


Tabela 16-Medo de roubar ou furtar

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	26	96,3	22	95,7	78	95,1
Sim	2	6,3	1	3,7	1	4,3	4	4,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 17-Medo de ferir outros ou não ter sido suficientemente cuidadoso

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	21	65,6	20	74,1	16	69,6	57	69,5
Sim	11	34,4	7	25,9	7	30,4	25	30,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,781$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 18-Medo de ser responsável por algo terrível que aconteça

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	25	92,6	21	91,3	75	91,5
Sim	3	9,4	2	7,4	2	8,7	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.3.1.2-Obsessões de contaminação

Tabela 19-Preocupações ou nojo por excrementos ou secreções do corpo

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	19	59,4	21	77,8	15	65,2	55	67,1
Sim	13	40,6	6	22,2	8	34,8	27	32,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,317$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 20-Preocupação com sujeira ou micróbios

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	19	59,4	22	81,5	16	69,6	57	69,5
Sim	13	40,6	5	18,5	7	30,4	25	30,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,185$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 21-Preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	25	92,6	21	91,3	73	89,0
Sim	5	15,6	2	7,4	2	8,7	9	11,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 22-Preocupação excessiva por artigos domésticos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	25	92,6	23	100,0	75	91,5
Sim	5	15,6	2	7,4	0	0,0	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 23-Preocupação excessiva com animais

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	21	65,6	22	81,5	19	82,6	62	75,6
Sim	11	34,4	5	18,5	4	17,4	20	24,4
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,241$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 24-Incômodo com substâncias viscosas

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	18	56,3	21	77,8	17	73,9	56	68,3
Sim	14	43,8	6	22,2	6	26,1	26	31,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,165$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 25-Preocupação em ficar doente por contaminação

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	25	92,6	20	87,0	75	91,5
Sim	2	6,3	2	7,4	3	13,0	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 26-Preocupação em provocar doenças nos outros e por espalhar substâncias que causem contaminação

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	32	100,0	25	92,6	23	100,0	80	97,6
Sim	0	0,0	2	7,4	0	0,0	2	2,4
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 27-Nenhuma outra preocupação além da sensação de estar contaminado

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	26	96,3	23	100,0	79	96,3
Sim	2	6,3	1	3,7	0	0,0	3	3,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.3.1.3-Obsessões Sexuais

Tabela 28-Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	22	81,5	20	87,0	69	84,1
Sim	5	15,6	5	18,5	3	13,0	13	15,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 29-Conteúdo envolvendo a homossexualidade

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	32	100,0	26	96,3	23	100,0	81	98,8
Sim	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	1,2
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 30-Comportamento sexual em relação aos outros (de forma agressiva)

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	26	96,3	23	100,0	79	96,3
Sim	2	6,3	1	3,7	0	0,0	3	3,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.3.1.4-Colecionismo/Guardar Objetos Inúteis

Tabela 31-Colecionismo

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	28	87,5	18	66,7	18	78,3	64	78,0
Sim	4	12,5	9	33,3	5	21,7	18	22,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,156$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

5.3.1.5-Obsessões Religiosas (Escrupulosidade)

Tabela 32-Preocupação excessiva com sacrilégios e blasfêmias

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	26	96,3	23	100,0	76	92,7
Sim	5	15,6	1	3,7	0	0,0	6	7,3
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 33-Preocupação excessiva com o certo/errado, com a moralidade

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	31	96,9	26	96,3	21	91,3	78	95,1
Sim	1	3,1	1	3,7	2	8,7	4	4,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.3.1.6-Obsessões com necessidade de Simetria ou de exatidão

Tabela 34-Obsessão com necessidade de simetria ou exatidão, acompanhadas de pensamento mágico

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	24	88,9	17	73,9	71	86,6
Sim	2	6,3	3	11,1	6	26,1	11	13,4
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Há indícios de que a síndrome de Asperger tenha mais respostas positivas.

Tabela 35-Obsessões com necessidade de simetria ou exatidão, não acompanhadas de pensamento mágico

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	28	87,5	20	74,1	18	78,3	66	80,5
Sim	4	12,5	7	25,9	5	21,7	16	19,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,410$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

5.3.1.7-Obsessões diversas

Tabela 36-Necessidade de saber ou recordar

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	26	96,3	15	65,2	68	82,9
Sim	5	15,6	1	3,7	8	34,8	14	17,1
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Há indícios de que o autismo infantil tenha menos respostas positivas.

Tabela 37-Medo de dizer determinadas coisas

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	25	92,6	18	78,3	73	89,0
Sim	2	6,3	2	7,4	5	21,7	9	11,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 38-Medo de não dizer exatamente a coisa certa

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	28	87,5	26	96,3	23	100,0	77	93,9
Sim	4	12,5	1	3,7	0	0,0	5	6,1
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 39-Medo de perder coisas

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	24	75,0	19	70,4	18	78,3	61	74,4
Sim	8	25,0	8	29,6	5	21,7	21	25,6
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,812$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 40-Imagens intrusivas (não violentas)

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	22	68,8	22	81,5	22	95,7	66	80,5
Sim	10	31,3	5	18,5	1	4,3	16	19,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,045$ *. Significativo.

O grupo de retardo mental tem mais respostas positivas.

Tabela 41-Sons, palavras, músicas ou números intrusivos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	21	65,6	18	66,7	16	69,6	55	67,1
Sim	11	34,4	9	33,3	7	30,4	27	32,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,953$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 42-Incômodo com certos ruídos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	20	62,5	11	40,7	13	56,5	44	53,7
Sim	12	37,5	16	59,3	10	43,5	38	46,3
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,235$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 43-Números, cores, palavras de sorte/ azar

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	23	85,2	22	95,7	75	91,5
Sim	2	6,3	4	14,8	1	4,3	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 44-Cores com significado especial

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	31	96,9	25	92,6	20	87,0	76	92,7
Sim	1	3,1	2	7,4	3	13,0	6	7,3
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 45-Medos supersticiosos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	25	92,6	21	91,3	76	92,7
Sim	2	6,3	2	7,4	2	8,7	6	7,3
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.3.1.8-Obsessões Somáticas

Tabela 46-Preocupação com doença ou enfermidade

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	26	81,3	25	92,6	21	91,3	72	87,8
Sim	6	18,8	2	7,4	2	8,7	10	12,2
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 47-Preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	24	88,9	22	95,7	75	91,5
Sim	3	9,4	3	11,1	1	4,3	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.3.2-Compulsões

5.3.2.1-COMPULSÕES POR LIMPEZA/LAVAGEM

Tabela 48-Lavagem excessiva ou ritualizada da mão

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	22	81,5	16	69,6	65	79,3
Sim	5	15,6	5	18,5	7	30,4	17	20,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,386$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 49-Ducha, banho, escovação de dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal ritualizadas ou excessivas

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	25	78,1	23	85,2	19	82,6	67	81,7
Sim	7	21,9	4	14,8	4	17,4	15	18,3
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 50-Limpeza excessiva de móveis da casa e objetos inanimados

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	26	96,3	23	100,0	79	96,3
Sim	2	6,3	1	3,7	0	0,0	3	3,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 51-Outras medidas para prevenir ou remover o contato com substâncias que podem causar contaminação

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	31	96,9	26	96,3	23	100,0	80	97,6
Sim	1	3,1	1	3,7	0	0,0	2	2,4
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.3.2.2-Compulsões de Verificação

Tabela 52-Verificação de fechaduras, fogão, utensílios domésticos, brinquedos, livros/itens escolares

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	18	66,7	17	73,9	64	78,0
Sim	3	9,4	9	33,3	6	26,1	18	22,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,073$. Não significativo.

Há indícios de que o retardo mental tenha menos respostas positivas.

Tabela 53-Verificar se feriu ou se não vai ferir alguém

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	28	87,5	24	88,9	21	91,3	73	89,0
Sim	4	12,5	3	11,1	2	8,7	9	11,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 54-Verificar se não se feriu ou se não vai ferir a si próprio

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	23	85,2	22	95,7	75	91,5
Sim	2	6,3	4	14,8	1	4,3	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 55-Verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	25	92,6	21	91,3	75	91,5
Sim	3	9,4	2	7,4	2	8,7	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 56-Verificar se não cometeu erros

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	26	96,3	22	95,7	78	95,1
Sim	2	6,3	1	3,7	1	4,3	4	4,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 57-Verificações associadas a obsessões somáticas

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	26	96,3	22	95,7	77	93,9
Sim	3	9,4	1	3,7	1	4,3	5	6,1
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.3.2.3-Rituais de Repetição

Tabela 58-Reler, apagar, reescrever

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	24	88,9	18	78,3	71	86,6
Sim	3	9,4	3	11,1	5	21,7	11	13,4
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 59-Necessidade de repetir atividades rotineiras

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	15	55,6	15	65,2	59	72,0
Sim	3	9,4	12	44,4	8	34,8	23	28,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,008$ *. Significativo.

O grupo de retardo mental tem menos respostas positivas.

5.3.2.4-Compulsões de Contagem

Tabela 60-Objetos, certos números, palavras,etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	21	77,8	16	69,6	66	80,5
Sim	3	9,4	6	22,2	7	30,4	16	19,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,138$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

5.3.2.5-Necessidade de Simetria

Tabela 61-Necessidade de simetria (alinhar itens de uma determinada forma ou organizar itens pessoais de uma maneira específica)

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	18	66,7	11	47,8	56	68,3
Sim	5	15,6	9	33,3	12	52,2	26	31,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,016$ *. Significativo.

O grupo de retardo mental tem menos respostas positivas.

5.3.2.6-Compulsões de Colecionismo/Acúmulo de Objetos

Tabela 62-Compulsões de colecionismo/acúmulo de objetos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	28	87,5	19	70,4	14	60,9	61	74,4
Sim	4	12,5	8	29,6	9	39,1	21	25,6
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,070$. Não significativo.

Há indícios de que o retardo mental tenha menos respostas positivas.

5.3.2.7-Compulsões Diversas

Tabela 63-Rituais mentais (efetuar verificação e contagem)

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	21	77,8	17	73,9	68	82,9
Sim	2	6,3	6	22,2	6	26,1	14	17,1
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 64-Efetuar listas excessivas

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	32	100,0	26	96,3	20	87,0	78	95,1
Sim	0	0,0	1	3,7	3	13,0	4	4,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 65-Necessidade de falar, perguntar ou confessar

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	24	75,0	24	88,9	16	69,6	64	78,0
Sim	8	25,0	3	11,1	7	30,4	18	22,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,224$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 66-Necessidade de tocar, esfregar, ou bater de leve nos objetos

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	21	65,6	17	63,0	14	60,9	52	63,4
Sim	11	34,4	10	37,0	9	39,1	30	36,6
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste Qui-quadrado: $p=0,935$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 67-Rituais envolvendo piscar de olhos ou olhar fixamente

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	16	59,3	23	100,0	68	82,9
Sim	3	9,4	11	40,7	0	0,0	14	17,1
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Há indícios de que o autismo infantil tenha mais respostas positivas.

Tabela 68-Medidas que visam prevenir (não são verificações): ferimentos a si próprios, a outros, conseqüências terríveis

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	31	96,9	26	96,3	21	91,3	78	95,1
Sim	1	3,1	1	3,7	2	8,7	4	4,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 69-Comportamento ritualizado ao comer

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	21	77,8	15	65,2	65	79,3
Sim	3	9,4	6	22,2	8	34,8	17	20,7
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,070$. Não significativo.

Há indícios de que o retardo mental tenha menos respostas positivas.

Tabela 70-Comportamentos supersticiosos (distinguir de jogos mágicos próprios da idade)

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	32	100,0	26	96,3	23	100,0	81	98,8
Sim	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	1,2
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 71-Tricotilomania

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	28	87,5	24	88,9	21	91,3	73	89,0
Sim	4	12,5	3	11,1	2	8,7	9	11,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 72-Outros comportamentos de auto-mutilação e auto-agressão

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	18	66,7	22	95,7	69	84,1
Sim	3	9,4	9	33,3	1	4,3	13	15,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Há indícios de que o autismo infantil tenha mais respostas positivas.

5.4-RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE OBSESSÕES DA UNIVERSIDADE DE CAMBRIDGE ITEM A ITEM.

Aplicou-se o teste de qui-quadrado, quando foi possível, com nível de significância de 5%.

Tabela 73-Máquinas (como as coisas funcionam). Ex.: computadores, rádios, TVs, máquinas de lavar, relógios, alarmes, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	23	71,9	17	63,0	10	43,5	50	61,0
Sim	9	28,1	10	37,0	13	56,5	32	39,0
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,100$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas. Há indícios de que o grupo de síndrome de Asperger apresente mais respostas “sim”.

Tabela 74-Sistemas. Ex.: raios, interruptores de luz, torneiras, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	23	85,2	16	69,6	66	80,5
Sim	5	15,6	4	14,8	7	30,4	16	19,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,296$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 75-Classificação e categorização. Ex.: alinhar objetos, arranjar objetos em ordem alfabética, pelo tamanho, cor ou forma.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	22	81,5	11	47,8	63	76,8
Sim	2	6,3	5	18,5	12	52,2	19	23,2
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p < 0,001$ *. Significativo.

Neste item os grupos retardo mental e autismo infantil não diferem significativamente, mas o grupo de síndrome de Asperger apresenta mais respostas “sim”.

Tabela 76-Crenças. Ex.: religião, política, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	31	93,9	27	100,0	19	82,6	77	92,8
Sim	2	6,1	0	0,0	4	17,4	6	7,2
Total	33	100,0	27	100,0	23	100,0	83	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 77-Informações numéricas. Ex.: horário, tabuada, cálculos, calendários, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	25	92,6	17	73,9	71	86,6
Sim	3	9,4	2	7,4	6	26,1	11	13,4
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 78-Esportes e jogos. Ex.: futebol, tênis, natação, jogo de cartas, jogos de tabuleiro,etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	28	87,5	24	88,9	15	65,2	67	81,7
Sim	4	12,5	3	11,1	8	34,8	15	18,3
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Há indícios de que o grupo de síndrome de Asperger apresente mais respostas “sim”.

Tabela 79-Forte ligação com um objeto específico. Ex.: uma roupa, um “paninho”, tampas de garrafas, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	27	84,4	15	55,6	10	43,5	52	63,4
Sim	5	15,6	12	44,4	13	56,5	30	36,6
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,005$ *. Significativo.

Neste item os grupos de autismo infantil e síndrome de Asperger não diferem significativamente, mas o grupo de retardo mental apresenta mais respostas “não”.

Tabela 80-Experiências sensoriais. Ex.: tocar em coisas específicas, ouvir certos sons, cheirar objetos, ficar olhando para a luz, rasgar papel, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	24	75,0	14	51,9	13	56,5	51	62,2
Sim	8	25,0	13	48,1	10	43,5	31	37,8
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,151$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 81-Ofícios. Ex.: costurar, cozinhar, trabalhar com carpintaria,etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	26	96,3	21	91,3	76	92,7
Sim	3	9,4	1	3,7	2	8,7	6	7,3
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 82-Informações. Ex.: ler ou memorizar uma lista de coisas, escrever cartas, ler enciclopédias, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	25	92,6	12	52,2	66	80,5
Sim	3	9,4	2	7,4	11	47,8	16	19,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p < 0,001$ *. Significativo.

Neste item os grupos de retardo mental e autismo infantil não diferem significativamente, mas o grupo de síndrome de Asperger apresenta mais respostas “sim”.

Tabela 83-Artes. Ex.: teatro, cinema, assistir Tv e vídeo, tocar um instrumento, ouvir música, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	22	68,8	19	70,4	12	52,2	53	64,6
Sim	10	31,3	8	29,6	11	47,8	29	35,4
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p = 0,335$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 84-Ciências. Ex.: astronomia, química, física, engenharia, biologia, geologia, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	31	96,9	27	100,0	17	73,9	75	91,5
Sim	1	3,1	0	0,0	6	26,1	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido a baixa incidência.

Há indícios de que o grupo de síndrome de Asperger apresente mais respostas “sim”.

Tabela 85-Animais. Ex.: cachorros, animais de fazenda ou selvagens, dinossauros, insetos, peixes, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	22	68,8	22	81,5	13	56,5	57	69,5
Sim	10	31,3	5	18,5	10	43,5	25	30,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p=0,160$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 86-Colecionar objetos. Ex.: botões, caixas, catálogos, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	23	85,2	14	60,9	66	80,5
Sim	3	9,4	4	14,8	9	39,1	16	19,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p<0,017$ *. Significativo.

Neste item os grupos de retardo mental e autismo infantil não diferem significativamente, mas o grupo de síndrome de Asperger apresenta mais respostas “sim”.

Tabela 87-Pessoas. Ex.: falar apenas de uma pessoa específica, se apegar a pessoas específicas, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	22	68,8	18	66,7	14	60,9	54	65,9
Sim	10	31,3	9	33,3	9	39,1	28	34,1
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,826$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 88-Veículos. Ex.: trens, ônibus, aviões, barcos, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	22	68,8	17	63,0	13	56,5	52	63,4
Sim	10	31,3	10	37,0	10	43,5	30	36,6
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,649$. Não significativo.

Neste item os grupos não diferem significativamente na distribuição das respostas.

Tabela 89-Objetos que giram. Ex.: tampas, moedas, pratos, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	30	93,8	20	74,1	18	78,3	68	82,9
Sim	2	6,3	7	25,9	5	21,7	14	17,1
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

Tabela 90-Alimentos e bebidas. Ex.: consumir apenas um determinado tipo de comida ou bebida, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	23	71,9	21	77,8	11	47,8	55	67,1
Sim	9	28,1	6	22,2	12	52,2	27	32,9
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: $p= 0,061$. Não significativo.

Há indícios de que o grupo de síndrome de Asperger apresente mais respostas “sim”.

Tabela 91-Plantas. Ex.: plantas florestais, ornamentais, etc.

	Retardo Mental		Autismo Infantil		Síndrome de Asperger		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	90,6	26	96,3	20	87,0	75	91,5
Sim	3	9,4	1	3,7	3	13,0	7	8,5
Total	32	100,0	27	100,0	23	100,0	82	100,0

Teste qui-quadrado: Não aplicável devido à baixa incidência.

Não há indícios de diferenças entre os grupos.

5.5-AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA:

Os resultados obtidos através dos itens da CACS 27 e das escalas de Yale-Brown e Cambridge (quando vistos item a item), não puderam ser avaliados por sexo e por faixa etária devido a pequeno número de casos.

Foi realizada uma avaliação comparativa por sexo e faixa etária, considerando os resultados dos principais grupos de itens para a avaliação de Yale-Brown e o total da escala de Cambridge, com nível de significância de 5%.

Tabela 92-Grupo Retardo Mental/ avaliação comparativa por sexo

		SEXO	N	Média	Desvio-padrão	Teste t (p)	Resultado
YALE-BROWN	Obsessões	M	22	2,00	1,54	0,104	Igual
	agressão	F	10	3,20	2,49		
YALE-BROWN	Obsessões	M	22	2,05	2,10	0,952	Igual
	contaminação	F	10	2,00	1,63		
YALE-BROWN	Obsessões	M	22	0,27	0,55	0,365	Igual
	Sexuais	F	10	0,10	0,32		
YALE-BROWN	Obsessões	M	22	1,68	1,49	0,261	Igual
	Diversas	F	10	2,40	1,96		
YALE-BROWN	Obsessões	M	22	0,27	0,46	0,894	Igual
	somáticas	F	10	0,30	0,67		
YALE-BROWN	Compulsões	M	22	0,41	0,80	0,606	Igual
	limpeza/lavagem	F	10	0,60	1,26		
YALE-BROWN	Compulsões	M	22	0,32	0,57	0,127	Igual
	verificação	F	10	1,00	1,25		
YALE-BROWN	Compulsões	M	22	0,27	0,63	0,056	Igual
	repetição	F	10	0,00	0,00		
YALE-BROWN	Compulsões	M	22	0,86	1,28	0,051	Igual
	diversas	F	10	2,00	1,83		
YALE-BROWN	TOTAL	M	22	8,73	5,74	0,083	Igual
		F	10	13,10	7,72		
CAMBRIDGE	TOTAL	M	22	3,68	3,06	0,216	Igual
		F	10	2,30	2,36		

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos para nenhum dos grupos de itens da escala de Yale-Brown e para a escala total de Cambridge no grupo Retardo Mental

Tabela 93-Grupo Autismo Infantil/ avaliação comparativa por sexo

		SEXO	N	Média	Desvio-padrão	Teste t (p)	Resultado
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	1,17	2,38	0,848	Igual
	agressão	F	9	1,00	1,32		
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	1,67	2,89	0,052	Igual
	Contaminação	F	9	0,22	0,44		
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	0,50	1,04	0,455	Igual
	Sexuais	F	9	0,22	0,44		
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	2,22	2,56	0,347	Igual
	Diversas	F	9	1,33	1,50		
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	0,33	0,77	0,083	Igual
	somáticas	F	9	0,00	0,00		
YALE-BROWN	Compulsões	M	18	0,61	1,24	0,251	Igual
	limpeza/lavagem	F	9	0,11	0,33		
YALE-BROWN	Compulsões	M	18	1,22	1,90	0,096	Igual
	verificação	F	9	0,11	0,33		
YALE-BROWN	Compulsões	M	18	0,67	0,84	0,738	Igual
	repetição	F	9	0,56	0,73		
YALE-BROWN	Compulsões	M	18	2,00	2,61	0,907	Igual
	diversas	F	9	1,89	1,45		
YALE-BROWN	TOTAL	M	18	12,56	16,86	0,286	Igual
		F	9	6,33	2,74		
CAMBRIDGE	TOTAL	M	18	4,50	2,64	0,075	Igual
		F	9	2,67	1,87		

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos para nenhum dos grupos de itens da escala de Yale-Brown e para a escala total de Cambridge no grupo Autismo Infantil.

Tabela 94-Grupo Síndrome de Asperger/ avaliação comparativa por sexo

		SEXO	N	Média	Desvio-padrão	Teste t (p)	Resultado
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	2,00	2,03	0,105	Igual
	agressão	F	5	0,40	0,89		
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	1,28	1,49	0,686	Igual
	contaminação	F	5	1,60	1,82		
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	0,22	0,43	0,920	Igual
	Sexuais	F	5	0,20	0,45		
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	1,89	1,53	0,916	Igual
	Diversas	F	5	1,80	2,05		
YALE-BROWN	Obsessões	M	18	0,11	0,32	0,621	Igual
	somáticas	F	5	0,20	0,45		
YALE-BROWN	Compulsões	M	18	0,50	0,71	0,774	Igual
	limpeza/lavagem	F	5	0,40	0,55		
YALE-BROWN	Compulsões	M	18	0,72	0,75	0,157	Igual
	verificação	F	5	0,20	0,45		
YALE-BROWN	Compulsões	M	18	0,78	0,73	0,298	Igual
	repetição	F	5	0,40	0,55		
YALE-BROWN	Compulsões	M	18	1,89	1,68	0,196	Igual
	diversas	F	5	0,80	1,30		
YALE-BROWN	TOTAL	M	18	11,39	7,29	0,400	Igual
		F	5	8,00	9,67		
CAMBRIDGE	TOTAL	M	18	7,72	3,82	0,286	Igual
		F	5	5,20	6,87		

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos para os grupos de itens da escala de Yale-Brown e para a escala total de Cambridge no grupo Síndrome de Asperger.

Utilizou-se o teste t-independente para realizar os comparativos entre faixas etárias, com nível de significância de 5%. Os grupos foram divididos em duas faixas etárias: acima de 12 anos e até 12 anos.

Tabela 95-Grupo Retardo Mental/ avaliação comparativa por faixa etária

		Idade	N	Média	Desvio-padrão	Teste t (p)	Resultado
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	22	2,05	1,91	0,155	Igual
	agressão	>12 anos	10	3,10	1,85		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	22	1,91	1,72	0,606	Igual
	contaminação	>12 anos	10	2,30	2,45		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	22	0,18	0,50	0,537	Igual
	Sexuais	>12 anos	10	0,30	0,48		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	22	2,14	1,64	0,249	Igual
	Diversas	>12 anos	10	1,40	1,65		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	22	0,23	0,53	0,395	Igual
	somáticas	>12 anos	10	0,40	0,52		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	22	0,50	1,06	0,788	Igual
	limpeza/lavagem	>12 anos	10	0,40	0,70		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	22	0,55	0,96	0,895	Igual
	verificação	>12 anos	10	0,50	0,71		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	22	0,23	0,61	0,542	Igual
	repetição	>12 anos	10	0,10	0,32		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	22	1,27	1,70	0,774	Igual
	diversas	>12 anos	10	1,10	1,20		
YALE-BROWN	TOTAL	<=12 anos	22	9,68	6,58	0,610	Igual
		>12 anos	10	11,00	6,99		
CAMBRIDGE	TOTAL	<=12 anos	22	2,73	2,55	0,132	Igual
		>12 anos	10	4,40	3,41		

Não houve diferença estatisticamente significativa entre faixas etárias para nenhum dos grupos de itens da escala de Yale-Brown e para a escala total de Cambridge no grupo Retardo Mental.

Tabela 96-Grupo Autismo Infantil/ avaliação comparativa por faixa etária

		Idade	N	Média	Desvio-padrão	Teste t (p)	Resultado
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	16	1,19	2,48	0,822	Igual
	Agressão	>12 anos	11	1,00	1,34		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	16	1,06	2,54	0,760	Igual
	contaminação	>12 anos	11	1,36	2,42		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	16	0,50	1,03	0,524	Igual
	Sexuais	>12 anos	11	0,27	0,65		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	16	2,38	2,60	0,221	Igual
	Diversas	>12 anos	11	1,27	1,56		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	16	0,25	0,77	0,792	Igual
	somáticas	>12 anos	11	0,18	0,40		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	16	0,69	1,30	0,095	Igual
	limpeza/lavagem	>12 anos	11	0,09	0,30		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	16	0,94	1,81	0,750	Igual
	verificação	>12 anos	11	0,73	1,42		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	16	0,81	0,91	0,151	Igual
	repetição	>12 anos	11	0,36	0,50		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	16	2,19	2,79	0,544	Igual
	diversas	>12 anos	11	1,64	1,21		
YALE-BROWN	TOTAL	<=12 anos	16	12,06	17,19	0,491	Igual
		>12 anos	11	8,18	7,69		
CAMBRIDGE	TOTAL	<=12 anos	16	4,25	2,27	0,382	Igual
		>12 anos	11	3,36	2,91		

Não houve diferença estatisticamente significativa entre faixas etárias para nenhum dos grupos de itens da escala de Yale-Brown e para a escala total de Cambridge no grupo Autismo Infantil.

Tabela 97-Grupo Síndrome de Asperger/ avaliação comparativa por faixa etária

		Idade	N	Média	Desvio-padrão	Teste t (p)	Resultado
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	15	1,33	1,50	0,292	Igual
	Agressão	>12 anos	8	2,25	2,60		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	15	1,00	1,36	0,138	Igual
	contaminação	>12 anos	8	2,00	1,69		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	15	0,20	0,41	0,794	Igual
	Sexuais	>12 anos	8	0,25	0,46		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	15	1,40	1,18	0,052	Igual
	Diversas	>12 anos	8	2,75	1,98		
YALE-BROWN	Obsessões	<=12 anos	15	0,07	0,26	0,232	Igual
	somáticas	>12 anos	8	0,25	0,46		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	15	0,40	0,51	0,535	Igual
	limpeza/lavagem	>12 anos	8	0,63	0,92		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	15	0,60	0,74	0,939	Igual
	verificação	>12 anos	8	0,63	0,74		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	15	0,73	0,80	0,734	Igual
	repetição	>12 anos	8	0,63	0,52		
YALE-BROWN	Compulsões	<=12 anos	15	1,13	1,30	0,068	Igual
	diversas	>12 anos	8	2,63	1,85		
YALE-BROWN	TOTAL	<=12 anos	15	8,53	5,76	0,072	Igual
		>12 anos	8	14,63	9,75		
CAMBRIDGE	TOTAL	<=12 anos	15	6,53	4,26	0,370	Igual
		>12 anos	8	8,38	5,21		

Não houve diferença estatisticamente significativa entre faixas etárias para os grupos de itens da escala de Yale-Brown e para a escala total de Cambridge no grupo Síndrome de Asperger .

5.6-RESUMO DOS COMPORTAMENTOS MAIS OBSERVADOS EM CADA GRUPO DIAGNÓSTICO:

Quadro 2-Comportamentos mais observados para o grupo com diagnóstico de retardo mental

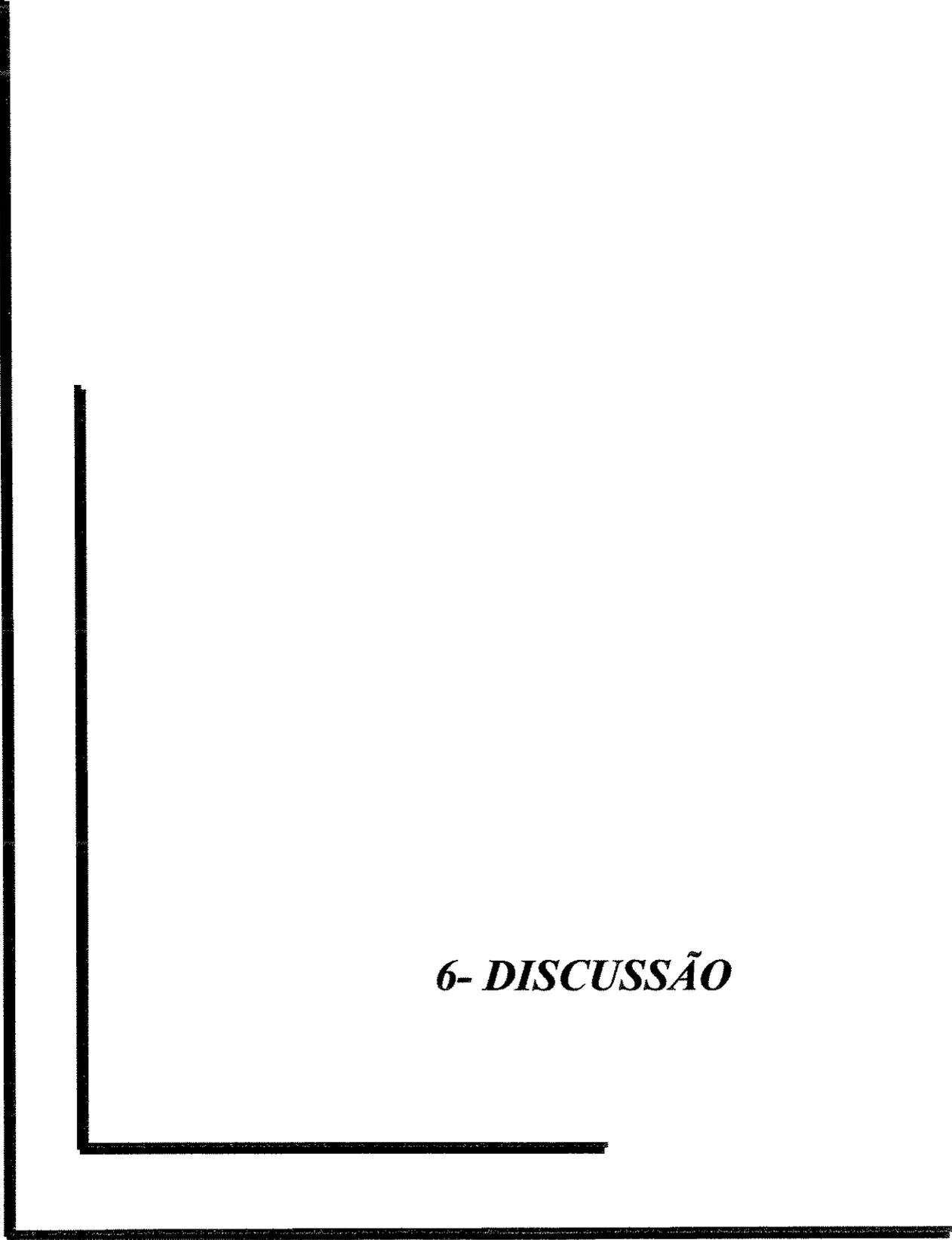
CACS-27:
Movimentos repetitivos, rítmicos e sem objetivo específicos
Interesses sensoriais estranhos
Apegar-se a objetos, manipulando-os sem criatividade (comportamento mais freqüente do que no grupo com síndrome de Asperger)
Apresentar manias e rituais
Ausência de criatividade
Lista de Obsessões e Compulsões de Yale-Brown:
Medo de dizer involuntariamente obscenidades ou insultos
Apresentar imagens intrusivas (não violentas)

Quadro 3-Comportamentos mais observados para o grupo com diagnóstico de autismo infantil:

Lista de Obsessões e Compulsões de Yale-Brown:
Necessidade de simetria (comportamento menos freqüente do que no grupo com síndrome de Asperger)
Compulsões de colecionismo/ acúmulo de objetos (comportamento menos freqüente do que no grupo com síndrome de Asperger)
Rituais envolvendo piscar de olhos ou olhar fixamente
Comportamento ritualizado para comer (comportamento menos freqüente do que no grupo com síndrome de Asperger)
Questionário de Obsessões da Universidade de Cambridge:
Forte ligação com um objeto específico (comportamento menos freqüente do que no grupo com síndrome de Asperger)
Interesses por objetos que giram

Quadro 4-Comportamentos mais observados para o grupo com diagnóstico de síndrome de Asperger:

CACS-27:
Apegar-se a objetos, manipulando-os sem criatividade (comportamento menos freqüente do que no grupo com retardo mental)
Lista de Obsessões e Compulsões de Yale-Brown:
Necessidade de simetria (comportamento mais freqüente do que no grupo com autismo infantil)
Compulsões de colecionismo/ acúmulo de objetos (comportamento mais freqüente do que no grupo com autismo infantil)
Comportamento ritualizado para comer (comportamento mais freqüente do que no grupo com autismo infantil)
Questionário de Obsessões da Universidade de Cambridge:
Classificar e categorizar
Forte ligação com um objeto específico (comportamento mais freqüente do que no grupo com autismo infantil)
Interesse por informações concretas (por exemplo: ler e memorizar listas)
Interesses pelas Ciências
Colecionar objetos



6- DISCUSSÃO

A hipótese de pesquisa foi que os padrões de comportamentos repetitivos complexos e de interesses restritos demonstram ser específicos dos quadros de autismo infantil com ou sem retardo mental, quando comparadas às crianças com retardo mental sem características de autismo. Para tanto, se fez fundamental uma boa caracterização dos diferentes grupos diagnósticos e a adequação de instrumentos que possibilitam a avaliação do maior número desses comportamentos.

Apesar da utilização dos critérios diagnósticos da CID-10 ser suficiente para a realização do diagnóstico entre os diferentes grupos, a utilização da CARS e da Escala de Vineland permitiu uma melhor compreensão da gravidade dos comportamentos autistas e do comprometimento cognitivo entre os diferentes grupos diagnóstico.

Na CARS, o grupo autismo infantil apresentou média de 40,44 pontos, o que indica que as crianças desse grupo, em sua maioria, apresentam um quadro de moderado a grave de autismo. O mesmo não ocorreu com as crianças com Síndrome de Asperger, tidos como quadros amenos de autismo, a média da pontuação total das crianças foi inferior a 36 pontos (média de 33,39), indicando autismo leve. Importante ressaltar que houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre as médias da pontuação total para cada grupo diagnóstico, indicando que a CARS, além de ser um bom instrumento para a avaliação da gravidade dos quadros, pode auxiliar no diagnóstico diferencial entre autismo, Síndrome de Asperger e Retardo Mental.

Em relação ao Quociente Social, foi verificada uma diferença significativa entre os grupos ($p < 0,001$), sendo que os autistas apresentaram a menor média, indicando um maior comprometimento cognitivo das crianças autistas da amostra, quando comparadas ao grupo de crianças com retardo mental e Síndrome de Asperger.

Quando são comparados os resultados obtidos na CARS em relação aos obtidos no QS, entre os grupos de autistas e com síndrome de Asperger, percebeu-se, nesse estudo, que quanto maior a pontuação na CARS menor a pontuação na Escala de Vineland. Esse fato indicou que há uma relação direta entre a gravidade do quadro de autismo e o nível intelectual da criança. Quanto mais grave o quadro de autismo, maior tende a ser o comprometimento cognitivo. Esse fato se deve ao cruzamento de critérios diagnósticos, visto que interação social, linguagem e capacidade criativa são critérios essenciais para o

diagnóstico de autismo, mas também são aspectos fundamentais para avaliação do nível de inteligência. Por isso, a grande dificuldade de se encontrar indivíduos que preencham critérios diagnóstico para síndrome de Asperger, com uma pontuação na CARS acima de 30 pontos e que apresente nível intelectual normal para sua idade.

Deve-se ressaltar que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à idade cronológica dos indivíduos que participaram da pesquisa. Com médias entre 10,27 a 12,37 anos, houve um desvio padrão maior entre os indivíduos com síndrome de Asperger (os indivíduos mais novos e os mais velhos que participaram da pesquisa são desse grupo).

O estudo dos comportamentos repetitivos complexos através da questão 9 (apego e manipulação pouco criativa de objetos), questão 10 (manias e rituais) e questão 11 (falta de criatividade) do Questionário de Avaliação do Comportamento Autista demonstrou uma diferença significativa entre os padrões de resposta, para esses itens, entre os grupos.

Na questão 9, o grupo diagnóstico retardo mental apresentou maior percentual de resposta em “sempre”, o grupo diagnóstico síndrome de Asperger em “às vezes” e o grupo autismo apresentou maioria das respostas em “nunca” ($p < 0,001$). A frequência desse comportamento foi elevada nos grupos de crianças com retardo mental e com síndrome de Asperger (87,5% e 87%, respectivamente). No grupo de crianças com autismo, a frequência foi de 59,3% dos pacientes avaliados.

Uma maior frequência de apego e manipulação pouco criativa de objetos entre o grupo de indivíduos com retardo mental ratifica que, apesar de haver indícios que a manipulação pouco criativa de objetos é particularmente mais prevalente na síndrome autista (TURNER, 1999), a presença desse comportamento pode estar relacionada a fatores não específicos, tais como: nível intelectual, presença de patologias orgânicas e outros comprometimentos associados. No caso do apego a objetos, apesar desse comportamento constituir um dos critérios diagnósticos para autismo infantil, e ter uma alta frequência entre os grupos, o resultado da pesquisa sugere que ele não é específico do autismo infantil, segundo os dados obtidos pela CACS-27.

Na questão 10, os grupos autismo infantil e síndrome de Asperger apresentaram um padrão de resposta semelhante. A frequência do comportamento foi elevada nos dois grupos. Já o grupo retardo mental difere dos outros dois, por apresentar maior incidência de resposta “sempre” ($p < 0,001$).

Na questão 11, os grupos autismo infantil e síndrome de Asperger também apresentaram um padrão de resposta semelhante e o grupo retardo mental difere dos outros grupos por apresentar uma maior incidência de resposta “sempre” ($p < 0,002$).

Pelo Questionário de Avaliação do Comportamento Autista, padrões de comportamento repetitivo complexo do tipo manias e rituais ocorreu mais entre as crianças com retardo mental do que entre as crianças com autismo infantil ou síndrome de Asperger (75%, 44,4% e 56,5%, respectivamente). Esse resultado surpreende, pois apesar de haver pouco estudo sistemático de manias e rituais entre autistas e não-autistas, alguns autores sugerem que esses comportamentos são mais prevalentes e intensos nos indivíduos autistas (BARTAK e RUTTER, 1976; LORD e PIKLES, 1996).

A presença de interesses sensoriais estranhos apresentou um percentual maior de resposta “sempre” no grupo de indivíduos com retardo mental, seguido do grupo de indivíduos com síndrome de Asperger e, por último, o grupo de indivíduos com autismo infantil. Muito frequente entre as crianças com diagnóstico de retardo mental e com síndrome de Asperger (91,6% e 82,6%, respectivamente). É um comportamento inespecífico, relacionado ao nível intelectual, mas também relacionado a comportamentos autistas.

O estudo da presença de movimentos estereotipados indicou um perfil de resposta semelhante entre os grupos retardo mental e síndrome de Asperger, com maior incidência de respostas “nunca” no grupo autismo, fato que o difere dos outros dois grupos ($p < 0,001$). Apesar dos movimentos estereotipados têm sido a forma mais estudada de comportamento repetitivo no autismo, a literatura faz pouca ou nenhuma distinção entre tais comportamentos entre autistas e não autistas e tende a assumir que os movimentos estereotipados não são específicos do autismo infantil (EVANS et. al, 1997; THELEN, 1979).

É importante frisar que os comportamentos de apego e manipulação de objetos, manias, rituais, interesses sensoriais estranhos e as estereotipias motoras ocorreram com uma maior frequência entre os grupos de crianças com retardo mental e síndrome de Asperger, do que entre os autistas com retardo mental associado. A ausência de um retardo mental grave pode ser uma condição necessária para a presença desses comportamentos, visto que no grupo de autistas, com retardo mental grave, houve uma drástica queda na incidência desses comportamentos, quando comparados com os outros grupos diagnósticos.

O estudo pela CACS de preocupações desvinculadas do contexto não mostrou diferenças acentuadas entre os grupos quanto à distribuição de resposta, indicando que esse padrão de comportamento não é específico da síndrome autista. Apesar de quanto maior ser o nível intelectual das crianças, menor é a frequência do comportamento, ele demonstrou ser muito freqüente entre os indivíduos com dificuldades de desenvolvimento, ocorrendo em mais de 90% dos indivíduos estudados.

Ao realizar a análise dos dados obtidos pela Lista de sintomas da Escala de Yale-Brown, é importante frisar, que os termos “obsessão” e “compulsão” foram utilizados na pesquisa e conceituados para os pais, como pensamentos e comportamentos que se repetem freqüentemente, não importando a presença ou a ausência de sintomas de ansiedade frente ao sintoma. Portanto, com esse instrumento, buscou-se apenas verificar a presença ou não de pensamentos e comportamentos repetitivos. Não foi valorizado o fato da repetição ser egodistônica ou não, dado fundamental para que possamos dizer com certeza se os fenômenos estudados correspondem aos conceitos atuais de obsessão e compulsão, preconizados pela O.M.S.. Apesar disso, muitas crianças e adolescentes estudados demonstraram ansiedade durante a repetição do comportamento ou quando impossibilitados de fazê-lo, mostrando muita semelhança com indivíduos com obsessões e compulsões decorrentes de um transtorno obsessivo-compulsivo.

Devem ser levadas em consideração as dificuldades de se obter os dados sobre obsessões em autistas e em crianças com retardo mental, visto que problemas de comunicação e de nível intelectual desses indivíduos dificultaram muito a entrevista e a coleta de dados sobre possíveis obsessões. A percepção de obsessões por parte da família dos indivíduos autistas é um bom exemplo do quanto às dificuldades intelectuais e de comunicação interferem no processo de avaliação. Muitas vezes, a família percebe que a

criança pode estar apresentando alguma idéia obsessiva muito mais pelo padrão compulsivo ou repetitivo de comportamento (que é muito mais fácil de ser avaliado) do que por relatos dos pacientes.

O grupo de autistas não demonstrou apresentar um padrão de pensamentos repetitivos diferente das crianças com retardo mental ou com síndrome de Asperger. Na maioria dos itens a frequência desses sintomas foi muito pequena. Apesar de haver uma aparente diferença nas habilidades de sensopercepção dos indivíduos com transtorno global do desenvolvimento, nem o incômodo com certos ruídos foi mais prevalente no grupo de autistas ou com síndrome de Asperger.

Obsessões de contaminação, obsessões sexuais, obsessões religiosas demonstram ser de baixa incidência nos grupos estudados e podem ser mais específicas de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo do que em indivíduos com desvios do desenvolvimento, como demonstrado por MCDUGLE et al. (2000).

A presença de imagens intrusivas não violentas, imaginar cenas de violência ou horrendas e medo de dizer obscenidades ou insultos foram mais frequentes no grupo de indivíduos com retardo mental.

Houve um número maior de respostas sim para o item “necessidade de simetria ou exatidão” no grupo de indivíduos com síndrome de Asperger, reforçando o fato desse comportamento ser mais específico de indivíduos com transtorno global do desenvolvimento com baixo nível de comprometimento intelectual do que em indivíduos com retardo mental de moderado a severo. Apesar desse fato, a incidência desse padrão de comportamento foi pequena entre os grupos e atingiu apenas 26,1% dos indivíduos com síndrome de Asperger, demonstrando ser o grupo com maior frequência desse comportamento.

A frequência de compulsões foi maior do que a frequência de obsessões nos diversos grupos estudados. RAPOPORT et al. (1992) demonstram que a presença de obsessões puras entre autistas é muito rara e que a presença de comportamentos compulsivos puros é muito mais frequente. BODFISH et al. (2000) relatam que 94% dos indivíduos autistas apresentam pelo menos um tipo de comportamento compulsivo.

Segundo os dados obtidos na Escala de Yale-Brown, compulsões de repetição, principalmente a atividade de repetir atividades rotineiras, ocorreram em 44,4% dos autistas, 34,8% dos indivíduos com síndrome de Asperger e apenas 9% dos indivíduos com retardo mental, demonstrando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os grupos de indivíduos com transtorno global do desenvolvimento e o grupo de indivíduos com retardo mental. Esse resultado se confronta com o resultado obtido no item 10 (apresenta manias ou rituais; práticas que se repetem invariavelmente em certas situações) da CACS-27, que demonstrou que esse padrão de comportamento foi mais freqüente entre o grupo de retardo mental. Os dados obtidos pela CACS-27 são únicos e contraditórios em relação a maior parte dos estudos, que concordam com os dados obtidos pela escala de Yale-Brown (MORAES, 1999; BARTAK e RUTTER, 1976; LORD e PIKLES, 1996). MORAES (1999) relata que a maior freqüência de rituais, manias ou atividades repetitivas, através do uso da CACS-27, é mais observada no relato dos profissionais que acompanham os indivíduos autistas do que nos relatos dos pais dessas crianças.

A necessidade de simetria (alinhar itens de uma determinada forma ou organizar itens pessoais de uma maneira específica) ocorreu com mais freqüência nos grupo de autistas (33,3%) e com síndrome de Asperger (52,2%) do que no grupo de retardo mental (15,6%), demonstrando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$).

O item colecionismo ou acúmulo de objetos, apesar de não haver diferença estatística entre os grupos, foi mais freqüente nos grupos de autistas e com síndrome de Asperger (29,1% e 39,1%) do que no grupo de indivíduos com retardo mental (12,5%, com $p = 0,07$). Esse padrão de comportamento demonstrou ser comum aos indivíduos com dificuldades de desenvolvimento cognitivo ou com comportamentos autistas, com maior freqüência entre os quadros classificados entre os transtornos globais do desenvolvimento.

SCHROEDER et. al (1978) relata que comportamentos de auto-agressão ocorrem em 30% de indivíduos autistas adultos, taxa muito próxima da encontrada nessa pesquisa (33,3%), que apresentou uma variabilidade etária maior. A taxa desse comportamento entre os indivíduos com retardo mental é de 9,4% e, apesar de não ser estatisticamente diferente, foi menos freqüente do que no grupo de autistas. Esse padrão de comportamento está mais associado mais ao nível intelectual do que à especificidade do

quadro de autismo, visto ter sua frequência quase que reduzida a zero no grupo de indivíduos com síndrome de Asperger.

O comportamento ritualizado ao comer entre os autistas, que foi descrito há mais de cinquenta anos (KANNER, 1943), foi mais frequente entre os grupos de indivíduos com autismo e síndrome de Asperger (6% e 8%, respectivamente) do que no grupo de indivíduos com retardo mental puro (3%). Apesar da baixa incidência do comportamento, aparenta ser mais comum entre indivíduos com um transtorno global do desenvolvimento do que com retardo mental puro.

Compulsões de lavagem e de verificação tiveram uma baixa incidência entre os grupos estudados, não demonstrando diferenças estatísticas entre os indivíduos. Esse achado ratifica o trabalho de MCDOUGLE et. al, 2000, que sugere que esse padrão de comportamento compulsivo é mais frequente em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo do que entre indivíduos com autismo infantil.

Comportamentos como fazer listas e rituais mentais, tocar, bater ou esfregar os objetos, descritos como importantes padrões de comportamentos repetitivos no quadro de autismo infantil, demonstraram ocorrer em uma baixa frequência e de forma inespecífica, não demonstrando diferenças estatísticas significativas entre os grupos estudados.

Com o estudo dos comportamentos repetitivos, através da Escala de Yale-Brown, pôde-se constatar que a necessidade de repetir atividades rotineiras, a necessidade de simetria, o colecionismo e o comportamento ritualizado ao comer são atividades repetitivas mais frequentes entre os grupos de indivíduos com um transtorno global do desenvolvimento do que entre o grupo de indivíduos com retardo mental puro. O mesmo não ocorre em relação às compulsões de lavagem, verificação, tocar, esfregar ou bater levemente em objetos.

O grupo de indivíduos com desvio ou atraso no desenvolvimento demonstra ter padrões de comportamento compulsivo diferentes dos indivíduos com patologias do espectro obsessivo-compulsivo. Enquanto os indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo costumam apresentar mais rituais de limpeza e verificação, além de obsessões de contaminação, obsessões sexuais e religiosas (TORRES et al., 2001), os indivíduos autistas, com síndrome de Asperger e com retardo mental puro costumam apresentar mais

atividades rotineiras repetitivas, necessidade de simetria e colecionismo de objetos. As diferenças nas áreas cognitivas, na área da comunicação e nos cuidados necessários a cada indivíduo afetado podem ser fatores que explicam essas diferenças descritivas.

Em relação à Escala de Cambridge, para avaliação dos padrões de interesse restrito nos transtornos globais e nos casos de retardo mental puro, pode-se observar que os indivíduos com síndrome de Asperger apresentam um maior número de respostas “sim” (existência do padrão de comportamento) do que os indivíduos com autismo infantil e retardo mental ($p < 0,005$). Os padrões de interesses restritos mais comuns aos indivíduos com síndrome de Asperger foram os seguintes: classificação, categorização, forte apego a um objeto específico, informações, colecionar objetos, interesse por máquinas, experiências sensoriais.

Os itens que demonstraram apresentar a maior diferença estatisticamente significativa entre os grupos foram “classificação e categorização” e “informações” (por exemplo: ler ou memorizar uma lista de coisas).

Classificar e categorizar constituiu um padrão de comportamento que ocorreu em 52,2% dos indivíduos com síndrome de Asperger, 18,5% entre os autistas e apenas 6,3% entre os indivíduos com retardo mental puro ($p < 0,001$). Já a preocupação com informações concretas ocorreu em 47,8% dos indivíduos com síndrome de Asperger, 7,4% entre os autistas e 9,4% entre os indivíduos com retardo mental ($p < 0,001$).

Colecionar objetos também ocorreu com uma frequência maior no grupo “síndrome de Asperger” do que nos outros grupos (39,1% para síndrome de Asperger, 14,8% para autismo infantil e apenas 9,4% para retardo mental; $p < 0,017$).

Esses três padrões de interesse restrito foram bem mais frequentes entre os indivíduos com comportamentos autistas sem apresentar retardo mental do que entre os indivíduos com retardo mental com ou sem comportamentos autistas.

O item “ciências” ocorreu apenas nos indivíduos com síndrome de Asperger (26,1%), ratificando que o interesse pela astronomia, biologia, entre outras ciências, comumente vistos na prática clínica com esses indivíduos, e que dependem de uma capacidade intelectual preservada, é específico de indivíduos com síndrome de Asperger.

O mesmo ocorreu no item “informações numéricas”, que apresentou mais que o dobro da frequência no grupo de indivíduos com síndrome de Asperger do que nos grupos de autistas ou retardo mental puro (26,1%, 7,4% e 9,4%, respectivamente).

Esses padrões de comportamento encontram-se no domínio cognitivo e é necessário o mínimo de capacidade intelectual para a realização dessas atividades. São confirmadas as evidências que a ocorrência de alguns interesses restritos e repetitivos no autismo é mediada pelo nível da habilidade cognitiva do indivíduo afetado.

O mesmo não aconteceu com o item “forte ligação com um objeto específico”, visto que ele ocorreu com uma frequência maior entre os indivíduos com padrões de comportamento autista independentemente de ter ou não retardo mental associado. O número de respostas positivas foi de 56,5% para indivíduos com síndrome de Asperger, 44,4% dos autistas e em, apenas, 15,6% dos indivíduos com retardo mental puro ($p=0,005$).

Apesar de não ter demonstrado uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, a frequência do item “objetos que giram” (outro clássico interesse restrito de indivíduos autistas) foi muito baixa (6%) entre as crianças com retardo mental puro e ocorreu em um quarto dos indivíduos com autismo ou síndrome de Asperger. Esse padrão de interesse também foi mais específico para os indivíduos com comportamentos autistas, independentemente de ter ou não retardo mental. Importante notar que, mesmo havendo outros interesses que são claramente modulados pela capacidade intelectual, outros parecem ser específicos das condições autistas.

Houve indícios de uma maior frequência de respostas positivas no grupo de indivíduos com síndrome de Asperger do que nos grupos de indivíduos autistas ou com retardo mental, para os itens “alimentos e bebidas”, “ciências” e “esportes e jogos”.

Preocupações com máquinas, sistemas, veículos e animais, experiências sensoriais, artes e apego a pessoas foram outros itens importantes estudados. Apesar de terem ocorrido em mais de um terço dos indivíduos estudados, não demonstraram ser específicos de nenhum grupo diagnóstico. Apesar de relatos de indivíduos com intenso interesse no funcionamento das máquinas, sistemas e veículos (HART, 1989), esse padrão de interesse não demonstrou ser específico das condições autistas.

Os itens “plantas” e “ofícios” foram de baixa frequência e não demonstraram serem específicos de nenhum grupo diagnóstico.

De acordo com a teoria evolucionista, a mente humana deve ser considerada de acordo com sua capacidade de adaptação no ambiente (PINKER, 1997). O desafio da sobrevivência humana é a capacidade de prever mudanças nos ambientes físico e social. Para tanto, o ser humano precisa ter conhecimentos básicos de como o mundo físico dos objetos funciona (por exemplo: que os objetos só se movem quando tocados, podem ter propriedades mecânicas, etc.) e ter conhecimento básicos de como o mundo social funciona (por exemplo: objetos animados são capazes de se mover sozinhos, motivações, expressões emocionais, percepção, etc.).

A percepção de como o mundo social funciona costuma ocorrer a partir dos 12 meses de idade (ROCHAT et al., 1997), já a percepção do mundo físico está presente precocemente na ontogênese humana (LESLIE & KEEBLE, 1987). BARON-COHEN & WHEELWRIGHT (1999) evidenciam que os indivíduos com condições do *spectrum* autista apresentam mais obsessões e interesses restritos no campo do mundo físico do que no campo do mundo psicológico e social. O presente estudo confirma o interesse dos indivíduos com síndrome de Asperger pelo campo da classificação, categorização e coleção de objetos físicos, na observação de objetos que giram, e no estudo das ciências.

Devido ao pequeno número de casos existentes para cada item dos diferentes instrumentos estruturados, quando se divide por faixa etária e sexo, foi utilizado o recurso de se analisar os dados por grupos de sintomas da Lista da Escala de Obsessões de Yale-Brown e pela pontuação total obtida no Questionário de Obsessões de Cambridge. Não foram demonstradas possíveis diferenças de padrões de comportamento entre diferentes gêneros e faixas etárias, nos grupos diagnósticos estudados.

Como alguns grupos ficaram com poucos casos, é possível que isso tenha mascarado diferenças que existem, quando considerado a população total. A tendência dos testes estatísticos aplicados a poucos casos é não demonstrar diferenças significativas entre os grupos. Ao menos, quando a diferença apontada é bastante forte.

Apesar do grande número de comportamentos avaliados pelos instrumentos propostos, não foi possível avaliar o padrão de linguagem repetitiva, sintoma comum entre os indivíduos dos diferentes grupos. O mesmo ocorreu com o conceito de “mesmice” que,

apesar de ter sido estudado de forma indireta, não houve uma questão formulada especialmente para se avaliar esse conceito. Esses fatos reforçam a importância da construção e validação de instrumentos mais adequados e criados, originalmente, para o estudo desses padrões de comportamento.

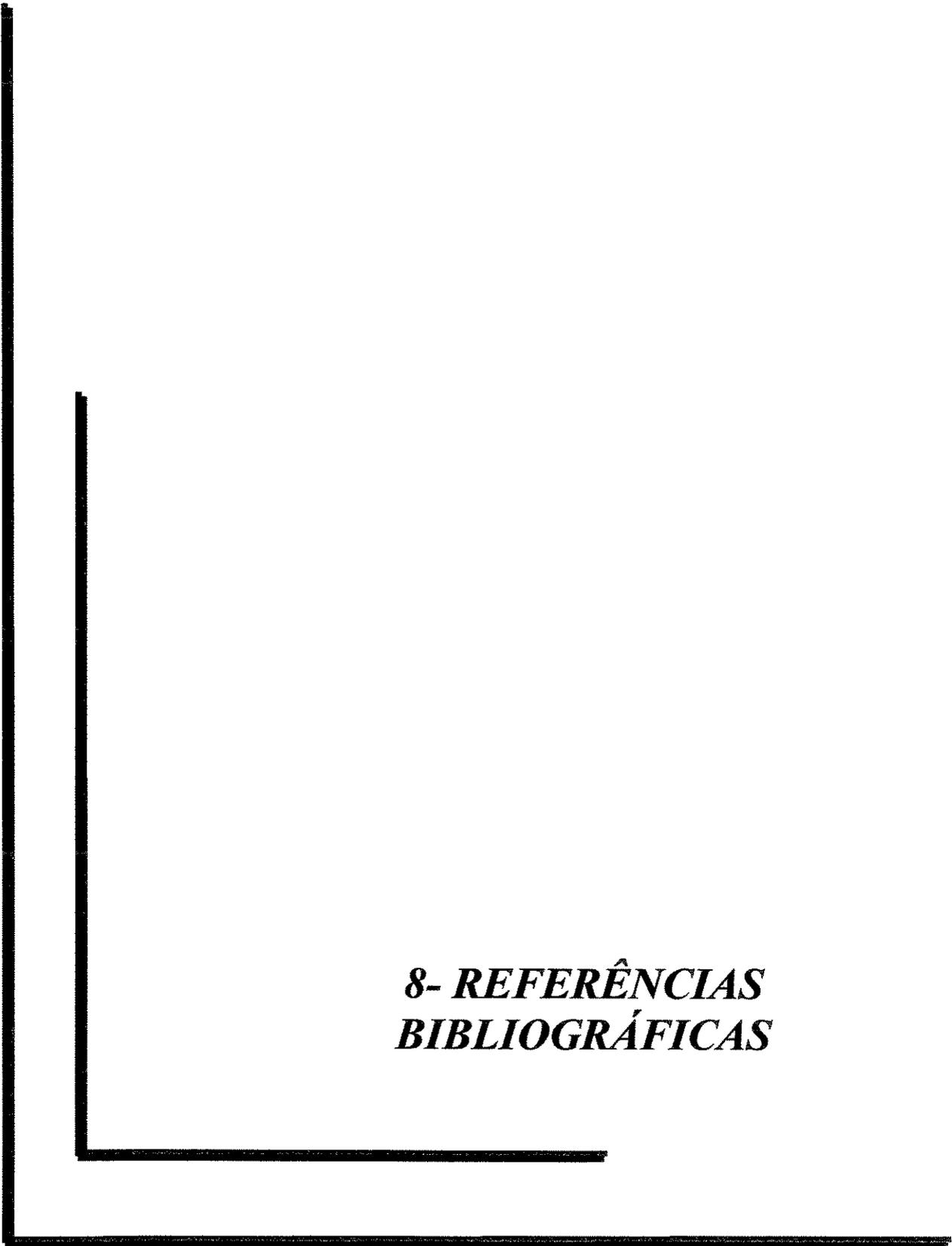
Não foi dada importância para o fato da criança ou adolescente estar fazendo uso, ou não, de medicações psicotrópicas. Esses remédios podem interferir na apresentação de alguns padrões de comportamentos repetitivos (principalmente, antidepressivos e antipsicóticos). Apesar das dificuldades de conseguir indivíduos autistas ou com retardo mental sem uso de medicações psicotrópicas, deve-se tentar, em estudos futuros, caracterizar possíveis mudanças desses padrões de comportamentos devido ao uso desses medicamentos.

O presente trabalho, apesar de ter acrescentado novos dados para o entendimento dos padrões de comportamentos repetitivos, interesses restritos e obsessões entre os autistas, colaborando com os outros poucos estudos descritos na área, é ainda insuficiente para responder algumas questões. A verificação das diferenças de gênero, de faixa etária, e de possíveis causas na apresentação desses comportamentos em indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento, é uma questão ainda em aberto e, praticamente, não abordada. São aspectos fundamentais para uma boa compreensão do significado e importância desses comportamentos na prática clínica, e representam um bom campo para futuras pesquisas na área.

7- CONCLUSÕES

- A presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos é uma característica clínica comum entre os indivíduos que apresentam os diagnósticos de retardo mental, autismo infantil ou síndrome de Asperger.
- Apego e manipulação pouco criativa de objetos, manias e rituais, interesses sensoriais estranhos e estereotípias motoras são comportamentos que, apesar de ocorrerem em todos os grupos, são modulados pelo nível intelectual. É necessário um nível intelectual mínimo para que esses comportamentos ocorram com maior frequência. A frequência desses comportamentos foi maior em indivíduos com retardo mental puro e com síndrome de Asperger do que em indivíduos autistas com retardo mental grave associado (H0).
- Compulsões de repetição, necessidade de simetria, colecionismo, acúmulo de objetos e interesse por objetos que giram são mais comuns nos grupos de indivíduos com síndrome de Asperger e autismo infantil do que no grupo de crianças com retardo mental. Esses comportamentos foram mais frequentes em indivíduos com características autistas, com ou sem retardo mental associado (H1).
- Classificar, categorizar e ter interesse por informações concretas (listas de coisas, ler enciclopédias, etc.) é bem mais frequente em indivíduos com síndrome de Asperger do que em indivíduos com retardo mental ou autismo. São comportamentos que requerem um nível intelectual normal ou próximo do normal para ocorrer.
- Interesse restrito pelas ciências ocorre em 26% dos indivíduos com síndrome de Asperger. É específico da síndrome, visto que não ocorreu nos grupos de autistas ou indivíduos com retardo mental.
- Os quadros de auto-agressividade são claramente modulados pelo nível intelectual das crianças. Quanto menor o nível intelectual das crianças maior a presença de episódios de auto-agressividade. Mais frequente no grupo de autistas, não ocorreu em nenhum indivíduo com síndrome de Asperger.

- Apesar de baixa frequência, comportamentos ritualísticos para comer, descrito há mais de cinquenta anos, por Kanner, são mais frequentes nos indivíduos com comportamentos autistas do que nos indivíduos com retardo mental puro sem características autistas.
- Rituais mentais, tocar, bater e esfregar são comportamentos de baixa incidência e que não demonstraram ser específicos de nenhum dos grupos diagnósticos pesquisados.
- Compulsões de lavagem e verificação e obsessões de contaminação, sexuais e religiosas foram de baixa incidência nos grupos estudados e podem ser mais específicas de indivíduos com transtorno obsessivo compulsivo do que em crianças com dificuldades de desenvolvimento.
- O aspecto diagnóstico “padrão repetitivo, restrito e estereotipado de comportamentos, interesses e atividades”, da CID-10, deveria ser reavaliado, tendo seus itens melhor especificados, visto que alguns padrões de comportamentos são mais específicos do grupo de autistas, já outros, mais associados ao nível intelectual. Alguns sintomas, como: maneirismo e estereotípias, que constam como fator essencial ao diagnóstico de autismo e síndrome de Asperger, não são específicos dos transtornos autistas. Outros comportamentos, como: classificar, categorizar, acumular objetos e necessidade de simetria demonstram ser mais específicos, entre indivíduos com transtorno global do desenvolvimento.



***8- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III**. Washington. American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION -APA - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R**. Washington. American Psychiatric Association, 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION -APA- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV**. Washington. American Psychiatric Association, 1994.

ASBAHR, S.; LOTUFO-NETO, F.; BRUZZI, M.; RODRIGUES, L.R.; TURECKI, G.X.; LIMA, M.A. et al. **Tradução brasileira da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale**. Programa de Distúrbio Obsessivo-Compulsivo do ambulatório de ansiedade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1992.

ASPERGER, H. – Die Autistischen psychopathen im kindsalter. **Archiv fur Psychiatric und Nervenkrankheiten**, 117:76-136, 1944.

BARON-COHEN, S. – Do autistic children have obsessions and compulsions? **British Journal of Clinical Psychology**, 28:193-200, 1989.

BARON-COHEN, S.; WHEELWRIGHT, S. – “Obsessions” in children with autism or Asperger syndrome. **British Journal of Psychiatry**, 175:484-490, 1999.

BARTAK, L.; RUTTER, M. – Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, 6:109-120, 1976.

BLEULER, E. - **Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias**. New York. International University Press, 1919.

BODFISH, J.W.; SYMONS, F.J.; DAWN, E.P.; LEWIS, M.H. – Varieties of repetitive behavior in autism: comparisons to mental retardation. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 30(3):237-243, 2000.

CARRUTHERS, P. – Autism as mind-blindness: an elaboration and partial defence. **Theories of theories of mind**. Cambridge. Cambridge University Press, 1996.

DOLL, E.A. – **Vineland social maturity scale**. Manual of Directions. Minn, U.S.A. Educ. Test Bureau, 1947.

- EVANS, D.W.; LECKMAN, J.F.; CARTER, A.; REZNICK, J.S.; HENSHAW, D.; KING, R.A. et al. - Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behaviour in normal young children. **Child Development**, 68:58-68, 1997.
- FREEMAN, B.J.; RITVO, E.R.; SCHROTH, P.C.; TONICK, I.; GUTHRIE, D.; WAKE, L. - Behavioral characteristics of high and low IQ autistic children. **American Journal of Psychiatry**, 138:25-29, 1981.
- FRITH, U. - **Autism: explaining the enigma**. Oxford. Blackwell, 1989.
- FRITH, U.; HAPPÉ, F. - Autism:beyond “theory of mind”. **Cognition**, 50:115-132, 1994.
- GOODMAN, W.K.; RASMUSSEN, S.A.; PRICE,L.H.; RIDLE, M.A.; RAPOPORT, J.L. - **Children’s Yale-Brown obsessive-compulsive scale(CY-BOCS)**. New Haven. Yale Univesity, 1986.
- GOODMAN, W.K.; PRICE,L.H.; RASMUSSEN, S.A.; MAZURE,C.; FLEISCHMANN, R.L.; HILL,C.L. et al. - The Yale-Brown obsessive-compulsive scale(YBOCS): part I, development, use and reability. **Arch Gen Psychiatry**, 46:1006- 1011, 1989a.
- GOODMAN, W.K.; PRICE,L.H.; RASMUSSEN, S.A.; MAZURE,C.; DELGADO, P.; HENINGER, G.R. et al. - The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (YBOCS): part II, validity. **Arch Gen Psychiatry**, 46:1012- 1016, 1989b.
- HART, C. - **Without Reason**. New York. Harper and Row, 1989.
- HELLER. T. - Dementia infantilis. **Journal for Research and Treatment of Juvenile Feeble-mindedness**,2: 17-28, 1908.
- HUGHES, C.; RUSSEL,J.; ROBBINS, T.W. - Evidence for executive dysfunction in autism. **Neuropsychologia**, 32:477-492, 1993.
- HUTT, C.; HUTT, S.F. - Effects of environmental complexity on stereotyped behaviour of children. **Animal Behaviour**, 13:1-4, 1965.
- HUTT, C.; HUTT, S.F. - Stereotypies and their relation to arousal: a study of autistic children. **Behaviour Studies in psychiatry**. Oxford. Pergamon Press, 1970.
- JOLLIFFE, T.; LANSDOWN, R.; ROBINSON, C. - Autism: a personal account. **Communication**, 26:12-19, 1992.
- KANNER, L. - Autistic disturbances of affetive contact. **Nervous Child**, 2:217-251, 1943.

- KANNER, L. - Early infantile autism. **J. Pediatr.**, 25:211-217, 1944.
- KINSBOURNE, M. – Do repetitive movement patterns in children and animals serve a de-arousing function? **Developmental and Behavioral Pediatrics**, 1:39-42, 1980.
- LESLIE, A.; KEEBLE, S. – Do six-month old infants perceive causality? **Cognition**, 25:265-288, 1987.
- LORD, C. – Follow up of 2 years olds referred for possible autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatric**, 36:1365-1382, 1985.
- LORD, C.; PIKLES, A. – Language level and nonverbal social-communicative behaviors in autistic and language-delayed children. **Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 35:1542-1550.
- LOVAAS, O.I.; NEWSOM, C.; HICKMAN, C. – Self-stimulatory behavior and perceptual development. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 20:45-68, 1987.
- MALSON, L.- **Les Enfants Sauvages**. Paris. Union Générale d Editions, 1964.
- MCDOUBLE, C.J.; KRESCH, L.E.; GOODMAN, W.K.; NAYLOR, S.T.; VOLKMAR, F.R.; COHEN, D. et al. – A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatric**, 152 (5):772-777, 1995.
- MCDOUBLE, C.J.; KRESCH, L.E.; POSEY, D.J. – Repetitive thoughts and behavior in pervasive developmental disorders: treatment with serotonin reuptake inhibitors. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 30(5):427-435, 2000.
- MACLEAN, W.E.; BAUMEISTER, A.A. – Effects of vestibular stimulation and stereotyped behavior of developmentally delayed children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 10:229-245, 1982.
- MORAES, C. – **Questionário de avaliação do comportamento autista (CACS-27): descrição do instrumento e apresentação de dados de validade e confiabilidade**. Campinas, 1999 (Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas).
- MORGAN, S. – Diagnostic assessment of autism: a review of objective scales. **Journal of Psychoeducational Assessment**, 6:130-151, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 9 - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10 - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.

PRIOR, M.; MACMILLAN, M.B. – Maintenance of sameness in children with kanner's syndrome. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, 3:154-167, 1973.

RAPOPORT, J.L.; SWEDO,S.E.; LEONARD, H.L. – Childhood obsessive-compulsive disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, 53:11-16, 1992.

RIDLEY, R.M. – The psychology of perseverative and stereotyped behaviour. *Progress in Neurobiology*, 44:221-232, 1994.

RINCOVER, A.; COOK, R.; PEOPLES, A.; PACKARD, D. – Sensory extinction and sensory reinforcement principles for programming multiple adaptive behavior change. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 12:221-233, 1979.

RITVO, E.R.; FREEMAN, B.J. - National Society for Autistic Children Definition of the Syndrome of Autism. **J. Am. Acad. Child. Psych.**, 17: 565-575, 1978.

ROCHAT, P.; MORGAN, R.; CARPENTER, M. – Young infants sensitivity to movement information specifying social causality. **Cognitive Development**, 12:537-561, 1997.

RUTTER, M.; HERSOV, L. - **Child and Adolescent Psychiatry**. London. Blackwell Scientific Publications, 3° ed., 1992.

RUTTER, M.; SCHOPLER, E.- **Autism: A reappraisal of concepts and treatment**. New York. Plenum, 1978, p. 1-25.

SANCTA DE SANCTIS - Dementia praecocissima. **Folio Neurol. Biol.**, 10, 1908.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.J.; RENNER, B.R. – **The childhood autism rating scale**. Los Angeles. Western Psychological Services, 1999.

SCHROEDER, S.; SCHROEDER, C.; SMITH, B.; DALLDORF, J. – Prevalence of self-injurious behavior in large state facility for the retarded. **Journal of Autism and Child Schizophrenia**, 8:261-269, 1978.

- SIMIEMA, J. – **Contribuição para o estudo das estereotípias motoras na síndrome do autismo infantil.** São Paulo, 1997. (Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- SZATMARI, P.; BARTOLUCCI, G.; BREMMER, R. – Asperger's syndrome and autism: comparison of early history and outcome. **Development Medicine and Child Neurology**, 31:709-720, 1989.
- THELEN, E. – Rhythmical stereotypies in normal human infants. **Animal Behavior**, 27:699-715, 1979.
- TINBERGEN, N.; TINBERGEN, E.A. - **Autistic Children: New Hope for a Cure.** London. Allen & Unwin, 1983.
- TORRES, AR.; SHAVITT, R.G.; MIGUEL, E.C – **Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares.** Porto Alegre. Artmed, 2001.
- TURNER, M. – Annotation: Repetitive behaviour in autism: a review of psychological research. **J. Child Psychol. Psychiat.**, 40 (6):838-849, 1999.
- TURNER, M.A. – **Repetitive behaviour and cognitive functioning in autism.** Cambridge, 1996 (PhD Thesis. University of Cambridge).
- TURNER, M. – Towards an executive dysfunction account of repetitive behaviour in autism. **Autism as an executive disorder.** Oxford. Oxford University Press, 1997.
- WING, L.; GOULD, J. - Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. **J. Autism Dev. Disord.**, 9: 11-19, 1979.
- ZENTALL, S.S.; ZENTALL, T.R. – Optimal stimulation: a model of disordered activity and performance in normal and deviant children. **Psychological Bulletin**, 94:446-471, 1983.

9- ANEXOS

ANEXO 1: DEFINIÇÃO RESUMIDA DA SÍNDROME AUTISTA PELA NATIONAL SOCIETY FOR AUTISTIC CHILDREN

O autismo é uma inadequação no desenvolvimento que se manifesta, de maneira grave, por toda a vida. É incapacitante e aparece tipicamente nos três primeiros anos de vida. Acomete cerca de cinco em cada dez mil nascidos e é quatro vezes mais comum entre meninos que em meninas. É encontrado em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica e social. Não se conseguiu até agora provar nenhuma causa, psicológica ou no meio ambiente dessas crianças, que pudesse desencadear a doença.

Os sintomas são causados por disfunções cerebrais verificadas pela anamnese ou presentes no exame ou entrevista com o indivíduo.

Incluem:

1. Distúrbios no ritmo de habilidades físicas, sociais e lingüísticas.
2. Reações anormais às sensações. As funções ou áreas mais afetadas são: visão, audição, tato, dor, equilíbrio, olfato, gustação e maneiras de manter o corpo.
3. Fala e linguagem ausentes ou atrasadas. Certas áreas específicas do pensar podem ou não estar presentes. Ritmo imaturo da fala, restrita compreensão de idéias. Uso de palavras sem associação com o significado.
4. Relacionamento anormal com objetos, eventos e pessoas. Respostas não apropriadas a adultos ou crianças. Objetos e brinquedos não usados de maneira devida.

O autismo ocorre isoladamente ou em associação com outros distúrbios que afetam o funcionamento cerebral, como infecções virais, distúrbios metabólicos e epilepsia.

Testando-se o Q.I.(quociente de inteligência) de crianças autistas, vê-se que aproximadamente 60% mostram resultados abaixo dos 50, 20%, entre 50 e 70 e apenas 20% com inteligência maior que 70 pontos. A maioria mostra uma ampla variação de resultados, que oscila em tempo e diferentes testes.

A pessoa com autismo tem uma perspectiva de vida normal. Recomenda-se uma reavaliação periódica para que possam ocorrer ajustes quanto às suas necessidades, pois os sintomas mudam e alguns podem até desaparecer com a idade.

As formas mais graves dessa síndrome apresentam sintomas como os de autodestruição, gestos repetidos e comportamento agressivo, que podem ser resistentes a mudanças, necessitando, freqüentemente, de tratamentos e técnicas de aprendizagem muito criativas e inovadoras.

Têm sido de grande valia os programas educacionais específicos, que usam métodos comportamentais, criados para cada aluno de forma individual.

Acompanhamento e apoio são importantes para familiares de portadores de autismo. Essas técnicas beneficiam qualquer família que tenha indivíduos com incapacidade duradoura. Medicamentos usados para diminuir certos sintomas podem ajudar pessoas com autismo a levar uma vida mais satisfatória.

ANEXO 2: DIAGNÓSTICO - AUTISMO INFANTIL

Referência: DSM III (APA, 1980)

Crítérios diagnósticos:

- Falha em sua resposta afetiva com outras pessoas.
- Déficit no desenvolvimento da linguagem e, se a criança fala, apresenta problemas peculiares, tais como: ecolalia, linguagem metafórica e inversão pronominal.
- Respostas bizarras ao ambiente, resistência às mudanças e interesses peculiares.
- Ausência de claros sinais sugestivos de esquizofrenia.

ANEXO 3: DIAGNÓSTICO - TRANSTORNO AUTISTA

Referência: DSM IV (APA, 1994)

Critérios diagnósticos:

- (3):
- A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2), (3), com pelo menos dois de (1), e um de cada de (2) e (3):
- (1) Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos itens abaixo:
 - (a) grande perda no uso de múltiplos comportamentos não-verbais como fixar olho a olho, expressão facial, postura corporal e gestos que regulam a interação social.
 - (b) falha em desenvolver relacionamentos apropriados ao seu nível de desenvolvimento.
 - (c) falha na procura espontânea em dividir alegria, interesses ou aquisições com outras pessoas (por exemplo, não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).
 - (d) falta de reciprocidade social ou emocional
 - (2) Prejuízo qualitativo na comunicação, manifestado por pelo menos um dos seguintes itens:
 - (e) atraso total ou parcial no desenvolvimento da linguagem oral, não acompanhado de tentativas de compensação com modos alternativos de comunicação, como gestos e mímica.
 - (f) em indivíduos com fala adequada, grave perda na habilidade de iniciar ou sustentar diálogos.
 - (g) uso repetitivo ou estereotipado da linguagem ou linguagem idiossincrática.
 - (h) ausência de jogos de “faz de conta” ou brincadeiras de imitação social adequados ao seu nível de desenvolvimento.
 - (3) Padrões estereotipados, restritos e repetitivos de comportamento, interesse e atividades, manifestados por pelo menos um dos itens:
 - (i) manutenção de um (ou mais) padrão estereotipado e restrito de interesse, que seja anormal em intensidade ou foco.
 - (j) aparente inflexibilidade em aderir a rotinas e rituais específicos e não funcionais.
 - (k) maneirismos motores repetitivos e estereotipados.
 - (l) preocupações persistentes com partes dos objetos.
- B. Atraso ou funcionamento anormal prévio, aos três anos de idade, em pelo menos uma das seguintes áreas: (1) interação social, (2) linguagem usada na comunicação social, ou (3) brincadeiras imaginativas e simbólicas.
- C. O distúrbio não deve explicar a síndrome de Rett ou Transtorno Desintegrativo na Infância.

ANEXO 4: DIAGNÓSTICO: AUTISMO INFANTIL

Referência: CID 10 (OMS, 1993)

Critérios diagnósticos:

Anormalidades qualitativas na interação social recíproca, manifestadas pelo menos em dois itens:

- Falha no contato olho-a-olho, expressão facial, postura corporal e gestualidade, reguladores da interação social.
- Falha em desenvolver relacionamentos com outras crianças (envolve repartir interesses, atividades e emoções).
- Raramente procura o conforto ou afeto de outras pessoas, quando em situações de estresse ou angústia; raramente oferece conforto ou afeto para as pessoas que estão em estresse ou infelizes.
- Ausência de procura espontânea para dividir brincadeiras, atividades e tarefas com outras pessoas.
- Falta de reciprocidade socioemocional, demonstrada por uma resposta comprometida ou desviante às emoções de outras pessoas, ou falta de modulação do comportamento de acordo com o contexto social.

Comprometimentos qualitativos na linguagem, manifestados em pelo menos um dos itens:

- Atraso ou falta total do desenvolvimento da linguagem verbal que não é acompanhada de uma tentativa compensatória, por de gestos e mímica, como um modo alternativo de comunicação.
- Falha em desenvolver jogos de “faz de conta” ou jogos de imitação social (quando mais jovens).
- Falha em iniciar ou sustentar diálogos.
- Uso da linguagem de forma repetitiva e estereotipada ou uso idiossincrático de palavras ou frases.

Padrão repetitivo, restrito e estereotipado de comportamentos, interesses e atividades, manifestadas em pelo menos um dos itens:

- Preocupações excessivas com padrões repetitivos e estereotipados de interesses.
- Apego compulsivo e não funcional a rotinas e rituais específicos.
- Maneirismos motores repetitivos e estereotipados.
- Preocupações com partes dos objetos ou elementos não funcionais do material lúdico.

ANEXO 5: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISAS COM SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa: Comportamentos Repetitivos Complexos e Pensamentos Obsessivos no Autismo Infantil.

Pesquisador responsável: Dr. César de Moraes

Nome completo do paciente:

Idade:

Endereço:

RG:

RH:

Nome do responsável legal do paciente:

Idade:

Endereço:

Grau de Parentesco:

RG:

Prova comprobatória documental da responsabilidade, nos casos de autorização fornecida por responsável.

O objetivo principal do trabalho é estudar crianças que apresentem comportamentos repetitivos (“manias” e “hábitos”, por exemplo: abrir e fechar portas inúmeras vezes, repetir sempre o mesmo ritual para dormir, repetir frases ou comportamentos, ir para outros lugares sempre pelo mesmo caminho, etc.) e que apresentam interesses sempre pelas mesmas coisas, sem demonstrar criatividade em suas brincadeiras.

Não haverá necessidade de qualquer tipo de procedimento médico ou exame (não será colhido sangue, fezes ou urina da criança).

Para um maior entendimento desses comportamentos, os pais e responsáveis deverão responder a várias perguntas sobre o comportamento de seus filhos, procurando serem verdadeiros nas repostas dadas.

A identidade das crianças será sempre preservada, não sendo declarada nas conclusões ou publicações do trabalho.

As famílias terão acesso, caso queiram, a qualquer informação obtida sobre a criança durante o período da pesquisa. Suas supostas dúvidas quanto ao significado dos dados deverão ser esclarecidas.

As crianças poderão sair do protocolo de pesquisa a qualquer momento, se assim o desejarem, sem que haja qualquer prejuízo para futuros atendimentos no serviço de psiquiatria infantil da Unicamp ou em sua instituição ou escola de origem.

As crianças que participarem do projeto de pesquisa serão beneficiadas, pois serão avaliadas por um psiquiatra infantil que, através da observação da criança e dos dados conseguidos através dos questionários, auxiliará as equipes que acompanham as crianças a encontrar os melhores métodos para se trabalhar com elas. As crianças que necessitem de uma intervenção psiquiátrica maior receberão atenção especial através de atendimentos de rotina até se resolver às necessidades da criança.

Após a finalização da pesquisa haverá apresentações para as famílias e técnicos demonstrando o significado prático dos resultados obtidos através da coleta de dados.

Telefone do pesquisador responsável para contato: (019)-32362487

Telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso ou reclamações dos pacientes e responsáveis: (019)-7888936.

Data:

Assinatura do pesquisador responsável:

Assinatura do responsável pelo paciente:

Esse documento deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma de posse do responsável pelo paciente e outra no prontuário da pesquisa.

ANEXO 6: CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

A CARS deve ser pontuada no final de um período de observação diagnóstica. Os observadores taxam de 1 a 4 pontos, respectivamente, do comportamento normal ao comportamento gravemente comprometido, para os 15 itens que compõem o instrumento.

Os itens taxados pela CARS são os seguintes:

1. Comprometimento nos relacionamentos humanos.
2. Imitação
3. Afeto inapropriado
4. Uso bizarro dos movimentos corporais e persistência nas estereotipias
5. Peculiaridades no relacionamento com objetos inanimados
6. Resistência às mudanças ambientais
7. Peculiaridades da resposta visual
8. Peculiaridades da resposta auditiva
9. Peculiaridades da resposta dos outros sentidos (ex.: tato, olfato)
10. Reações ansiosas
11. Comunicação verbal
12. Comunicação não-verbal
13. Nível de atividade motora
14. Funcionamento intelectual
15. Impressão geral

ANEXO 7: ESCALA DE MATURIDADE SOCIAL DE VINELAND-DOLL

Identificação:

Nome:

Sexo:

Idade:

Idade escolar:

Data da avaliação:

Níveis de idade:

0-1

1. Resmunga (vocaliza inarticuladamente), ri	(C)
2. Equilibra a cabeça	(AGE)
3. Agarra objetos ao seu alcance	(AGE)
4. Procura por pessoas familiares	(S)
5. Vira sobre si	(AGE)
6. Procura alcançar objetos próximos	(AGE)
7. Distrai-se sozinho	(O)
8. Senta-se sem apoio.	(AGE)
9. Ergue se sozinho	(AGE)
10. Fala, imita sons	(C)
11. Bebe em xícara ou em copo com auxílio	(AC)
12. Move-se pelo assoalho (engatinha)	(L)
13. Agarra com o polegar e o dedo	(AGE)
14. Solicita atenção pessoal	(S)
15. Fica em pé sozinho	(AGE)
16. Não baba	(AC)
17. Obedece a instruções simples	(C)

1-2

18. Anda pelo aposento sem auxílio	(L)
19. Rabisca com lápis preto ou de cor	(O)
20. Mastiga os alimentos	(AC)
21. Tira as meias	(AV)
22. Muda objetos do lugar	(O)
23. Transpõe objetos simples	(AGE)
24. Vai buscar ou carregar objetos familiares	(O)
25. Bebe em xícara ou em copo sem auxílio	(AC)
26. Não anda de carro de bebe	(AGE)
27. Brinca com outras crianças	(S)
28. Come com colher	(AC)
29. Anda pela casa ou quintal	(L)
30. Distingue substâncias alimentares	(AC)
31. Usa nome de objetos familiares	(C)
32. Sobe escada sem auxílio	(L)
33. Desembrulha balas	(AC)
34. Fala em frases curtas	(C)

2-3

35. Pede ir ao banheiro	(AGE)
36. Inicia seus próprios jogos infantis	(O)
37. Tira o casaco ou roupa	(AV)
38. Come com garfo	(AC)
39. Bebe água sem auxílio	(AC)
40. Enxuga as próprias mãos	(AV)
41. Evita perigos simples	(AGE)
42. Põe o casaco e a roupa sozinho	(AV)
43. Usa tesoura para cortar	(O)
44. Conta suas experiências	(C)

3-4

45. Desce escada pondo um pé em cada degrau	(L)
46. Brinca cooperativamente, em nível de jardim de infância	(S)
47. Abotoa casaco ou roupa	(AV)
48. Ajuda em pequenas tarefas domésticas	(O)
49. Faz gracinha para os outros	(S)
50. Lava as mãos sem auxílio	(AV)

4-5

51. Cuida de si próprio no banheiro	(AGE)
52. Lava o rosto sem auxílio	(AV)
53. Anda sozinho pela vizinhança	(L)
54. Veste-se sozinho, com exceção de laços	(AV)
55. Usa lápis preto ou de cor para desenho	(O)
56. Participa de jogos competitivos	(S)

5-6

57. Usa patins, carrinhos de roda, etc.	(O)
58. Escreve palavras simples em letra de forma	(C)
59. Entretém-se com jogos simples de mesa	(S)
60. É lhe confiado dinheiro	(AG)
61. Vai à escola sozinho	(L)

6-7

62. Usa faca de mesa para espalhar manteiga	(AC)
63. Usa lápis para escrever	(C)
64. Toma banho, com supervisão	(AV)
65. Vai para a cama por si	(AV)

7-8

66. Sabe ver horas	(AGE)
67. Usa faca de mesa para cortar	(AC)
68. Não acredita em papai Noel	(S)
69. Participa de jogos pré-adolescentes	(S)
70. penteia ou escova o cabelo	(AV)

8-9

71. Usa ferramentas ou utensílios domésticos	(O)
72. Realiza tarefas caseiras habituais	(O)
73. Lê por sua própria iniciativa	(C)
74. Toma banho por si próprio	(AV)

9-10

75. Cuida-se à mesa	(AG)
76. Faz pequenas compras	(AG)
77. Anda livremente pela cidade	(L)

10-11

78. Escreve ocasionalmente cartas curtas	(C)
79. Faz chamadas telefônicas	(C)
80. Faz pequenos trabalhos remunerados	(O)
81. Responde a anúncios; faz compras pelo correio	(C)

11-12

82. Realiza trabalhos criativos simples	(O)
83. É deixado a sós, cuida de si mesmo e de outros	(AG)
84. Gostam de livros, jornais e revistas	(C)

12-15

85. Entrega-se a jogos difíceis	(S)
86. Cuida-se completamente e quanto à roupa	(AV)
87. Compra os próprios acessórios do vestuário	(AG)
88. Participa de atividades de grupo de adolescentes	(S)
89. Realiza afazeres cotidianos de sua responsabilidade	(O)

15-18

90. Comunica-se por conta própria	(C)
91. Acompanha acontecimentos correntes	(C)
92. Vai sozinho a lugares próximos (fora dos limites da cidade)	(L)
93. Sai desacompanhado durante o dia	(AG)
94. Dispõe de dinheiro próprio para gastar	(AG)
95. Compra todas as suas roupas	(AG)

18-20

96. Vai sozinho a lugares distantes	(L)
97. Cuida da própria saúde	(AG)
98. Tem um emprego ou continua a estudar	(O)
99. Sai a noite sem restrições	(AG)
100. Controla seus principais gastos	(AG)
101. Assume responsabilidade pessoal	(AG)

20-25

102. Emprega previamente o dinheiro	(AG)
103. Assume responsabilidade além do que lhe é necessário	(S)
104. Contribui para o bem estar social	(S)
105. É previdente quanto ao futuro	(AG)

25

106. Realiza trabalho especializado	(O)
107. Entrega-se a recreações benéficas	(O)
108. Sistematiza o próprio trabalho	(O)
109. Inspira confiança	(S)
110. Promove o progresso cívico	(S)
111. Supervisiona trabalhos profissionais	(O)
112. Faz compras para outros	(AG)

113. Dirige ou orienta trabalho dos outros	(O)
114. Realiza trabalho técnico ou profissional	(O)
115. Compartilha da responsabilidade na vida da comunidade	(S)
116. Cria as próprias oportunidades	(O)
117. Contribui para o bem estar geral	(S)

LEGENDA

C – Comunicação			
L – Linguagem			
O – Ocupação			
S – Socialização			
AG – Autogoverno			
AV – Auto-auxílio para vestir			
AC – Auto-auxílio para comer			
AGE – Auto-auxílio geral			
PONTOS OBTIDOS		PONTOS ESPERADOS	

ANEXO 8: LISTA DE SINTOMAS DA ESCALA DE OBSESSÕES E COMPULSÕES DE YALE-BROWN

Avalie todos os itens e assinale os sintomas principais com um "P"(presente). O entrevistador deve se certificar de que os sintomas relatados são sintomas genuínos de TOC, e não sintomas de um outro transtorno, como fobia simples ou hipocondria. Os itens assinalados com um asterisco (*) podem ou não ser fenômenos de TOC.

OBSESSÕES

A. OBSESSÕES DE AGRESSÃO

- Medo de se ferir
- Medo de ferir outros
- Imaginar cenas violentas ou horrendas
- Medo de dizer involuntariamente obscenidades ou insultos
- Medo de fazer algo que cause embaraço*
- Medo de executar involuntariamente impulsos (ex.: apunhalar um amigo ou membro da família)
- Medo de roubar ou furtar
- Medo de ferir outros por não ter sido suficientemente cuidadoso
- Medo de ser responsável por algo terrível que aconteça (ex.: incêndio, assalto)
- Outra (descrever)

B. OBSESSÕES DE CONTAMINAÇÃO

- Preocupações ou nojo por excrementos ou secreções do corpo (ex.: urina, fezes, saliva)
- Preocupação com sujeira ou micróbios
- Preocupação excessiva com contaminações proveniente do ambiente (ex.: resíduos tóxicos, asbesto, radiação)
- Preocupação excessiva com artigos domésticos (ex.: detergentes, solventes)
- Preocupação excessiva com animais (ex.: insetos)
- Incômodo com substâncias viscosas ou resíduos
- Preocupação em ficar doente por contaminação
- Preocupação em provocar doenças nos outros e por espalhar substâncias que causem contaminação (de forma agressiva)
- Nenhuma outra preocupação além da sensação de estar contaminado*
- Outra (descrever)

C. OBSESSÕES SEXUAIS

- Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos
- Conteúdo envolvendo homossexualidade*
- Comportamento sexual em relação a outros (de forma agressiva)*
- Outra (descrever)

D. COLECIONISMO/ GUARDAR OBJETOS INÚTEIS

- (Distinguir de hobbies e da preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário)

E. OBSESSÕES RELIGIOSAS (ESCRUPULOSIDADE)

- Preocupação excessiva com sacrilégios e blasfêmias
- Preocupação excessiva com o certo/errado, com a moralidade

F. OBSESSÕES COM A NECESSIDADE DE SIMETRIA OU EXATIDÃO

- Acompanhadas de pensamento mágico (ex.: preocupação que a mãe possa vir a ter um acidente se determinados objetos não forem colocados nos lugares certos)
- Não acompanhadas de pensamentos mágicos

G. OBSESSÕES DIVERSAS

- Necessidade de saber ou recordar
- Medo de dizer determinadas coisas
- Medo de não dizer exatamente a coisa certa
- Medo de perder coisas
- Imagens intrusivas (não violentas)
- Sons, palavras, músicas ou números intrusivos
- Incômodo com certos sons/ruídos*
- Números, cores, palavras de sorte/azar
- Cores com significado especial
- Medos supersticiosos
- Outra (descrever)

H. OBSESSÕES SOMÁTICAS

- Preocupação com doença ou enfermidade*
- Preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física(ex.: dismorfofobia)*
- Outra (descrever)

COMPULSÕES

A. COMPULSÕES DE LIMPEZA/LAVAGEM

- Lavagem excessiva ou ritualizada das mãos
- Ducha, banho, escovação de dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal ritualizadas ou excessivas
- Limpeza excessiva de móveis da casa ou objetos inanimados
- Outras medidas para prevenir ou remover o contato com substâncias que podem causar contaminação
- Outra (descrever)

B. COMPULSÕES DE VERIFICAÇÃO

- Verificação de fechaduras, fogão, utensílios domésticos, brinquedos, livros/itens escolares
- Verificar se feriu ou se não vai ferir alguém
- Verificar se não se feriu ou não vai ferir a si próprio
- Verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer
- Verificar se não cometeu erros
- Verificações associadas a obsessões somáticas
- Outra (descrever)

C. RITUAIS DE REPETIÇÃO

- Rerler, apagar ou reescrever
- Necessidade em repetir atividades rotineiras (ex.: entrar/sair de casa várias vezes; sentar-se/levantar-se várias vezes de uma cadeira)
- Outra (descrever)

D. COMPULSÕES DE CONTAGEM

- Objetos, certos números, palavras, etc (descrever)

E. COMPULSÕES DE ORDENAÇÃO/ARRANJO

- Necessidade de simetria (alinhar itens de uma determinada forma ou organizar itens pessoais de uma maneira específica)
- Outros (descrever)

F. COMPULSÕES DE COLECIONISMO/ACÚMULO DE OBJETOS

- Distinguir de hobbies e da preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário (ex.: ler cuidadosamente cartas/documentos sem valor, acumular jornais velhos, colecionar objetos sem utilidade)

G. COMPULSÕES DIVERSAS

- Rituais mentais(excetuar verificação/contagem)
- Efetuar listas expressivas
- Necessidade de falar, perguntar ou confessar
- Necessidade de tocar, esfregar ou bater de leve em objetos*
- Rituais envolvendo piscar de olhos ou olhar fixamente*
- Medidas que visam prevenir (não são verificações): ferimentos a si próprio, a outros, conseqüências terríveis
- Comportamento ritualizado ao comer*
- Comportamentos supersticiosos (distinguir de jogos mágicos próprios da idade)
- Tricotilomania*
- Outros comportamentos de auto-mutilação e auto-agressão*
- Outra (descrever)

Lista de Sintomas Alvo

Obsessões

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Compulsões

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Evitação

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

ANEXO 9: QUESTIONÁRIO DE OBSESSÕES DA UNIVERSIDADE DE CAMBRIDGE

Nome da criança:

Data de nascimento:

Sexo:

Para cada categoria de obsessão, por favor, verifique se a criança apresenta algum fenômeno obsessivo. Caso a resposta seja afirmativa, especifique a obsessão apresentada pela criança (pode ser mais do que uma).

1. **Máquinas (como as coisas funcionam).** Ex.: computadores, rádios, TVs, máquinas de lavar, relógios, alarmes, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

2. **Sistemas.** Ex.: ralos, interruptores de luz, torneiras, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

3. **Classificação e categorização.** Ex.: alinhar objetos, arranjar objetos em ordem alfabética, pelo tamanho, cor ou forma.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

4. **Crenças.** Ex.: religião, política, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

5. **Informações numéricas.** Ex.: horário, tabuada, cálculos, calendários, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

6. **Esportes e jogos.** Ex.: futebol, tênis, natação, jogo de cartas, jogos de tabuleiro, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

7. **Forte ligação com um objeto específico.** Ex.: uma roupa, um “paninho”, tampas de garrafas, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

8. **Experiências sensoriais.** Ex.: tocar em coisas específicas, ouvir certos sons, cheirar objetos, ficar olhando para a luz, rasgar papel, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

9. **Ofícios.** Ex.: costurar, cozinhar, trabalhar com carpintaria, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

10. **Informações.** Ex.: ler ou memorizar uma lista de coisas, escrever cartas, ler enciclopédias, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

11. **Artes.** Ex.: teatro, cinema, assistir Tv e vídeo, tocar um instrumento, ouvir música, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

12. **Ciências.** Ex.: astronomia, química, física, engenharia, biologia, geologia, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

13. **Animais.** Ex.: cachorros, animais de fazenda ou selvagens, dinossauros, insetos, peixes, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

Colecionar objetos. Ex.: botões, caixas, catálogos, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

14. **Pessoas.** Ex.: falar apenas de uma pessoas específica, se apegar a pessoas específicas, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

15. **Veículos.** Ex.: trens, ônibus, aviões, barcos, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

16. **Objetos que giram.** Ex.: tampas, moedas, pratos, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

17. **Alimentos e bebidas.** Ex.: consumir apenas um determinado tipo de comida ou bebida, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

18. **Plantas.** Ex.: plantas florestais, ornamentais, etc.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

19. **Outras.** Descrever qualquer outra obsessão que não tenha sido proposto pelas categorias anteriores.

a) Sim	b) Não	Especifique:
--------	--------	--------------

ANEXO 10: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO AUTISTA (CACS-27)

**** Atenção:**

Leia atentamente as orientações abaixo antes de iniciar o preenchimento das respostas.

1. Leia atentamente as questões antes de respondê-las.
2. O questionário é formado por 27 questões divididas em 4 aspectos a saber: interação social recíproca (questões 1 a 5), comportamentos estereotipados e restritos (questões 6 a 11), linguagem e comunicação (questões 12 a 21), comportamentos inespecíficos (questões 22 a 27).
3. Existem apenas quatro opções de resposta possíveis: sempre, às vezes, nunca e sem resposta (essa categoria de resposta existe exclusivamente no aspecto linguagem e comunicação).
4. Você deve dar apenas uma resposta para cada questão, marcando com um X a resposta que julga ser a mais correta diante do comportamento observado.
5. Responda de acordo com a frequência observada do comportamento proposto em cada uma das questões, seguindo as seguintes correlações:

sempre: o comportamento proposto pela questão ocorre com muita frequência e é claramente anormal, quando comparado com o comportamento de uma outra criança da sua idade.

às vezes: o comportamento proposto pela questão ocorre com frequência reduzida e há dúvidas se o comportamento da criança é anormal, quando comparado com uma outra criança de sua idade.

nunca: o comportamento proposto pela questão não ocorre. O comportamento da criança é normal, quando comparado com uma outra criança de sua idade.

sem resposta: essa categoria de resposta é exclusiva do aspecto linguagem e comunicação e deve ser aplicada sempre que a criança não estruture frases (reunião de palavras que tenham um sentido completo). Caso a criança não estruture frases, anote a resposta d.: sem resposta.

6. Não se esqueça de preencher os dados de identificação.

Nome da criança:

Nome de quem respondeu o questionário:

Sua relação com a criança (ex. mãe, pai, professora, fonoaudióloga, etc.):

Endereço e telefone para contato:

- 1- A criança parece não perceber a presença das pessoas, ficando alheia aos acontecimentos ao seu redor.

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

24 - A criança se auto-agride (ex. bate a cabeça na parede, morde-se com frequência).

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

25 - A criança costuma agredir outras pessoas ou destruir objetos.

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

26 - A criança apresenta medo ou parece assustada diante de situações novas que não representam perigo real.

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

27 - A criança costuma se envolver em situações de risco (ex. perder-se dos pais ou responsáveis, ferir-se com objetos).

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

