

CÉSAR DE MORAES

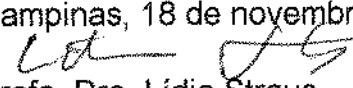
**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO
AUTISTA (CACS-27): DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO E
APRESENTAÇÃO DE DADOS DE VALIDADE E
CONFIABILIDADE**

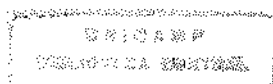
Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Saúde Mental do aluno César de Moraes.

Campinas, 18 de novembro de 1999

Campin

1999


Prof. Dra. Lídia Straus
Orientadora



CÉSAR DE MORAES

***QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO
AUTISTA (CACS-27): DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO E
APRESENTAÇÃO DE DADOS DE VALIDADE E
CONFIABILIDADE***

*Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de
Pós-graduação em Medicina, área de Saúde
Mental da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas, para
obtenção do título de Mestre em Medicina, na
área de Saúde Mental*

Orientadora: Profa. Dra. Lídia Straus

Campinas

1999

3C
9573
199
0 12
100
12-88

00137164-7

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

M792q Moraes, César de
Questionário de avaliação do comportamento autista (CACS-27) :
Descrição do instrumento e apresentação de dados de validade e
confiabilidade / César de Moraes. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

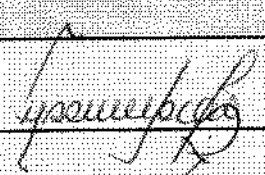
Orientador: Lídia Straus
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Autismo. 2. Questionário. 3. Diagnóstico. I. Lídia Straus. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Lidia Straus

Membros:

1. Prof. Dr. Francisco Baptista Gonçalves 
2. Profa. Dra. Helena Helena V. Celso - Elisia Helena Ribeiro Keller Celso
3. Profa. Dra. Lidia Straus 

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/11/97

DEDICATÓRIA

A Cláudia, Lucas e Camila.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lídia Straus, minha amiga, orientadora, principal referência profissional, a pessoa que mais me incentivou durante a realização desse trabalho.

À Profa. Dra. Dayse Maria Borges Keiralla, sempre afetiva e competente, cuja colaboração para a criação do questionário foi inestimável.

À Coordenadora da Associação para o Desenvolvimento dos Autistas de Campinas (Adacamp), Profa. Mércia Costa, por seu incansável apoio durante a coleta de dados.

À psicóloga Angélica Bonzatto de Paiva e Silva e à pedagoga Nélia Braga Barbosa Rodrigues, ambas do Centro de Estudos e Pesquisa e Reabilitação - Cepre Prof. Dr. Gabriel Porto/Unicamp, pela importante colaboração na seleção das crianças surdas que participaram do projeto.

À assistente social Maria Cristina Damião Pereira, da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) de Campinas, por seu inestimável apoio durante a coleta de dados.

Aos profissionais da Associação para o Desenvolvimento dos Autistas de Campinas (Adacamp), do Centro de Estudos e Pesquisa e Reabilitação - Cepre Prof. Dr. Gabriel Porto/ Unicamp e da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Apae - Campinas, por terem respondido prontamente aos questionários.

À Comissão de Pesquisa Estatística da FCM-Unicamp, pelo apoio estatístico.

À Capes, pela ajuda financeira.

A todos os pais que participaram da pesquisa e imensamente contribuíram para sua conclusão.

Às crianças autistas, razão principal desse trabalho.

"Teu filho é uma criança autista". Nunca tinha ouvido falar desse problema e pedi que me explicasse melhor. O médico me explicou que os autistas vivem em um mundo próprio, não mantêm contato algum com outras pessoas e não participam da nossa vida em comum.

(...) Sai de lá completamente perdida. Ficava pronunciando aquele nome, AUTISMO, o tempo todo. Pensava que deveria haver livros sobre o assunto, mas se havia, eu não conseguia chegar a eles.

Lembrei-me que há alguns anos havia assistido a um filme chamado "Meu filho, meu mundo", o qual me chamou muita atenção na época. Tentei ver o filme novamente, mas tudo era diferente dos fatos.

Cheguei à conclusão que seria um desafio , pois ninguém sabia nada de concreto.

(...) Hoje não vejo a minha vida como um drama, pois acredito que somos capazes de enfrentar tudo nessa vida.

Por tudo que sei e pesquisei na medicina, descobri que ainda não chegaram a uma conclusão correta. Para mim os autistas vivem num mundo paralelo.

(..) É necessário que todos tenham uma dose muito grande de paciência e calma. Uma vez que devemos conviver com eles, é melhor que contornemos a situação da melhor maneira possível. Tenho certeza de que todos nós temos um autocontrole muito grande e devemos passar isso a eles.

Devemos lutar sempre por esse filho, assim como por um filho normal, porque é isso que ele espera de nós . Nós, pais de autistas, temos que estar sempre à frente deles, lutando por uma qualidade de atendimento e divulgação do problema, para termos uma sociedade consciente, que contribua para a socialização dessas crianças.

Às vezes tão perto, tão perfeito e tão distante.

**Mundo Paralelo - por Vera Lúcia G. M. da Silva, mãe de Bruno, 13 anos,
ex-aluno da Associação para o Desenvolvimento dos Autistas de Campinas
(ADACAMP)**

"... o autismo, embora possa ser visto como uma condição médica, também deve ser encarado como um modo de ser completo, uma forma de identidade profundamente diferente..."

OLIVER SACKS

SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO.....	<i>i</i>
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. A história do autismo infantil.....	2
1.2. Autismo infantil e as classificações diagnósticas.....	5
1.3. Quadro clínico da síndrome.....	6
1.3.1. Início precoce.....	6
1.3.2. Interação social recíproca.....	7
1.3.3. Linguagem e comunicação.....	8
1.3.4. Repertório restrito de atividades e interesses.....	10
1.3.5. Comportamentos inespecíficos associados ao autismo.....	11
1.4. Avaliação neuropsiquiátrica no autismo infantil.....	11
1.5. Diagnóstico diferencial.....	13
1.5.1. Outros transtornos invasivos do desenvolvimento.....	13
1.5.2. Retardo mental.....	14
1.5.3. Síndrome do X Frágil (X FRA).....	14
1.5.4. Esclerose tuberosa de Bourneville.....	15
1.5.5. Fenilcetonúria.....	15

1.5.6. Epilepsia.....	16
1.5.7. Infecção pré-natal.....	16
1.6. Diagnóstico clínico.....	17
1.7. Principais instrumentos estruturados de diagnóstico.....	18
1.8. Justificativas.....	21
2. OBJETIVOS.....	24
2.1. Objetivo geral.....	25
2.2. Objetivos específicos.....	25
3. METODOLOGIA.....	26
3.1. Criação e descrição do instrumento.....	27
3.2. Questionário de avaliação do comportamento autista (CACS-37).....	35
3.3. Indivíduos estudados.....	45
3.3.1. Crianças autistas.....	45
3.3.2. Crianças com retardo mental.....	46
3.3.3. Crianças surdas.....	46
3.4. Procedimentos experimentais gerais.....	49
3.5. Métodos estatísticos.....	49

4. RESULTADOS	51
4.1. Resultados do questionário-piloto.....	52
4.2. Questionário de avaliação do comportamento autista (CACS-27), versão final.....	70
4.3. Resultados do questionário final (Re-teste de validade e confiabilidade)....	76
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	86
6. CONCLUSÃO	104
7. SUMMARY	107
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
9. ANEXOS	116

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS:	Autism behavior Checklist
ADACAMP:	Associação para o Desenvolvimento dos Autistas de Campinas
ADI:	Autism Diagnostic Interview
ADOS:	Autism Diagnostic Observation Schedule
APA:	American Psychiatric Association
APAE:	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BOS:	Behavior Observation Scale for Autism
BRIAAC:	Behavior Rating Instrument for Autism and Atypical
CACS:	é apenas um 'nickname', não é uma sigla
CARS:	Child Autism Rating Scale
CEPRE:	Centro de Estudos e Pesquisa e Reabilitação
CER:	comportamentos estereotipados e restritos
CID:	Classificação Internacional de Doenças
CIN:	comportamentos inespecíficos
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ISR:	interação social recíproca
LEC:	linguagem e comunicação
NSAC:	National Society for Autistic Children
OMS:	Organização Mundial de Saúde
QI:	quociente de inteligência

LISTA DE SÍMBOLOS

<: menor

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1: Origem dos erros de informações nas entrevistas clínicas/questionário de avaliação do comportamento autista.....	22
Tabela 2: Apresentação das crianças/questionário de avaliação do comportamento autista.....	47
Tabela 3: Frequência por idade/questionário de avaliação do comportamento autista.....	48
Tabela 4: Frequência por sexo/questionário de avaliação do comportamento autista.....	48
Tabela 5: Coeficientes α de Cronbach por aspecto e por avaliador/questionário de avaliação do comportamento autista.....	52
Tabela 6: Coeficientes de Kappa ponderados (kw) para itens do aspecto ISR entre avaliadores e por grupo/questionário de avaliação do comportamento autista.....	53
Tabela 7: Coeficientes de Kappa ponderados (kw) para itens do aspecto CER entre avaliadores e por grupo/questionário de avaliação do comportamento autista.....	55
Tabela 8: Coeficientes de Kappa ponderados (kw) para itens do LEC entre avaliadores e por grupo/questionário de avaliação do comportamento autista.....	57
Tabela 9: Coeficientes de Kappa ponderados (kw) para itens do aspecto CIN entre avaliadores e por grupo/questionário de avaliação do comportamento autista.....	59

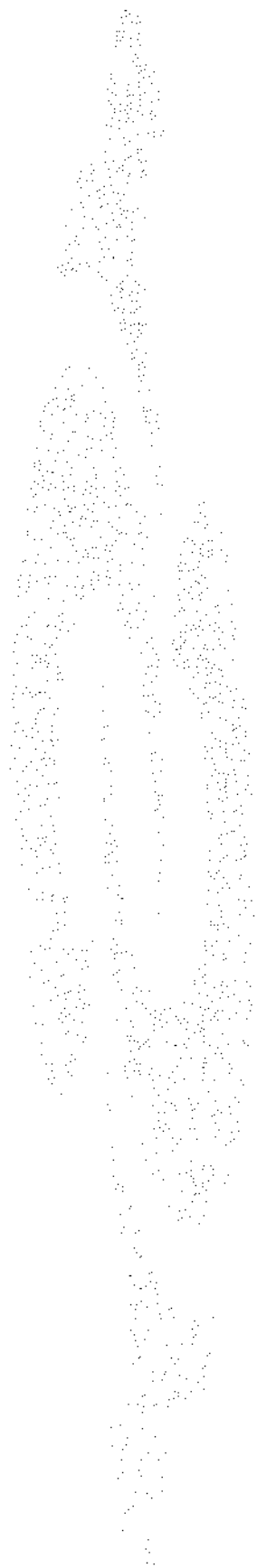
Tabela 10: Coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto ISR/questionário de avaliação do comportamento autista.....	61
Tabela 11: Coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto CER/questionário de avaliação do comportamento autista.....	62
Tabela 12: Coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto LEC/questionário de avaliação do comportamento autista.....	63
Tabela 13: Coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto CIN/questionário de avaliação do comportamento autista.....	64
Tabela 14: Estatísticas descritivas dos escores do aspecto ISR, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.....	65
Tabela 15: Estatísticas descritivas dos escores do aspecto CER, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal/Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.....	66
Tabela 16: Estatísticas descritivas dos escores do aspecto LEC, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.....	67
Tabela 17: Estatísticas descritivas dos escores do aspecto CIN, por grupo e avaliador, e testes de Kruska-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.....	68
Tabela 18: Re-teste dos coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto ISR/questionário de avaliação do comportamento autista.....	76
Tabela 19: Re-teste dos coeficientes de correlaçãode Spearman para o aspecto CER/questionário de avaliação do comportamento autista.....	77
Tabela 20: Re-teste dos coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto LEC/questionário de avaliação do comportamento autista.....	78

Tabela 21: Re-teste dos coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto CIN/questionário de avaliação do comportamento autista.....	79
Tabela 22: Coeficientes de correlação de Spearman para todos os aspectos/questionário de avaliação do comportamento autista.....	80
Tabela 23: Re-teste: estatísticas descritivas dos escores do aspecto ISR, por grupo e avaliador, e teste de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.....	81
Tabela 24: Re-teste: estatísticas descritivas dos escores do aspecto CER, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.....	82
Tabela 25: Re-teste: estatísticas descritivas dos escores do aspecto CIN, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.....	83
Tabela 26: Re-teste: estatísticas descritivas dos escores totais, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.....	84
Tabela 27: Estatísticas descritivas dos escores totais por idade. Grupo e avaliador e p-valores do teste de Mann/Whitney/questionário de avaliação do comportamento autista.....	85



RESUMO

Apesar da existência de vários instrumentos diagnósticos no exterior, no Brasil ainda não foi desenvolvido um instrumento específico de avaliação dos quadros de autismo infantil, adequado às nossas condições socioculturais. O trabalho descreve um questionário de avaliação nacional com propriedades psicométricas (CACS-27), apresentando os dados estatísticos que avaliam sua validade e confiabilidade. A descrição das diversas questões que compõem o instrumento baseou-se nos critérios diagnósticos da CID 10. Alguns sintomas, que não são essenciais ao diagnóstico, mas importantes para o planejamento terapêutico, também foram descritos. Cada resposta do questionário, que é formado em sua versão final de 27 perguntas, é pontuada de acordo com a ausência ou presença do referido sintoma. Estudaram-se 21 crianças divididas em três grupos diagnósticos: autismo infantil, retardo mental e surdez. Para cada criança estudada, distribuíram-se 4 questionários, que foram respondidos, respectivamente, pela mãe, pelo pai, pela professora e por um profissional de saúde que acompanha a criança. Para a análise dos dados utilizaram-se as seguintes medidas estatísticas: índice de Cronbach, para verificar a consistência interna dos itens, coeficiente de Kappa, para verificar a concordância entre os diversos avaliadores, coeficientes de Spearman, para verificar a concordância entre os escores totais, teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, para avaliar a validade discriminativa do instrumento e teste de Mann-Whitney, para verificar se houve diferença significativa entre os escores totais, comparando-se duas faixas etárias. O instrumento apresentou questões com alto grau de confiabilidade, além de ter demonstrado validade de teor e discriminativa.



1. INTRODUÇÃO

1.1. A HISTÓRIA DO AUTISMO INFANTIL

Desde o século XIX, a literatura tem descrito casos isolados de crianças com severos distúrbios mentais decorrentes de importantes distorções dos processos normais do desenvolvimento que, de acordo com a atual terminologia, preencheriam critérios diagnósticos para autismo infantil ou transtorno autista (MALSON, 1964).

Obviamente, a síndrome autista não é uma “nova condição típica de sociedades urbanas e industrializadas do século XX” (como proposto por TINBERGEN & TINBERGEN, 1983), mas foi nesse século que ocorreu o maior número de descrições de crianças que apresentavam características autistas.

Em 1908, SANCTA DE SANCTIS descreveu a “demência precocíssima”, baseado em excepcionais observações de quadros demenciais em pré-púberes, caracterizados por uma sintomatologia análoga a “demência precoce”, descrita, em adultos, por Emil Kraepelin.

No mesmo ano, HELLER, educador vienense, descreveu um grupo de seis crianças, entre 3 e 4 anos, que apresentava uma insidiosa perda da linguagem e habilidades mentais, com sintomatologia essencialmente idêntica à das crianças autistas.

BLEULER, em 1919, usou pela primeira vez o termo ‘autismo’ para descrever a inabilidade dos pacientes esquizofrênicos em se relacionar com o mundo externo e seus déficits na interação social.

Foi apenas em 1943 que Léo Kanner, psiquiatra austríaco, professor da John Hopkins University e um dos membros fundadores do Journal of Autism in Childhood Schizophrenia, escreveu um artigo na Nervous Child intitulado ‘Autistic disturbances of affective contact’ (KANNER, 1943). O relato trazia as principais diferenças entre o autismo e outras patologias estudadas pela psiquiatria infantil, em particular, a esquizofrenia infantil e o retardo mental.

Nesse artigo, descreve detalhadamente onze crianças (oito meninos e três meninas) que apresentavam sintomatologia com “peculiaridades fascinantes”, formando uma síndrome “nunca antes relatada”. Essas crianças falhavam em assumir uma postura antecipatória e preparatória ao serem pegos pelos pais e não mudavam de posição ou fisionomia, quando os pais, após horas fora de casa, tentavam conversar com elas ou segurá-las no colo. As crianças não eram capazes de se moldar ao corpo de quem as segurava, até a idade de dois ou três anos.

Oito das onze crianças adquiriram habilidade para falar na idade usual ou com um pequeno atraso, mas não usavam a linguagem com o propósito de se comunicar. A incapacidade de formar frases espontaneamente e a reprodução das frases de maneira ecológica permitiam o surgimento de um fenômeno gramatical peculiar: os pronomes pessoais eram repetidos apenas como ouvidos. Conseqüentemente, a criança falava de si sempre como “você”, e das pessoas como “eu” (inversão pronominal). Essas crianças não toleravam barulhos muito altos ou mudanças de local dos objetos. Havia uma marcante dificuldade na criação de atividades espontâneas e o comportamento da criança era governado pela manutenção da “mesmice” que ninguém, a não ser a própria criança, poderia interromper em raras ocasiões.

O relacionamento dessas crianças com outras pessoas era muito diferente. Todas elas, ao entrar no consultório, dirigiam-se imediatamente aos blocos, brinquedos e outros objetos, sem prestar a menor atenção às pessoas presentes. Seus pais se referiam a elas como se fossem “auto-suficientes”, “como uma concha”, “felizes quando deixadas sozinhas”, ou agissem “como se as pessoas não estivessem lá”, “quase como se hipnotizadas”. Todas as crianças mostraram um extremo isolamento desde o início da vida, não respondendo a qualquer estímulo que viesse do mundo exterior. Fisicamente, eram essencialmente normais. Possivelmente, teriam sido vistas como tendo déficit intelectual ou esquizofrenia. KANNER (1943) assim as descreve: “o patognomônico dessas crianças é a inabilidade de manterem relações normais com outras pessoas desde o início da vida...Desde o início há uma extrema solidão autista que, todas às vezes em que isso é possível, desdenha, ignora, exclui tudo o que vem à criança do exterior”. Concluiu o artigo dizendo supor que essas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de constituir biologicamente o

contato afetivo habitual com as pessoas, “assim como outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas”. No ano seguinte, no *Journal of Pediatrics*, publica um novo artigo no qual descreve mais dois casos e nomeia a síndrome como ‘autismo infantil precoce’ (KANNER, 1944).

O valor clínico e descritivo do quadro clínico dessas treze crianças parece-me inquestionável. Kanner, além de nomear a síndrome, influenciou de maneira decisiva a formulação dos critérios diagnósticos para o autismo infantil das modernas classificações diagnósticas em psiquiatria.

Desde sua descrição por Kanner (ANEXO 1), os clínicos divergiram quanto às concepções teóricas da síndrome e, conseqüentemente, enfatizaram diferentes aspectos tidos como essenciais para o diagnóstico do autismo.

Definições da síndrome, a descrição de quadros clínicos coincidentes e a utilização de vários termos sinônimos surgiram no decorrer dos anos e foram amplamente empregadas durante a realização do diagnóstico.

Em 1944, um pediatra austríaco chamado Hans Asperger descreveu um grupo de crianças que apresentavam sintomatologia semelhante à dos quadros autistas. Chamou o quadro clínico observado de ‘psicopatia autista’. As contribuições de Asperger não foram amplamente reconhecidas até a década de 80 (WING, 1981), pois ele trabalhava em Viena e publicava na Alemanha, ao contrário de Kanner, que vivia e publicava nos Estados Unidos.

Em 1978, RITVO & FREEDMAN criaram a definição da síndrome empregada pela National Society for Autistic Children (ANEXO 2).

No mesmo ano, RUTTER & SCHOPLER criaram critérios que, definindo a síndrome, foram amplamente aceitos pela comunidade científica. Como na definição da NSAC, eles estipulavam que o comprometimento na esfera social e de comunicação, de início precoce, era a característica principal do autismo infantil.

Muitos autores (começando por GILBERG, 1990) têm se utilizado do conceito de transtornos do *spectrum* autista, que inclui o autismo infantil, a Síndrome de Asperger, a Síndrome de Heller, o retardo mental com traços autistas e outras condições “autistic-like”.

1.2. AUTISMO INFANTIL E AS CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Apesar de descrito em 1943, o diagnóstico autismo infantil não apareceu na série diagnóstica da Organização Mundial de Saúde até 1979, quando surgiu pela primeira vez na CID 9, classificado entre os transtornos psicóticos.

A American Psychiatric Association (APA), em 1980, incluiu em sua terceira edição do Diagnostic and Statistical Manual (ANEXO 3), o diagnóstico de autismo infantil. Já no DSM-III-R e DSM-IV (ANEXOS 4 e 5, respectivamente) o termo ‘infantil’ foi eliminado, pois sugeria que o autismo é um transtorno específico da infância. Apesar de os indivíduos com autismo melhorarem com o passar dos anos, especialmente aqueles que recebem um tratamento adequado, eles continuam a necessitar de alguma forma de suporte pelo resto de suas vidas. Na CID 10 o termo ‘autismo infantil’ ainda persiste.

Apesar dos comprometimentos da interação social, da linguagem e da comunicação e da incapacidade criativa dessas crianças já estarem presentes desde sua primeira descrição, foi apenas a partir do DSM III-R que essas alterações qualitativas foram mais bem definidas. No DSM III, por exemplo, falava-se apenas de “falha em sua resposta afetiva”, “déficits no desenvolvimento da linguagem” e “respostas bizarras ao ambiente, resistência a mudanças e interesses peculiares”. Desde o início da descrição dos critérios diagnósticos, havia a necessidade de ausência de claros sinais de esquizofrenia infantil. O DSM III-R foi o primeiro a trazer os diversos itens que definiam quais eram os comprometimentos qualitativos na interação social e na comunicação e o repertório restrito de atividades e interesses. Alguns estudos têm sugerido que o DSM III-R pode diagnosticar um número maior de indivíduos do que o DSM III (VOLKMAR *et al.*, 1988). Estudos sobre o DSM IV sugerem que os novos critérios diagnósticos voltam a diagnosticar um número menor de autistas, aproximando-o do DSM III. Contudo, não há estudos de populações

cotejando os diversos manuais diagnósticos e suas mudanças de critérios, o que não permite maiores conclusões sobre a maior ou menor especificidade de cada um, quando comparados.

Em 1993, na CID 10, o autismo infantil passa a ser classificado entre os transtornos invasivos do desenvolvimento (ANEXO 6), juntamente com o transtorno desintegrativo na infância, com a síndrome de Rett, síndrome de Asperger e autismo atípico.

Apesar desses recentes avanços nos atuais critérios diagnósticos, para se diagnosticar autismo infantil não devem ser levados em conta os aspectos biológicos da síndrome, e, sim, apenas seus aspectos fenomenológicos. Esse fato faz com que possamos diagnosticar autismo infantil associado a uma série de patologias com mecanismos fisiopatológicos distintos. Ao ser feito um diagnóstico de esclerose tuberosa ou retardo mental, por exemplo, o diagnóstico de autismo infantil não precisa, necessariamente, ser excluído, visto que a definição da síndrome é dada pelo seu conjunto de sinais clínicos e não pelos seus mecanismos fisiopatológicos.

Esse fato faz com que tenhamos crianças, diagnosticadas como autistas, que apresentam mecanismos fisiopatológicos absolutamente diferentes (defeitos de formação, quadros infecciosos, hipóxia, síndromes genéticas, déficits enzimáticos, etc.), todos levando a um comprometimento do sistema nervoso central.

1.3. QUADRO CLÍNICO DA SÍNDROME

1.3.1. Início precoce

A maioria dos pesquisadores e clínicos concorda que os sintomas do autismo infantil, geralmente, iniciam-se antes dos trinta meses de idade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993). Indicadores que o processo de desenvolvimento da criança não vai bem podem ocorrer antes dos seis meses de idade. Crianças que choram demais ou são vistas como muito quietas pelos pais, crianças que têm pouco contato visual, não mantêm posição

antecipatória ou não prestam atenção aos eventos familiares principais podem estar apresentando sintomas iniciais da síndrome autista. As alterações no ritmo do desenvolvimento da criança também costumam ocorrer precocemente.

O início precoce é um dos principais sintomas que diferenciam o autismo infantil do transtorno desintegrativo na infância. Na síndrome de Heller, o quadro clínico se inicia após um período de desenvolvimento normal da criança e, geralmente, ocorre após os três primeiros anos de vida.

O DSM III-R não inclui o início precoce como critério diagnóstico, visto que há relatos de síndromes autistas típicas que se iniciam em pessoas entre 4 e 31 anos de idade, em conexão, por exemplo, com uma encefalite herpética (DELONG, BEAU, BROWN, 1981).

1.3.2. Interação social recíproca

Os distúrbios na interação social dos autistas podem ser observados desde o início da vida. Com autistas típicos, o contato 'olho a olho' já se apresenta anormal antes do final do primeiro ano de vida (MIRENDA, DONNELLAN, YODER, 1983). Muitas crianças olham de canto de olho ou muito brevemente. Um grande número de crianças não demonstra postura antecipatória ao serem pegos pelos seus pais, podendo resistir ao toque ou ao abraço. Dificuldades em se moldar ao corpo dos pais, quando no colo, são observadas precocemente. Crianças que, posteriormente, receberam o diagnóstico de autismo, demonstravam falta de iniciativa, de curiosidade ou comportamento exploratório, quando bebês.

Freqüentemente, seus pais as descrevem como: "felizes quando deixadas sozinhas", "como se estivessem dentro de uma concha", "sempre em seu próprio mundo".

Os autistas têm um estilo 'instrumental' de se relacionar, utilizando-se dos pais para conseguirem o que desejam. Um exemplo de modo instrumental de relacionamento ocorre quando a criança autista pega a mão de sua mãe e a utiliza para abrir uma porta em vez de abrir a porta com sua própria mão.

FRITH (1991) sugere que a falha básica nos autistas é a incapacidade de atribuir aos outros indivíduos sentimentos e pontos de vista diferentes do seu próprio, concluindo que falta a essas crianças uma “teoria da mente”. Esse fato faz com que a empatia da criança seja falha, afetando sentimentos básicos, como medo, raiva ou alegria. As pessoas, os animais e os objetos acabam sendo tratados de um mesmo modo, visto que a criança não percebe a diferença entre um indivíduo que pensa e tem desejos e um objeto inanimado.

As crianças autistas não compreendem como se estabelecem as relações de amizade. Algumas não tem amigos e outras acreditam que todas as crianças de sua sala de aula são seus amigos.

A indiferença em dividir atividades e interesses com outras pessoas também é um sintoma marcante (a habilidade em mostrar objetos de interesse para outras pessoas ocorre no primeiro ano de vida, e a ausência desse sinal é um dos sintomas mais precoces do autismo infantil).

Os autistas apresentam dificuldades em manter um contato social inicial, demonstrando problemas para sustentar esse contato, com frequência interrompido prematuramente.

Com o passar dos anos, as anormalidades de relacionamento social tornam-se menos evidentes, principalmente se a criança é vista próxima de seus familiares. A resistência em ser tocado ou abraçado bem como o evitamento no contato visual tendem também a diminuir.

1.3.3. Linguagem e comunicação

Quando os autistas começam a se utilizar da linguagem (ou falham em começar), os pais passam a perceber com mais clareza que seus filhos são diferentes das outras crianças da mesma idade. Muitas vezes, é o atraso na aquisição de linguagem verbal que faz com que os pais procurem ajuda médica.

Apesar desse fato, sinais de dificuldades na capacidade de comunicação das crianças autistas são evidentes mesmo antes do período de aquisição da linguagem verbal, mas passam despercebidos pelos pais.

Nas crianças autistas, a comunicação não verbal precoce é usualmente limitada ou inexistente. Bebês rapidamente desenvolvem uma habilidade de se comunicar por meio de sinais não verbais: demonstram suas emoções pela expressão facial, procuram por objetos de interesse ou por pessoas, antecipam-se para obter contato físico com seus pais. O mesmo não ocorre com crianças autistas.

Usualmente, crianças autistas demonstram sérios problemas na compreensão e utilização da mímica, gestualidade e fala.

Desde o início, os jogos de 'faz de conta' e de imitação social, amplamente observados nas crianças com desenvolvimento normal, são falhos ou inexistentes.

Quase sem exceção, os autistas apresentam atraso ou ausência total no desenvolvimento da linguagem verbal, que não é compensado pelo uso da gestualidade ou outras formas de comunicação. Apesar de não demonstrarem alterações significativas no balbúcio (DAHLGREN & GILBERG, 1989), metade dessas crianças não adquirem linguagem verbal e, as que adquirem, apresentam sérios desvios de linguagem. Aproximadamente 37% das crianças autistas começam a falar as primeiras palavras normalmente, mas param de falar, repentinamente, entre o vigésimo quarto e o trigésimo mês.

Os autistas que desenvolveram linguagem apresentam dificuldades marcantes em iniciar ou sustentar diálogos e, muitas vezes, apesar de se utilizarem da fala, não visam comunicação.

Nas crianças que falam, o uso restrito e estereotipado da linguagem é bem descrito. Por exemplo, KANNER (1943) descreveu uma menina autista que seguia uma rígida rotina antes de ir dormir, exigindo que sua mãe participasse de um diálogo que era idêntico dia após dia. Outros aspectos da linguagem restrita e estereotipada são a ecolalia imediata ou tardia, a inversão pronominal, a linguagem metafórica e a invariabilidade do ritmo e tonalidade da linguagem verbal.

1.3.4. Repertório restrito de atividades e interesses

Completando a tríade diagnóstica, um repertório restrito e pouco criativo de interesses e atividades ocorre com as crianças autistas.

Os interesses da criança autista costumam ser anormais, principalmente, em seu foco e intensidade. Por exemplo, indivíduos autistas podem aprender uma vasta quantidade de informações sobre um determinado assunto, tal como carros ou novelas, memorizando uma gama de informações e conversando de forma insistente e estereotipada sobre o assunto por eles escolhido. Em sua atividade lúdica, costumam focar seu interesse em apenas um determinado brinquedo ou determinada maneira de brincar (ex: ficam enfileirando os carrinhos durante horas) .

Os indivíduos autistas apresentam uma insistência na 'mesmice', que se apresenta pelo seu comportamento inflexível e suas rotinas e rituais não funcionais, por exemplo, costumam seguir sempre determinados caminhos até a escola, têm rituais para dormir ou se alimentar. Mudanças no ambiente que a criança costuma frequentar podem causar episódios de agitação psicomotora e agressividade. Mudanças mínimas no ambiente costumam causar quadros mais severos de agitação do que mudanças maiores. Por exemplo, uma menino autista de 5 anos chorou durante quase uma hora até sua mãe perceber que havia retirado um livro de sua estante; ao ter o livro repostado, parou de chorar em segundos.

As rotinas e rituais costumam se agravar na adolescência, chegando até a caracterizar um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo.

Freqüentemente, crianças autistas vinculam-se de forma bizarra a determinados objetos ou partes de objetos, tais como pedras, fios, a roda de um carrinho. Adoram objetos que brilham ou que giram (por exemplo, tampas de panelas). Os objetos, usualmente selecionados a partir de uma característica particular (cor, textura), permanecem com a criança durante horas ou dias, e sempre que alguém tenta removê-los, a criança torna-se inquieta ou agressiva, resistindo à mudança.

Movimentos corporais estereotipados são comuns e apresentam-se sob a forma de “flapping”, balanceio da cabeça, movimentos com os dedos, saltos e rodopios. Esses movimentos costumam ocorrer, principalmente, entre os mais jovens e os que têm um funcionamento global mais baixo. Apesar de também estar presentes nas crianças que apresentam apenas retardo mental, nos autistas os movimentos costumam ser mais elaborados e intensos.

1.3.5. Comportamentos inespecíficos associados ao autismo

Apesar de comumente associadas à síndrome, várias características clínicas não são incluídas nos critérios diagnósticos. Crianças com autismo mostram, em geral, um padrão cognitivo desigual e, freqüentemente, têm uma melhor performance nas tarefas não verbais e visuoespaciais do que nas tarefas verbais. Sintomas comportamentais associados à síndrome incluem hiperatividade, curto tempo de atenção, impulsividade, comportamento agressivo, acessos de auto-agressividade e agitação psicomotora. Algumas pessoas com autismo têm respostas extremas aos estímulos sensoriais, tais como hipersensibilidade a luz, som, toque, e fascinação por certos estímulos auditivos ou visuais. Distúrbios do sono e da alimentação também são comuns nessas pessoas, além de medo excessivo em situações corriqueiras ou perda do medo em situações de risco.

Esses sintomas inespecíficos, apesar de não fazerem parte dos critérios diagnósticos primários, são os que mais trazem problemas para a família e a equipe terapêutica, fazendo com que as crianças, muitas vezes, tenham que ser medicadas com psicotrópicos, para um melhor controle desses comportamentos.

1.4. AVALIAÇÃO NEUROPSIQUIÁTRICA NO AUTISMO INFANTIL

Faz-se necessária uma avaliação neuropsiquiátrica da síndrome, pois há uma etiologia diagnosticável em mais de um terço dos casos, sendo que metade deles não teria suas etiologias diagnosticadas, não fosse uma avaliação médica exaustiva. O fato é que 50% dos autistas apresentam sinais de disfunção cerebral, mesmo quando a causa etiológica não pode ser estabelecida.

GILBERG (1995) propõe a seguinte avaliação neuropsiquiátrica (modificada) com crianças autistas ou condições 'autistic-like'.

1. História:

- avaliação da criança com instrumentos diagnósticos estruturados (tais como Childhood Autism Rating Scale, Autism Diagnostic Observation Schedule, Autism Diagnostic Interview).
- completa revisão dos períodos pré, peri e pós-natal.
- revisão das doenças prévias, padrão de crescimento, nível de funcionamento nas diversas áreas do desenvolvimento.
- história psiquiátrica detalhada (fatores familiares e psicossociais, descrição dos sintomas, hereditariedade).

2. Exame físico geral:

- medidas da circunferência craniana, peso e altura.
- avaliação de alterações físicas menores, incluindo alterações da pele (esclerose tuberosa, neurofibromatose, hipomelanose de Ito).
- inspeção dos genitais, em homens.
- avaliação de variações do batimento cardíaco.

3. Avaliação neuroevolutiva

4. Avaliação psicológica

5. Exames laboratoriais e propedêutica armada:

- cariótipo e bateria de erros inatos do metabolismo.
- tomografia computadorizada/ ressonância magnética.
- audiometria
- exames de sangue (fenilalanina, ácido úrico, ácido lático, ácido pirúvico).
- exames de urina ("screen" metabólico para mucopolissacaridoses, ácido úrico, cálcio).

1.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1.5.1. Outros transtornos invasivos do desenvolvimento

Síndrome de Rett

Condição neurodegenerativa de causa desconhecida, afeta uma entre dez ou quinze mil meninas (HAGBERG, 1985), é geneticamente dominante e letal em meninos. Cursa com um desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguido de uma perda das habilidades manuais adquiridas e da fala, junto com uma desaceleração do crescimento craniano, usualmente com início entre 7 e 24 meses de idade. Estereotípias de aperto de mão, hiperventilação e perda dos movimentos proposital das mãos são características particulares; o desenvolvimento social e lúdico é interrompido; ataxia de tronco tende a desenvolver-se, associada à cifoescoliose.

Transtorno desintegrativo da infância (Síndrome de Heller)

A criança apresenta um desenvolvimento normal até a idade de 3 anos, seguido de uma perda das habilidades previamente adquiridas. Ocorre uma profunda regressão das habilidades sociais, da linguagem e do comportamento adaptativo, acompanhada por uma perda geral do interesse social e estereotípias motoras. Muitas vezes, ocorre um período prodromico da síndrome, quando as crianças tornam-se mais inquietas, irritadas e hiperativas. Após o período inicial do declínio das habilidades adquiridas, que dura alguns meses, a involução estaciona e, muitas vezes, é seguida de uma pequena melhora. O prognóstico é pobre e a maioria das crianças evolui para um retardo mental grave.

Síndrome de Asperger

As maiores diferenças entre o autismo infantil e a síndrome de Asperger estão na gravidade dos sintomas. Ambos os grupos de crianças sofrem de déficits na interação social recíproca, comprometimento das habilidades comunicativas e comportamentos inusuais e bizarros, mas as crianças com Síndrome de Asperger são menos comprometidas e geralmente não mostram sinais de retardo mental (FRITH, 1991). Apesar de haver uma aceitação quase geral de que a síndrome de Asperger e o autismo de “alto-funcionamento”

são o mesmo transtorno (SZAMATARI, 1991), alguns autores, como OZONOFF, ROGERS, PENNINGTON (1991), demonstram que autismo de alto-funcionamento e síndrome de Asperger são entidades distintas e empiricamente diferenciadas pelo perfil neuropsicológico (teoria da mente: no autista, incapacidade de atribuir emoções e sentimentos a outras pessoas), comprometido no primeiro caso e preservado no segundo.

1.5.2. Retardo mental

Um grande número de investigadores tem notado a relação direta existente entre a severidade clínica do autismo e o Q.I. (LOTSPEICH & CIARANELLO, 1993). Juntamente com a época de aquisição da linguagem verbal, o Q.I. é um importante fator prognóstico. Todos os estudos têm demonstrado que as crianças autistas variam muito quanto a sua performance intelectual. A maioria das crianças autistas tem Q.I. < 70, e muitas caem na categoria de profundamente retardadas (Q.I. < 30). Dois terços das crianças mostram algum grau de comprometimento do funcionamento intelectual global (RUTTER & HERSOV, 1992). Autistas de menor Q.I. têm um risco maior de desenvolver convulsões na adolescência. A síndrome de Down, mais freqüente causa de retardo mental, é raramente associada ao autismo.

1.5.3. Síndrome do X Frágil (X FRA)

É uma síndrome genética freqüentemente associada ao autismo infantil. As crianças afetadas têm uma face estreita, testa alongada, mandíbulas proeminentes, orelhas largas, *facies* dismórfica, testículos aumentados e distúrbios comportamentais, incluindo hiperatividade, déficit de atenção e comportamentos autistas.

A síndrome afeta 1 em 1250 homens e 1 em 2500 mulheres (TSONGALIS & SILVERMAN, 1991). O grau de associação do X FRA com o autismo tem sido amplamente estudado. HARGMAN *et al.* (1986) encontraram 16% de meninos X FRA que preenchiam critérios diagnósticos de autismo pelo DSMIII. SMALLEY, ASARNOW, SPENCE (1988) compilaram dados de 12 estudos e chegaram a uma taxa de 8% de associação. PAYTON *et al.* (1989) estudaram 85 autistas homens e encontraram uma freqüência de X FRA de 2.4%.

1.5.4. Esclerose tuberosa de Bourneville

É uma doença com transmissão genética autossômica dominante, que ocorre em 1 de 30.000 nascidos vivos. Cursa com retardo mental, convulsões, lesões de pele e cerebrais. Tem sido associada com o autismo. SMALLEY *et al.* (1992) estimaram que a esclerose tuberosa e o X FRA, juntos, ocorrem em 8% a 10% de todos os casos de autismo. HUNTER & SHEPARD (1993) estimaram que 25% a 50% das crianças com esclerose tuberosa são autistas. É uma doença genética rara e isso torna pouco provável que sua associação com o autismo seja coincidência. A esclerose tuberosa produz anomalias estruturais cerebrais, tanto em áreas do córtex como em gânglios da base e, em menor frequência, no cerebelo, dando lugar a alterações orgânicas e funcionais cerebrais que são primordiais na etiologia do autismo (COLEMAN & GILBERG, 1985).

1.5.5. Fenilcetonúria

É um distúrbio metabólico de herança genética autossômica recessiva que ocorre em 1 de 14.000 nascidos vivos; 1 em 60 pessoas carrega o gene mutante.

A associação do autismo com a fenilcetonúria foi inicialmente descrita por FRIEDMAN (1969), em um trabalho de revisão no qual mostrou 50 crianças com fenilcetonúria e autismo, bem como com retardo mental. O autor examinou crianças fenilcetonúricas tratadas tardiamente com dieta de fenilalanina. Essas crianças exibiam retardo mental e autismo; uma vez tratadas com dieta específica, o retardo mental permaneceu, mas os comportamentos autistas regrediram. Quando paravam com a dieta, seus comportamentos autistas retornavam. Faz-se necessário lembrar que o distúrbio do metabolismo da fenilalanina vem acompanhado, na fenilcetonúria, por uma hiperserotoninemia, achada freqüente nas síndromes autistas.

1.5.6. Epilepsia

A associação de autismo e epilepsia foi observada em vários estudos, com uma incidência de comicialidade que varia de 10% a 35% das crianças autistas, segundo a população estudada, contra 0.5% na população geral. A incidência adquire a forma de uma curva bimodal com porcentagens maiores antes dos 5 anos e a partir da puberdade (ROSSI *et al.*, 1995).

Embora a apresentação da epilepsia ocorra com maior incidência de acordo com a gravidade do retardo mental, não é infrequente que apareça em autistas com retardo mental leve e em autistas com inteligência normal (DIEZ CUERVO, 1982).

Numerosos autores (DIEZ CUERVO, 1982; GILBERG, 1991) sugerem que as crises parciais complexas, com origem focal nos lobos temporais, são as que ocorrem com maior frequência no transtorno autista. Suas porcentagens poderiam ser maiores, não fossem as dificuldades diagnósticas decorrentes de uma escassa utilidade dos registros eletroencefalográficos convencionais nas crianças, além de serem reconhecidas, pela família e nos centros onde as crianças são atendidas, como agudizações do quadro clínico ou, mesmo, condutas específicas do próprio autismo (DIEZ CUERVO, GARCIA DE LEON, GONÇALEZ, 1987).

1.5.7. Infecção pré-natal

Durante a pandemia de rubéola de 1964 (estima-se que 1.800.000 pessoas a contraíram, nos Estados Unidos), 8 a 13% das crianças nascidas e afetadas pela doença desenvolveram autismo, juntamente com outras anomalias associadas à síndrome de rubéola congênita. Apesar de outros agentes infecciosos estarem associados ao autismo, a maioria dos relatos é de casos isolados, apesar de, juntos, constituírem evidências de que infecção viral pré-natal pode alterar o desenvolvimento cerebral e se associar ao autismo. Toxoplasmose pré-natal, sífilis (RUTTER & BARTAK, 1971) e varicela (KNOBLOCH & PASAMANICK, 1975) têm sido associada a casos isolados de autismo.

1.6. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Algumas considerações se fazem necessárias para melhor compreender as questões diagnósticas do autismo infantil:

1º: os clínicos variam em suas concepções teóricas e, conseqüentemente, enfatizam diferentes aspectos como essenciais para o diagnóstico clínico da síndrome. Esse fato fez com que os critérios diagnósticos do autismo infantil tenham sofrido uma progressiva redefinição (RUTTER & SCHOPLER, 1987), como visto anteriormente;

2º: sempre houve uma necessidade de se diferenciar o desenvolvimento imaturo associado com um baixo nível intelectual e o desenvolvimento 'desviante' que ocorre no autismo. Como consequência, definiram-se os critérios diagnósticos de maneira que houvesse uma diferenciação entre o que é atraso e o que é desvio, no desenvolvimento da criança;

3º: o diagnóstico da síndrome é pautado em um grupo de sinais e sintomas que, apesar de poderem ocorrer isoladamente em crianças com desenvolvimento normal, formam uma constelação clínica que só acontece na síndrome autista;

4º: há graus diferentes de comprometimento qualitativo da interação social, da comunicação e do repertório de atividades, que variam de criança para criança. Este fato faz com que existam vários níveis de funcionamento de uma criança autista. Podemos fazer o mesmo diagnóstico para uma criança que apresenta um pequeno grau de comprometimento na interação social, na linguagem e na capacidade criativa, bem como para uma criança que se apresente completamente alheia ao mundo externo, que não mantenha nenhum tipo de comunicação e que passe a maior parte do tempo apresentando movimentos estereotipados. Criaram-se, então, novas classificações, como autismo de baixo, médio e alto funcionamento;

5º: com as transformações sofridas nos critérios diagnósticos, ampliou-se o leque de crianças que recebem o diagnóstico de autismo infantil.

1.7. PRINCIPAIS INSTRUMENTOS ESTRUTURADOS DE DIAGNÓSTICO

Visando auxiliar a avaliação clínica dos diferentes quadros mentais, instrumentos estruturados de diagnóstico vêm sendo empregados na prática psiquiátrica. Esses instrumentos (testes, escalas, questionários, lista de sintomas), que geralmente apresentam propriedades psicométricas, passaram a ter um extremo valor na avaliação clínica dos pacientes e, principalmente, na realização de trabalhos científicos que se utilizam de métodos quantitativos de pesquisa.

Entre a população de crianças autistas, a utilização de instrumentos estruturados permite uma avaliação diagnóstica cuidadosa, gerando informações importantes para a pesquisa do grupo e auxiliando o planejamento terapêutico.

Um questionário de múltipla escolha, nomeado de Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children (RIMLAND, 1964), foi o primeiro instrumento estruturado descrito para avaliar crianças autistas. Em sua forma E-1, deve ser respondido pelos pais e é constituído por 76 questões em tópicos, como: história do nascimento, sintomas e linguagem.

Posteriormente, RIMLAND (1971) descreveu a forma E-2 de seu instrumento, visando identificar, das populações de crianças diagnosticadas como autistas, determinados subgrupos de crianças autistas que pudessem ser etiológicamente diferentes do restante da população estudada. Contudo, vários estudos têm utilizado com sucesso a forma E2 do questionário para discriminar crianças autistas de crianças não-autistas. RIMLAND (1984) relata que o poder discriminativo do instrumento é meramente "acidental diante ao principal propósito da criação do instrumento", que é identificar subgrupos de crianças autistas com aspectos etiológicos diferentes.

Em sua forma E2, um ponto positivo é dado para cada resposta característica de autismo infantil precoce e um ponto negativo para cada resposta que indique a condição de não-autista. Os escores variam de - 42 a + 45 pontos. A nota de corte para o diagnóstico de autismo infantil é de + 20 pontos. RIMLAND (1971) relatou que somente 9,7% da amostra obtiveram escores iguais ou maiores de + 20 pontos, reforçando a crença do autor de que apenas dez de cada cem crianças com um quadro clínico de autismo, realmente sofreriam de autismo infantil precoce (autismo puro ou síndrome de Kanner).

SCHOPLER *et al.* (1980), baseados nas definições de autismo elaboradas por RUTTER (1978) e pela U.S. National Society for Autistic Children (RITVO & FREEMAN, 1978), desenvolveram a Childhood Autism Rating Scale (CARS), que incluía os seguintes itens, comuns às duas definições, como essenciais para o diagnóstico da síndrome: (a) desenvolvimento social comprometido, (b) distúrbios da linguagem e cognição, (c) início precoce do transtorno (antes dos 30 meses de idade).

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 estereotípias
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

A CARS demonstrou ter o poder de distinguir os quadros de autismo infantil de outros transtornos do desenvolvimento (por ex.: retardo mental).

LORD *et.al.* (1989) descreveram a Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), um instrumento estruturado de observação dos comportamentos sociais e de comunicação associados ao autismo infantil. Além de pesquisar a qualidade desses comportamentos, o instrumento visa discriminar crianças com autismo infantil ou retardo mental de crianças normais.

A criança é observada realizando oito tarefas estruturadas: desde atividades construtivas, como montar um quebra-cabeças, até perguntas específicas sobre emoções e relacionamento social. A ordem das tarefas é flexível e seu tempo de aplicação não é maior do que trinta minutos.

Após a realização das tarefas, dez comportamentos-alvo são taxados da seguinte forma: 0= nos limites da normalidade; 1= infrequente ou possivelmente anormal; 2= definitivamente anormal; 8= não se aplica.

Os comportamentos-alvo avaliados são os seguintes:

1. Solicitação de ajuda
2. Jogo simbólico
3. Jogo recíproco
4. Ajudando o entrevistador
5. Modificando tarefas estruturadas
6. Gestualidade e mímica
7. Descrevendo os agentes e as ações das tarefas
8. Contando uma história
9. Comunicação recíproca
10. Capacidade de usar a linguagem para discutir tópicos socioemocionais

A ADOS avalia 4 áreas distintas do comportamento: (a) interação social recíproca, (b) comunicação/linguagem, (c) comportamentos estereotipados e restritos (d) humor e comportamentos anormais não específicos.

Este instrumento apresentou altas taxas de concordância entre os avaliadores treinados e revelou alta confiabilidade e validade.

LE COUTEUR *et al.* (1989) descreveram a Autism Diagnostic Interview (ADI), como complemento da ADOS, visto que deve ser aplicada ao membro da família que mais conhece a criança autista. A ADI é uma entrevista semi-estruturada, formada por 97 itens pesquisados durante a entrevista, que são taxados com a escala seguinte: 0= comportamento está ausente, 1,2 e 3= o comportamento está presente (os pontos são dados de acordo com a gravidade: quanto mais grave, maior a pontuação).

Além dos instrumentos já relatados, várias outras escalas foram descritas e validadas estatisticamente. Essas escalas incluem a BRIAAC: Behavior Rating Instrument for Autism and Atypical Children (RUTTENBERG *et al.*, 1977), a BOS: Behavior Observation Scale for Autism (FREEMAN *et al.*, 1978), e a ABS: Autism Behavior Checklist, que é o componente 1 da Autism Screening Instrument for Educacional Planning (KRUG, ARICK., ALMOND, 1980).

1.8. JUSTIFICATIVAS

Como podemos perceber, apesar da evolução do conceito de autismo infantil e dos imensos avanços técnicos da propedêutica armada, o diagnóstico da síndrome ainda é essencialmente clínico, não havendo, até o presente momento, um marcador biológico que caracterize sempre a condição autista. O diagnóstico é feito quando se encontra um conjunto de sintomas e sinais que só se repete na criança autista, formando uma síndrome fenomenológica nomeada de autismo infantil. Essa síndrome pode ocorrer em comorbidade com uma série de patologias como: retardo mental e síndromes genéticas (esclerose tuberosa, por exemplo).

Portanto, uma parte essencial da avaliação diagnóstica das crianças autistas é a clara descrição dos fenômenos apresentados por elas (sinais do autismo infantil), mediante estudo minucioso de seus comportamentos em contextos distintos, como em sessões de observação estruturada ou no “setting” familiar; além disso, realização de entrevistas freqüentes com os pais ou responsáveis, com a escola e profissionais que atendam a criança (LE COUTEUR *et al.*, 1989).

Apesar da importância das entrevistas clínicas não estruturadas no diagnóstico do autismo, devemos ter cuidado com suas limitações, informações errôneas ou intensa variabilidade dos dados obtidos. As limitações das entrevistas clínicas não estruturadas devem-se a uma diversidade de fatores que são difíceis de serem controlados simultaneamente.

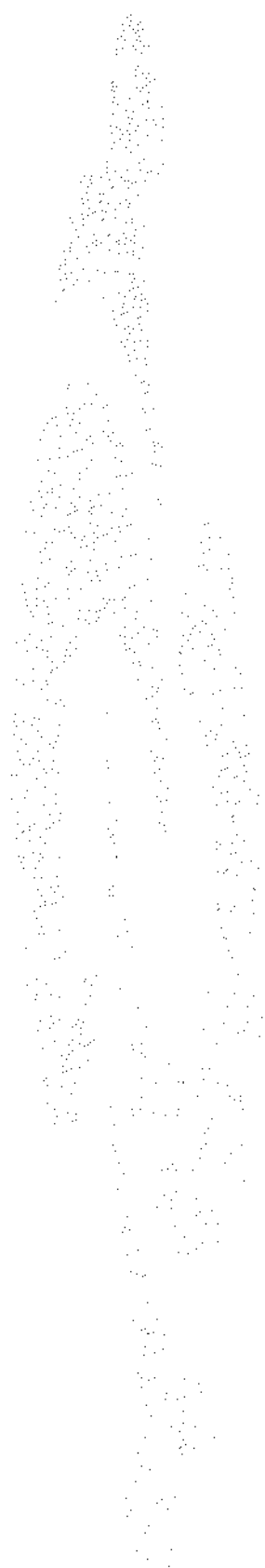
TABELA 1: Origem dos erros de informações nas entrevistas clínicas/questionário de avaliação do comportamento autista

Entrevistador	Entrevistado
Características do entrevistador	necessidade de dar respostas socialmente desejáveis
preferências e tendências do entrevistador	falta de entendimento das questões
variável intensidade emocional	lapsos de memória
variável facilidade verbal	opinião não verdadeira
variável entendimento das questões	questões que geram recordações estressoras
erros de anotação	tempo da entrevista
	variável percepção da situação e do propósito
	diferenças emocionais entre os entrevistados

(YOUNG *et al.*, 1987)

Buscando melhorar a avaliação dos critérios diagnósticos, a confiabilidade dos métodos de pesquisa e a diminuição de erros de informações em entrevistas clínicas, vários instrumentos diagnósticos estruturados foram descritos no decorrer desses anos, conforme já relatado.

No Brasil, ainda não se desenvolveu um instrumento específico de avaliação das crianças autistas, adequado às nossas condições socioculturais. A criação de um instrumento nacional, além de ser mais um recurso de coleta de dados e diagnóstico, facilita a realização de pesquisas quantitativas nessa área e favorece o acompanhamento clínico dessas crianças por meio de parâmetros objetivos, não deixando por conta da subjetividade dos profissionais que as acompanham a avaliação de seus métodos terapêuticos.



2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Descrever um questionário de avaliação diagnóstica de crianças autistas com propriedades psicométricas e avaliar sua validade e confiabilidade.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a consistência interna dos itens do questionário por avaliador (mãe, pai, professor e profissional de saúde) e por aspecto (interação social recíproca, comportamentos estereotipados e restritos, linguagem e comunicação, comportamentos inespecíficos).
- Verificar a concordância entre as respostas dos avaliadores para cada item do questionário.
- Verificar a concordância entre os avaliadores, trabalhando-se com escores totais.
- Verificar o poder discriminativo do instrumento, comparando-se a pontuação obtida entre os grupos diagnósticos.

3.METODOLOGIA

Esse trabalho consiste em uma pesquisa de campo do tipo quantitativo-descritivo. Utilizou-se o questionário de avaliação do comportamento autista, criado pelo autor, para a coleta de dados que, posteriormente, foram submetidos à análise estatística para apuração da confiabilidade e validade do instrumento diagnóstico.

3.1. CRIAÇÃO E DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

Ao descrever um questionário de avaliação de crianças autistas, consideraram-se duas questões fundamentais: a existência de critérios diagnósticos já estabelecidos e a necessidade de observar a criança em momentos diferentes de sua vida. As questões devem, obrigatoriamente, visar a obtenção de respostas que permitam avaliar se os distintos comportamentos pesquisados ocorrem ou não e qual sua frequência. Seria ideal que pudesse ser aplicado em diferentes figuras de vinculação das crianças pesquisadas, permitindo a comparação dos diversos pontos de vista de cada avaliador.

Os itens do questionário proposto foram criados a partir dos critérios diagnósticos estabelecidos pelo CID 10. O instrumento foi dividido de acordo com as funções psíquicas comprometidas no autismo infantil, como sociabilidade, criatividade e linguagem (nomeados de 'aspectos' do questionário). Sintomas comumente associados à síndrome foram descritos nos itens do aspecto 'comportamentos inespecíficos'.

A partir de uma revisão das escalas aplicadas mundialmente (as principais escalas usadas foram a ADOS, a ADI e a CARS, consideradas de primeira linha na avaliação do comportamento autista), utilizaram-se itens comuns às diversas escalas e com alto poder discriminativo, adequados a nossa realidade sociocultural.

Os parâmetros utilizados para descrição dos sintomas pesquisados pelo questionário foram os critérios diagnósticos da CID 10, a revisão dos itens comuns e de alto poder discriminativo das escalas revisadas e a experiência do autor.

Descreveram-se uma lista de sintomas e seus respectivos conceitos (o que exatamente se deseja saber a respeito da criança, naquele determinado item). Dois fatores influenciaram a descrição conceitual dos sintomas: sua compreensão psicopatológica (JASPERS, 1987) e a significação dada por um dicionário de língua portuguesa: Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1988).

I- Interação social recíproca

1. Não manifesta emoções

A criança não revela, não torna manifesto, qualquer tipo de sentimento (tristeza, alegria, raiva ou medo). Mantém-se numa condição de indiferença afetiva diante das diversas situações sociais.

2. Não percebe a presença das pessoas

Não conhece ou não distingue a existência de outro indivíduo. Alheio aos acontecimentos, não modula seu comportamento de acordo com o contexto social.

3. Não procura interação social

Não busca outras pessoas para brincar, conversar e ter um contato afetivo ou físico. Prefere ficar sozinho, isolando-se de outras crianças ou adultos.

4. Não apresenta cooperação em atividades

A criança não ajuda, auxilia ou desenvolve um trabalho em comum com outras pessoas; não é cooperativa. Quando em grupo, não busca desempenhar as atividades visando concluí-las em benefício comum a todas as pessoas do grupo.

5. Não dá continuidade à interação social

Após um contato social inicial, a criança não consegue manter uma situação de proximidade, comunicação e influência com outras pessoas. O contato social é frequentemente interrompido.

6. Não reconhece controles sociais

Não se submete às regras sociais, não reconhecendo o direito e os deveres das pessoas dentro de um contexto social.

7. Não vincula seus comportamentos ao contexto socioafetivo

Não há uma ligação entre o que vem acontecendo no ambiente da criança, seus comportamentos e suas emoções.

8. Ausência de contato visual direto

A criança não dirige seu olhar diretamente aos olhos da outra pessoa, e quando o dirige, esse parece transfixar o outro, olhando através do indivíduo. A criança evita o contato visual direto.

II- Comportamentos estereotipados e restritos

1. Movimentos estereotipados

Presença de movimentos repetitivos, rítmicos e sem objetivo específico, que envolvem vários grupos musculares (ex.: “flapping”, “body rocking”, dedilhado).

2. Interesses sensoriais desvinculados do contexto

A criança tem interesses sensoriais estranhos, que fogem aos interesses sensoriais da maioria das crianças normais.

3. Preocupações desvinculadas do contexto

Criança tem preocupações sem finalidade e relação com a situação real vivida.

4. Atitudes posturais idiossincráticas

A criança permanece em posições estranhas ou esteticamente rebuscadas.

5. Utilização do objeto desvinculado de sua função

A criança utiliza os objetos sem se preocupar com a finalidade para a qual foram criados. Os objetos são usados de maneira inapropriada, sem utilização prática ou simbólica e sem coerência com o contexto. Mesmo que reconheça o aspecto formal dos objetos, eles não têm um valor social e funcional significativo para a criança.

6. Apego idiossincrático a objetos

A criança fixa-se em objetos ou em um grupo de objetos definidos, apropriando-se deles e manipulando-os sem nenhuma atividade construtiva.

7. Resistência a mudanças de rotina

Há uma preocupação obsessiva pelo idêntico e pelo imutável, preservando certos espaços, posições e situações. Resiste em mudar uma sequência de atos ou procedimentos habituais.

8. Rituais

Conjunto de práticas recorrentes que se observa de uma forma invariável em determinadas situações.

9. Ausência de criatividade

A criança não apresenta soluções criativas para situações rotineiras. Repete comportamentos já realizados.

III- Linguagem / Comunicação

1. Linguagem idiossincrática

A criança tem um conjunto de signos que só é compreendido por ela mesma, tem uma forma própria de se expressar verbalmente, que, para as outras pessoas, é desprovida de contexto.

2. Ecolalia

Tendência a repetir automaticamente sons, frases ou palavras ouvidas, sempre fora do contexto, sem finalidade aparente.

3. Alterações de entonação, ritmo, volume

A criança fala sem modular o tom, o ritmo e o volume de maneira adequada àquilo que deseja dizer. A sequência das frases é dita de forma monótona e pouco flexível.

4. Estereotípias verbais

Repetição de frases sem objetivar comunicação. As frases podem ser criadas pela própria criança ou obtidas do ambiente (ex: a criança repete anúncios publicitários da televisão, do rádio ou pedaços da fala de outrem).

5. Neologismos

A criança cria palavras, frases ou expressões novas. Desvincula o sentido das palavras conhecidas.

6. Ausência de alternância dialógica

Não mantém uma conversa. Responde apenas o que lhe é perguntado, não busca manter um diálogo.

7. Ausência de fala espontânea

A criança só fala quando estimulada ou quando alguém tenta conversar com ela. Não inicia diálogo.

8. Inversão pronominal

Quando vai falar algo, a criança utiliza outros pronomes no lugar do “eu” (“ele”, “você”, “tu”).

9. Incompreensão de frases ou pedidos

Não entende ordens verbais ou solicitações simples.

10. Mímica e gestualidade desvinculada do contexto

Expressão facial e gestos da criança não são adequados ao sentimento que deseja exprimir ou por ela experimentado.

IV - Comportamentos inespecíficos

1. Hiperatividade

A criança tem uma atividade motora excessiva, geralmente acompanhada de déficit de atenção e impulsividade.

2. Déficit de atenção

A criança dificilmente se concentra em atividades da vida diária (ex.: assistir à televisão ou participar de jogos). Ela é facilmente distraída por estímulos ambientais, não fixando sua atenção às atividades propostas.

3. Auto-agressividade

A criança expressa condutas motoras com intuito destrutivo, voltadas contra si mesma (ex.: bate a cabeça na parede, morde-se com frequência). Autoflagelação.

4. Heteroagressividade

A criança expressa condutas motoras com intuito destrutivo, dirigidas contra o outro e contra o ambiente. Bate e agride objetos e pessoas.

5. Comportamentos fóbicos

Reações intensas de medo podem ocorrer diante de situações que não apresentam perigo real.

6. Não reconhece situações perigosas

A criança parece não perceber situações diárias que põem em risco a sua integridade física. Frequentemente a criança se envolve em situações de risco (como perder-se dos pais, subir em muros ou árvores).

7. Desordens da percepção

Parece não perceber estímulos intensos e, em outras situações, estímulos simples podem gerar respostas exageradas da criança (ex.: agitação psicomotora, auto-agressividade). Não segue o padrão perceptível da maioria das pessoas.

8. Aparenta não sentir dor

Não apresenta resposta de fuga diante de estímulos dolorosos, parece não sentir a dor. Permanece em sua atividade mesmo que essa cause dor.

9. Desordens alimentares

Distúrbios alimentares, como comer em excesso e compulsivamente ou se apegar a apenas determinados alimentos, costumam acontecer com essas crianças, podendo gerar quadros de obesidade ou desnutrição. Não é infrequente a mãe relatar que a criança nutre-se apenas com um tipo de alimento.

A partir da descrição dos conceitos, desenvolveu-se um questionário-piloto de múltipla escolha e de auto-aplicação, com base no qual, ao final da análise dos dados, estruturou-se um questionário final com as questões de maior confiabilidade e maior validade para a realização do diagnóstico de autismo infantil. O questionário-piloto é constituído por trinta e sete perguntas, divididas, respectivamente, em quatro aspectos distintos: interação social recíproca (9 questões), comportamentos estereotipados e restritos (9 questões), linguagem e comunicação (10 questões) e comportamentos inespecíficos (9 questões). Há orientações de preenchimento no seu início.

Para cada questão, há três ou quatro possibilidades de resposta, de acordo com a frequência observada do comportamento proposto em cada uma das questões, seguindo-se as seguintes correlações:

a) 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.

b) 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.

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

d) sem resposta: essa categoria de resposta é exclusiva do aspecto linguagem e comunicação e deve ser aplicada sempre que a criança não estruture frases. Categoria importante, pois está associada a fatores prognósticos. Crianças que não falam até cinco anos de idade têm um prognóstico pior do que as que conseguem estruturar frases até essa idade.

Pontuação do questionário-piloto:

- a) sempre = 2 pontos
- b) às vezes = 1 ponto
- c) nunca = 0 ponto
- d) sem resposta = 3 pontos

Os escores são dados tanto por aspecto (interação social recíproca, comportamentos estereotipados, linguagem e comunicação e comportamentos inespecíficos) quanto no geral (soma de pontos de todos os aspectos).

3.2. QUESTIONÁRIO-PILOTO DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO AUTISTA (CACS -37)

**** 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 37 questões divididas em 4 subgrupos, a saber: interação social recíproca (subgrupo I), comportamentos estereotipados e restritos (subgrupo II), linguagem e comunicação (subgrupo III), comportamentos inespecíficos (subgrupo IV).
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-se 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.

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, fono, etc.):

Endereço e telefone para contato:

I - Interação social recíproca

1 - A criança não expressa seus sentimentos (tristeza, raiva, alegria, medo, etc.) e fica afetivamente indiferente às diversas situações sociais.

a. sempre b. às vezes c. nunca

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

a. sempre b. às vezes c. nunca

3 - A criança não procura outras pessoas para brincar, conversar ou manter contato afetivo e físico, preferindo se isolar ou ficar sozinho.

a. sempre b. às vezes c. nunca

4 - A criança não é cooperativa, não conseguindo desenvolver trabalhos em grupo.

a. sempre b. às vezes c. nunca

5 - Após um contato social inicial, a criança não consegue manter uma situação de comunicação contínua. O contato social é freqüentemente interrompido.

a. sempre b. às vezes c. nunca

6 - A criança não obedece aos pais ou responsáveis, cometendo atos inadequados à situação social.

a. sempre b. às vezes c. nunca

7 - A criança mostra-se indiferente aos acontecimentos que ocorrem a sua volta.

a. sempre b. às vezes c. nunca

8 - Quando convidada a participar de atividades com outras pessoas, a criança recusa-se ou permanece indiferente ao convite.

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

9 - A criança evita o contato visual direto, não dirigindo seu olhar diretamente aos olhos da outra pessoa (parece transfixar com o olhar a pessoa que está em sua frente).

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

II - Comportamentos estereotipados e restritos

10 - A criança apresenta movimentos repetitivos, rítmicos e sem objetivo específico (Ex. jogar o corpo para frente e para trás, fazer movimentos de abano com as mãos ao redor da cabeça, fica batendo com os dedos na mesa, etc.).

a. sempre b. às vezes c. nunca

11 - A criança tem interesses sensoriais estranhos (ex. cheirar pedras).

a. sempre b. às vezes c. nunca

12 - A criança tem preocupações estranhas, sem necessidade e comumente desvinculadas do contexto.

a. sempre b. às vezes c. nunca

13 - A criança fica em posições e posturas estranhas ou esteticamente rebuscadas.

a. sempre b. às vezes c. nunca

14 - A criança utiliza os objetos sem se preocupar com a finalidade para o qual os objetos foram criados. Os objetos são usados de maneira inapropriada, sem coerência ou utilização prática.

a. sempre b. às vezes c. nunca

15 - A criança apegar-se a objetos, manipulando-os sem nenhuma atividade criativa.

a. sempre b. às vezes c. nunca

16 - A criança resiste em mudar sua rotina habitual (ex.: segue sempre o mesmo caminho para ir à escola).

a. sempre b. às vezes c. nunca

17 - A criança apresenta “manias” ou rituais; práticas que se repetem invariavelmente em certas situações (Ex.: abrir e fechar a porta, seguir sempre pelo mesmo caminho).

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

18 - A criança não demonstra criatividade em suas atividades, repetindo comportamentos já realizados.

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

III - Linguagem e comunicação

***ATENÇÃO: Responda da décima nona à vigésima sexta questão apenas se a criança estrutura frases (reunião de palavras que tenham um sentido completo). Caso a criança não estruture frases, anote a resposta d.: sem resposta.

19 - A criança tem uma forma de se expressar ,verbalmente, que é compreendida apenas por ela mesma, sendo desprovida de significado para outras pessoas.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

20 - A criança tem uma tendência a repetir automaticamente sons, palavras ou frases ouvidas.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

21 - A criança fala de uma forma monótona e uniforme.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

22 - A criança repete frases sem objetivar comunicação. As frases podem ser criadas pela própria criança ou obtidas do ambiente (repete anúncios publicitários ou cria frases que fica repetindo).

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

23 - A criança cria palavras, frases ou expressões novas.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

24 - A criança só fala quando estimulada ou quando alguém tenta conversar com ela. Nunca é ela que inicia o diálogo.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

25 - A criança não mantém uma conversa, respondendo apenas o que lhe é perguntado.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

26 - Quando a criança vai falar, ela se utiliza de outros pronomes no lugar do "eu" ("tu", "você", "ele").

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

27 - A criança não compreende ordens verbais ou solicitações simples.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

28 - A criança não se utiliza de gestos ou da expressão facial para tentar exprimir o que está sentindo.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

IV - Comportamentos inespecíficos

29 - A criança é inquieta ou agitada, se comparada com outras crianças de sua idade.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

30 - A criança facilmente se distrai com os estímulos ambientais, não conseguindo se concentrar em suas atividades (ex. assistir à T.V. ou participar de jogos).

- a. sempre b. às vezes c. nunca

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

- a. sempre b. às vezes c. nunca

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

- a. sempre b. às vezes c. nunca

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

- a. sempre b. às vezes c. nunca

34 - 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

35 - A criança parece não perceber estímulos intensos (ex. barulho, luz) e, em outras situações, estímulos simples geram respostas exageradas da criança (ex. fica agitada, se morde).

- a. sempre b. às vezes c. nunca

36 - A criança diante de estímulos dolorosos, aparenta não sentir dor:

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

37 - A criança come em excesso e compulsivamente (sem limites) ou se apegua a apenas determinados alimentos.

a. sempre

b. às vezes

c. nunca

Consideração final acerca da descrição do instrumento: o item I.3 (não procura interação social) da lista de sintomas gerou duas questões no questionário, as de números 3 e 8. O item I.8 (ausência de contato visual) gerou a questão de número 9.

3.3. INDIVÍDUOS ESTUDADOS

Avaliaram-se, pelo instrumento-piloto vinte e uma crianças, divididas em três grupos distintos: 8 com diagnóstico de autismo infantil, alunos da Associação para o Desenvolvimento dos Autistas de Campinas (Adacamp), 6 surdas, diagnosticadas por meio de avaliação especializada e audiometria, alunos do Centro de Estudo e Pesquisa e Reabilitação - Cepre Prof. Dr. Gabriel Porto/ Unicamp, e 7 com retardo mental, alunos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Apae-Campinas.

As crianças, de ambos os sexos (com predominância de meninos, 6:1), com idades entre 4 e 14 anos, foram pareadas por sexo e idade.

3.3.1. Crianças autistas

Os autistas que participaram da pesquisa têm diagnóstico de autismo infantil realizado por um psiquiatra infantil ou neuropediatra, segundo a CID 10. Na Adacamp, as crianças recebem acompanhamento pedagógico, fonoaudiológico e de terapia ocupacional.

Foram investigados por meio de tomografia computadorizada de crânio, de eletroencefalograma, de audiometria e de Bateria de Erros Inatos do Metabolismo. Todos com exames normais, não apresentando sinais de organicidade em sua avaliação diagnóstica.

Não se fez testagem psicométrica para avaliação do quociente de inteligência (Q.I.) nas crianças autistas devido à falta de recursos técnicos para sua realização (ausência de testes validados nacionalmente e dificuldade em se conseguir um profissional capacitado na realização dos testes com crianças autistas). Duas crianças autistas da amostra apresentaram alterações motoras (criança AFO e a JFA), que dificultavam suas marchas.

3.3.2. Crianças com retardo mental

As crianças que participaram da amostra, recrutadas na Apae, estão classificadas entre as crianças com retardo mental moderado (crianças 'treináveis', $35 < Q.I. < 55$). O comprometimento do nível intelectual é acompanhado de um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e história de hipóxia, infecções ou traumas de parto. As síndromes genéticas causadoras de retardo mental foram excluídas da amostra. As crianças eram cuidadas por seus pais e recebiam, na instituição, acompanhamento pedagógico, fonoaudiológico e de terapia ocupacional.

3.3.3. Crianças surdas

As crianças surdas foram recrutadas no Centro de Estudos e Pesquisa e Reabilitação - Cepre Prof. Dr. Gabriel Porto/Unicamp, onde eram acompanhadas por uma equipe multidisciplinar. Todas as crianças apresentavam nível intelectual dentro da faixa de normalidade. Os diagnósticos de surdez foram confirmados pela audiometria. Cinco crianças da amostra se comunicavam pela linguagem dos sinais.

TABELA 2: Apresentação das crianças/questionário de avaliação do comportamento autista

nome	diagnóstico	idade	sexo
NV	A	4	M
AFO	A	6	M
AP	A	8	M
RJ	A	10	M
F S	A	10	F
JFA	A	12	M
ESC	A	14	M
FCA	A	12	M
CAS	RM	4	M
VRF	RM	6	M
RLM	RM	8	M
RSJ	RM	10	M
NPS	RM	10	F
LMS	RM	12	M
DFB	RM	14	M
JMM	S	4	M
JHF	S	6	M
BRT	S	8	M
APL	S	10	M
MAR	S	10	F
IVM	S	13	M

A = Autista RM = Retardo Mental S= Surdo

TABELA 3: Frequência por idade/questionário de avaliação do comportamento autista

Age	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
4	3	14.3	3	14.3
6	3	14.3	6	28.6
8	3	14.3	9	42.9
10	6	28.6	15	71.4
12	3	14.3	18	85.7
13	1	4.8	19	90.5
14	2	9.5	21	100.0

TABELA 4: Frequência por sexo/questionário de avaliação do comportamento autista

SEX		GROUP					
Frequency	Percent	Col	Pct	Retardo	Surdo	Autista	Total
F				1	1	2	4
				4.76	4.76	9.52	19.05
M				6	5	6	17
				28.57	23.81	28.57	90.95
Total				7	6	8	21
				33.33	28.57	38.10	100.00

3.4. PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS GERAIS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp e a devida autorização das instituições citadas, convocou-se um dos pais (ou responsáveis) de cada criança para uma entrevista inicial. Nessa primeira reunião, realizaram-se as seguintes atividades: recebimento de informações a respeito da pesquisa, assinatura do termo de concordância (ANEXO 7), entrega dos questionários-piloto. Os pais receberam explicações quanto ao preenchimento do questionário e a orientação de me procurar em caso de alguma dúvida com as questões. Foram entregues quatro questionários para cada criança. No total, foram distribuídos 84 questionários, respondidos, respectivamente, pela mãe (A1), pelo pai (A2), pela professora (A3) e por um profissional de saúde mental que atendesse a criança (A4). No caso das crianças surdas, o avaliador (A3) também era um profissional de saúde mental e não uma professora. Entre os profissionais de saúde mental que responderam o questionário, havia fonoaudiólogas, psicólogas e terapeutas ocupacionais. Os questionários, após devidamente preenchidos individualmente pelo pai, pela mãe, pelo professor e por um profissional de saúde mental que atendesse e conhecesse bem a criança, foram devolvidos ao pesquisador para análise dos dados.

3.5. MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Para a validação e verificação da consistência interna dos itens do questionário calculou-se o coeficiente α de Cronbach. O coeficiente foi calculado para todo o questionário e, separadamente, para os aspectos interação social recíproca (ISR), comportamentos estereotipados e restritos (CER), linguagem e comunicação (LEC) e comportamentos inespecíficos (CIN).

Para verificar a concordância entre os avaliadores (juntando-se todos os aspectos) para cada item do questionário, calculou-se o coeficiente de Kappa (κ). Este coeficiente pode assumir valores de -1 a $+1$. Valores próximos de $+1$ indicam total concordância entre dois avaliadores, ao passo que valores próximos de -1 indicam total discordância. Valores maiores que $+0.75$ representam uma ótima concordância e valores de

Kappa abaixo de +0.40 indicam uma fraca concordância. Os valores de Kappa nesse intervalo (de +0.40 a +0.75) representam uma concordância intermediária. Como havia três opções de resposta (A, B, C), utilizou-se o coeficiente de Kappa ponderado.

O coeficiente de Kappa foi utilizado como parâmetro para a formação do questionário final. As questões que, entre os autistas, tiveram coeficientes de Kappa indicadores de concordância entre três avaliadores, as questões com médias superiores a 0.40 e as que indicaram concordância total entre dois avaliadores permaneceram no questionário final. As questões que não preencheram esses critérios foram excluídas do questionário final devido à não concordância nas respostas dos diversos avaliadores. Após a formação do questionário final, os dados foram novamente analisados (re-teste de validade e confiabilidade).

Continuando o estudo da confiabilidade, para verificar a existência de correlação entre a soma de pontos de cada avaliador, no geral ou por aspecto, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, que assume valores de -1 a $+1$. Quanto mais próximo de zero, menos correlacionadas são as variáveis, e quanto mais próximo de 1 ou -1 , mais correlacionadas são as variáveis.

Como forma de resumir as respostas dos avaliadores, calculou-se o escore para cada avaliador, somando-se os pontos dados em cada item, usando a escala C=0, B=1, A=2 e SR=3. Para comparar os escores de cada avaliador entre os grupos (Autista, Surdo, Retardo), utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Este teste compara a soma dos pontos das observações entre as categorias da variável em estudo.

Finalmente, para verificar se houve diferença estatisticamente significativa entre os escores totais, comparando-se duas faixas etárias (4 a 9 anos e 10 a 14 anos) e os grupos diagnósticos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (aproveitando-se apenas os escores totais obtidos com a versão final do questionário).

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO-PILOTO

Após a análise dos dados, obtiveram-se os seguintes resultados:

- As tabelas de frequência de todos os itens do questionário estão no ANEXO 8.

TABELA 5: Coeficientes α de Cronbach por aspecto e por avaliador/questionário de avaliação do comportamento autista

	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 3	Avaliador 4
GERAL	0.9360	0.9439	0.9573	0.9490
ISR	0.7931	0.8264	0.9305	0.9230
CER	0.8521	0.8504	0.9287	0.9490
LEC	0.9563	0.9603	0.9694	0.9600
CIN	0.8217	0.8468	0.8536	0.8578

ISR: Interação social recíproca

CER: Comportamentos estereotipados e restritos

LEC: Linguagem e comunicação

CIN: Comportamentos inespecíficos

- Verificou-se uma ótima consistência interna, no geral e por aspecto, para todos os avaliadores. No entanto, percebeu-se que para os aspectos ISR e CER as taxas indicaram uma consistência interna ligeiramente maior para os avaliadores A3 e A4 do que para os avaliadores A1 e A2.

TABELA 6: Coeficientes de Kappa ponderados (κ_W) para itens do aspecto ISR entre avaliadores e por grupo/questionário de avaliação do comportamento autista

Item	Grupo	Média	A1-A2	A1-A3	A1-A4	A2-A3	A2-A4	A3-A4
ISR 01	Retardo	0.070	0.176	0.741	-0.400	0.432	-0.235	-0.296
	Surdo	0.066	0.143	-0.125	-0.125	-0.250	-0.250	1.000
	Autista	0.157	0.429	-0.111	0.091	0.000	0.333	0.200
	Geral	-0.027	0.210	-0.040	-0.153	0.029	-0.098	-0.112
ISR 02	Retardo	-0.029	0.087	-0.400	-0.077	0.695	-0.400	-0.077
	Surdo	-	-0.286	0.000	0.000	0.000	0.000	-
	Autista	0.372	0.714	0.314	0.515	0.059	0.200	0.429
	Geral	0.251	0.115	0.192	0.291	0.456	0.188	0.262
ISR 03	Retardo	0.226	0.488	0.000	-0.050	0.300	0.186	0.432
	Surdo	-0.028	-0.250	0.333	0.000	-0.250	0.000	0.000
	Autista	0.321	-0.091	0.091	0.077	0.556	0.429	0.862
	Geral	0.227	-0.036	0.123	0.024	0.184	0.287	0.782
ISR 04	Retardo	-0.064	-0.043	-0.400	-0.050	-0.217	0.222	0.103
	Surdo	0.202	0.000	-0.286	0.667	0.250	0.250	0.333
	Autista	0.182	0.231	0.130	0.130	-0.200	-0.200	1.000
	Geral	0.014	0.079	-0.206	0.220	-0.133	-0.052	0.178
ISR 05	Retardo	0.291	0.837	0.176	0.054	0.103	0.300	0.276
	Surdo	0.357	0.571	0.000	1.000	0.000	0.571	0.000
	Autista	0.033	-0.600	0.429	0.385	-0.333	-0.067	0.385
	Geral	0.202	0.282	0.298	0.178	-0.110	0.219	0.344
ISR 06	Retardo	0.144	0.588	0.000	0.222	0.000	0.054	0.000
	Surdo	0.000	1.000	-0.500	0.250	-0.500	0.250	-0.500
	Autista	0.451	0.091	0.455	0.556	0.333	0.455	0.818
	Geral	0.173	0.374	-0.086	0.352	-0.160	0.235	0.323
ISR 07	Retardo	0.167	0.811	0.323	-0.235	0.417	-0.207	-0.105
	Surdo	0.054	0.000	0.000	0.571	0.000	-0.250	0.000
	Autista	0.030	0.000	-0.067	-0.143	-0.143	-0.067	0.600
	Geral	0.045	0.597	-0.029	-0.150	-0.047	-0.114	0.012
ISR 08	Retardo	0.021	0.650	0.176	-0.400	0.176	-0.400	-0.077
	Surdo	0.232	0.000	0.571	0.571	0.000	0.000	0.250
	Autista	0.414	0.556	0.333	0.304	0.304	0.600	0.385
	Geral	0.273	0.604	0.309	0.096	0.246	0.166	0.214
ISR 09	Retardo	0.057	0.533	-0.167	0.222	-0.235	0.263	-0.273
	Surdo	0.666	0.727	0.571	1.000	0.400	0.727	0.571
	Autista	0.167	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000
	Geral	0.183	0.669	-0.041	0.162	-0.116	0.474	-0.049

$\kappa_W \geq 0.75$: indica alta concordância entre os avaliadores

$0.40 \leq \kappa_W < 0.75$: indica concordância média entre os avaliadores

$\kappa_W < 0.40$: indica concordância baixa entre os avaliadores

ISR: Interação social recíproca

A1= mãe A2= pai A3= professora A4= profissional de saúde

- os coeficientes de Kappa para concordância entre os avaliadores para os itens do aspecto ISR, por grupo e no geral, evidenciaram as maiores taxas de concordância entre todos os avaliadores para os **autistas**, nos **itens ISR02** (não percebe a presença das pessoas), **ISR03** (não procura interação social), **ISR06** (não reconhece controles sociais) e **ISR08** (não apresenta cooperação em atividades) e para os **surdos**, nos **itens ISR05** (não dá continuidade na interação social) e **ISR09** (ausência de contato visual direto).

TABELA 7: Coeficientes de Kappa ponderados (κ_w) para itens do aspecto CER entre avaliadores e por grupo/questionário de avaliação do comportamento autista.

Item	Grupo	Média	A1-A2	A1-A3	A1-A4	A2-A3	A2-A4	A3-A4
CER 10	Retardo	0.094	0.417	0.300	-0.140	0.067	-0.305	0.222
	Surdo	-	-	-	-	-	-	-
	Autista	0.235	0.429	-0.059	0.040	0.200	0.200	0.600
	Geral	0.182	0.422	0.077	-0.028	0.081	0.030	0.507
CER 11	Retardo	-0.084	0.000	-0.167	-0.167	0.000	0.000	-0.167
	Surdo	-	-	0.000	-	0.000	-	0.000
	Autista	0.306	0.733	0.034	0.467	0.286	0.250	0.067
	Geral	0.157	0.733	-0.144	-0.049	0.286	0.250	-0.133
CER 12	Retardo	-0.208	-0.273	-0.273	-0.105	-0.750	-0.120	0.276
	Surdo	-	-	-	-	-	-	-
	Autista	0.357	-0.053	0.826	0.810	0.059	-0.143	0.652
	Geral	0.099	-0.074	0.440	0.025	-0.123	-0.094	0.421
CER 13	Retardo	0.041	0.611	0.067	-0.400	0.067	-0.400	0.300
	Surdo	-	0.000	0.000	0.000	-	-	-
	Autista	0.132	0.310	-0.250	0.200	0.048	0.310	0.172
	Geral	0.057	0.419	-0.153	-0.078	0.055	-0.119	0.216
CER 14	Retardo	-0.106	0.000	0.000	0.000	-0.296	-0.485	0.462
	Surdo	-	0.000	0.000	0.000	-	-	-
	Autista	0.228	0.429	0.200	0.111	-0.037	0.143	0.520
	Geral	0.146	0.429	0.200	0.111	-0.216	-0.146	0.495
CER 15	Retardo	0.009	-0.324	0.222	0.000	0.432	-0.217	-0.061
	Surdo	-	-	-	-	-	-	-
	Autista	0.610	0.714	0.407	0.407	0.714	0.714	0.704
	Geral	0.299	0.085	0.276	0.063	0.571	0.401	0.399
CER 16	Retardo	-0.037	0.696	-0.522	-0.167	-0.400	0.087	0.087
	Surdo	0.078	0.333	0.000	-0.200	0.000	0.333	0.000
	Autista	0.294	0.520	0.250	0.259	0.478	0.000	0.259
	Geral	0.119	0.524	-0.019	-0.049	-0.060	0.108	0.211
CER 17	Retardo	0.057	0.432	0.222	-0.305	0.286	-0.296	0.000
	Surdo	-	0.000	-	-	0.000	0.000	-
	Autista	0.703	0.586	0.467	0.692	0.871	0.867	0.733
	Geral	0.460	0.533	0.318	0.188	0.735	0.502	0.482
CER 18	Retardo	0.099	0.432	0.417	0.054	-0.129	-0.050	-0.129
	Surdo	0.089	0.250	0.571	0.000	-0.286	0.000	0.000
	Autista	0.393	0.231	0.600	0.467	0.231	0.231	0.600
	Geral	0.201	0.282	0.522	0.237	-0.085	0.156	0.096

$\kappa_w \geq 0.75$: indica alta concordância entre os avaliadores

$0.40 \leq \kappa_w < 0.75$: indica concordância média entre os avaliadores

$\kappa_w < 0.40$: indica concordância baixa entre os avaliadores

CER: comportamentos estereotipados e restritos

A1= mãe A2= pai A3= professora A4= profissional de saúde

- os coeficientes de Kappa para concordância entre os avaliadores para os itens do aspecto CER, por grupo e no geral, evidenciaram as maiores taxas de concordância entre todos os avaliadores para os **autistas** nos itens **CER03** (preocupações desvinculadas do contexto), **CER06** (apego idiossincrático a objetos), **CER08** (rituais) e **CER09** (ausência de atividade criativa).

TABELA 8: Coeficientes de Kappa ponderados (κ_w) para itens do LEC entre avaliadores e por grupo/questionário de avaliação do comportamento autista.

Item	Grupo	Média	A1-A2	A1-A3	A1-A4	A2-A3	A2-A4	A3-A4
LEC 19	Retardo	0.938	1.000	0.877	1.000	0.877	1.000	0.877
	Surdo	0.887	0.889	0.889	0.769	1.000	0.889	0.889
	Autista	0.928	0.857	1.000	1.000	0.857	0.857	1.000
	Geral	0.857	0.871	0.883	0.769	0.867	0.871	0.883
LEC 20	Retardo	0.834	0.811	0.682	0.811	0.831	1.000	0.851
	Surdo	0.889	0.778	1.000	1.000	0.778	0.778	1.000
	Autista	0.875	0.750	0.750	0.750	1.000	1.000	1.000
	Geral	0.792	0.778	0.730	0.778	0.837	0.778	0.851
LEC 21	Retardo	0.905	0.811	0.811	0.811	1.000	1.000	1.000
	Surdo	0.944	0.889	1.000	1.000	0.889	0.889	1.000
	Autista	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
	Geral	0.877	0.865	0.811	0.811	0.889	0.889	1.000
LEC 22	Retardo	0.736	0.682	0.588	1.000	0.877	0.682	0.588
	Surdo	0.831	0.654	0.889	0.889	0.778	0.778	1.000
	Autista	0.875	0.750	0.750	0.750	1.000	1.000	1.000
	Geral	0.750	0.711	0.770	0.842	0.858	0.734	0.588
LEC 23	Retardo	0.765	0.682	0.682	0.696	0.682	1.000	0.851
	Surdo	0.689	0.885	0.714	0.455	0.714	0.478	0.889
	Autista	0.873	0.857	0.692	0.692	1.000	1.000	1.000
	Geral	0.782	0.851	0.720	0.627	0.812	0.812	0.869
LEC 24	Retardo	0.663	0.877	0.877	0.391	1.000	0.417	0.417
	Surdo	0.668	0.778	1.000	0.500	0.778	0.455	0.500
	Autista	0.821	0.750	0.750	0.429	1.000	1.000	1.000
	Geral	0.672	0.769	0.768	0.462	0.778	0.622	0.635
LEC 25	Retardo	0.791	0.741	0.857	0.682	0.877	0.741	0.851
	Surdo	0.876	0.880	1.000	0.880	0.880	0.739	0.880
	Autista	0.913	0.826	0.826	0.826	1.000	1.000	1.000
	Geral	0.821	0.836	0.834	0.778	0.878	0.741	0.864
LEC 26	Retardo	0.700	0.682	0.682	0.364	0.741	0.877	0.851
	Surdo	0.743	0.714	0.478	0.714	0.778	1.000	0.778
	Autista	0.654	0.429	0.429	0.429	0.818	1.000	0.818
	Geral	0.689	0.615	0.537	0.525	0.749	0.877	0.832
LEC 27	Retardo	0.276	0.255	0.263	0.417	0.222	0.323	0.176
	Surdo	0.262	0.571	0.000	0.667	0.333	0.333	-0.333
	Autista	0.134	0.111	-0.273	-0.143	0.455	0.200	0.455
	Geral	0.181	0.267	-0.044	0.087	0.319	0.289	0.166
LEC 28	Retardo	0.101	0.811	0.000	-0.129	0.000	-0.077	0.000
	Surdo	-0.093	0.500	-0.333	0.000	-0.286	-0.154	-0.286
	Autista	0.278	0.429	0.200	0.200	0.130	0.130	0.579
	Geral	0.075	0.652	-0.046	-0.086	-0.036	-0.064	0.027

$\kappa_w \geq 0,75$: indica alta concordância entre os avaliadores

$0,40 \leq \kappa_w < 0,75$: indica concordância média entre os avaliadores

$\kappa_w < 0,40$: indica concordância baixa entre os avaliadores

CER: comportamentos estereotipados e restritos

A1= mãe A2= pai A3= professora A4= profissional de saúde

- os coeficientes de Kappa para concordância entre os avaliadores para os itens do aspecto LEC evidenciaram as maiores taxas de concordância entre todos os avaliadores e diagnósticos nos itens **LEC01** (linguagem idiossincrática) a **LEC08** (inversão pronominal).

TABELA 9: Coeficientes de Kappa ponderados (κ_w) para itens do aspecto CIN entre avaliadores e por grupo/questionário de avaliação do comportamento autista.

Item	Grupo	Média	A1-A2	A1-A3	A1-A4	A2-A3	A2-A4	A3-A4
CIN 29	Retardo	-0.053	0.087	0.067	0.000	-0.581	0.000	0.109
	Surdo	0.062	0.571	-0.250	0.250	-0.250	0.250	-0.200
	Autista	0.366	0.368	0.034	0.143	0.467	0.310	0.871
	Geral	0.148	0.371	-0.048	0.200	-0.183	0.269	0.279
CIN 30	Retardo	-0.134	0.286	0.075	-0.556	-0.400	-0.286	0.075
	Surdo	0.247	0.077	0.357	0.308	-0.071	0.308	0.500
	Autista	0.472	0.250	1.000	0.500	0.250	0.333	0.500
	Geral	-0.016	0.210	0.089	0.008	-0.183	0.183	0.209
CIN 31	Retardo	0.301	0.533	0.391	-0.167	0.588	0.067	0.391
	Surdo	-	-	-	-	-	-	-
	Autista	0.549	0.586	0.111	0.429	0.568	0.826	0.771
	Geral	0.516	0.573	0.338	0.198	0.661	0.626	0.700
CIN 32	Retardo	0.078	0.667	0.067	-0.061	-0.050	0.054	-0.207
	Surdo	0.071	1.000	0.000	-0.286	0.000	-0.286	0.000
	Autista	0.523	1.000	0.310	0.467	0.310	0.467	0.586
	Geral	0.253	0.667	0.216	0.049	0.126	0.078	0.380
CIN 33	Retardo	0.034	0.333	0.364	-0.050	-0.129	-0.474	0.160
	Surdo	0.250	0.571	0.250	0.250	-0.286	-0.286	1.000
	Autista	0.313	0.143	0.600	0.111	0.385	0.368	0.273
	Geral	0.215	0.346	0.471	0.053	0.143	-0.193	0.471
CIN 34	Retardo	0.269	0.774	0.364	0.067	0.263	0.000	0.146
	Surdo	-	-	-	-	-	-	-
	Autista	0.486	0.520	0.556	0.636	0.448	0.200	0.556
	Geral	0.381	0.719	0.461	0.389	0.327	0.074	0.313
CIN 35	Retardo	-0.010	0.364	0.364	-0.400	-0.077	0.087	-0.400
	Surdo	-	-	0.000	0.000	-	0.000	-0.286
	Autista	0.118	0.086	0.077	0.130	-0.212	-0.185	0.810
	Geral	0.170	0.500	0.225	-0.205	0.000	0.263	0.237
CIN 36	Retardo	-0.010	0.067	0.075	0.034	0.000	0.000	-0.235
	Surdo	-	0.400	0.000	0.000	0.000	0.000	-
	Autista	0.217	0.158	-0.217	0.478	0.130	0.478	0.273
	Geral	0.119	0.183	-0.029	0.046	0.130	0.478	-0.093
CIN 37	Retardo	0.026	0.067	0.087	0.000	0.000	0.000	0.000
	Surdo	0.014	0.571	0.000	-0.286	0.000	-0.200	0.000
	Autista	0.373	0.862	0.273	0.125	0.355	0.250	0.375
	Geral	0.219	0.711	0.124	-0.131	0.355	-0.118	0.375

$\kappa_w \geq 0.75$: indica alta concordância entre os avaliadores

$0.40 \leq \kappa_w < 0.75$: indica concordância média entre os avaliadores

$\kappa_w < 0.40$: indica concordância baixa entre os avaliadores

CIN: comportamentos inespecíficos

A1= mãe A2= pai A3= professora A4= profissional de saúde

- os coeficientes de Kappa para concordância entre os avaliadores para os itens do aspecto CIN, por grupo e no geral, evidenciaram as maiores taxas de concordância entre todos os avaliadores para os autistas nos itens **CIN01** (hiperatividade) a **CIN06** (não reconhece situações perigosas).

TABELA 10: Coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto ISR/questionário de avaliação do comportamento autista .

Spearman Correlation Coefficients / Prob > R under Ho: Rho=0 / N = 21				
	ISRA1	ISRA2	ISRA3	ISRA4
ISRA1	1.00000	0.59967	0.63132	0.61662
	0.0	0.0041	0.0021	0.0029
ISRA2	0.59967	1.00000	0.38831	0.32281
	0.0041	0.0	0.0819	0.1535
ISRA3	0.63132	0.38831	1.00000	0.65978
	0.0021	0.0819	0.0	0.0011
ISRA4	0.61662	0.32281	0.65978	1.00000
	0.0029	0.1535	0.0011	0.0

valores acima de 0.5 indicam concordância (em destaque azul).

ISRA1: escores do aspecto interação social recíproca dos avaliadores A1

ISRA2: escores do aspecto interação social recíproca dos avaliadores A2

ISRA3: escores do aspecto interação social recíproca dos avaliadores A 3

ISRA4: escores do aspecto interação social recíproca dos avaliadores A 4

- os coeficientes de correlação de Spearman para os escores totais de todos os avaliadores para o aspecto ISR indicaram uma correlação significativa entre os escores dos avaliadores A1 e A 2,A 1 e A 3, A1 e A4, A3 e A 4.

TABELA 11: Coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto CER/questionário de avaliação do comportamento autista.

Spearman Correlation Coefficients / Prob > R under Ho: Rho=0 / N = 21				
	CERA1	CERA2	CERA3	CERA4
CERA1	1.00000	0.69254	0.76003	0.69662
	0.0	0.0005	0.0001	0.0005
CERA2	0.69254	1.00000	0.59836	0.43042
	0.0005	0.0	0.0042	0.0514
CERA3	0.76003	0.59836	1.00000	0.70570
	0.0001	0.0042	0.0	0.0004
CERA4	0.69662	0.43042	0.70570	1.00000
	0.0005	0.0514	0.0004	0.0

valores acima de 0.5 indicam concordância (em destaque azul).

CERA1: escores do aspecto comportamentos estereotipados e restritos dos avaliadores A1

CERA2: escores do aspecto comportamentos estereotipados e restritos dos avaliadores A2

CERA3: escores do aspecto comportamentos estereotipados e restritos dos avaliadores A3

CERA4: escores do aspecto comportamentos estereotipados e restritos dos avaliadores A4

- os coeficientes de correlação de Spearman para os escores totais entre os avaliadores para o aspecto CER indicaram uma correlação significativa entre os escores dos avaliadores A1 e A2, A1 e A3, A1 e A4, A2 e A3, A3 e A4.

TABELA 12: Coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto LEC/questionário de avaliação do comportamento autista.

Spearman Correlation Coefficients/Prob> R under Ho: Rho=0 / N = 21				
	LECA1	LECA2	LECA3	LECA4
LECA1	1.00000	0.89457	0.86016	0.79523
	0.0	0.0001	0.0001	0.0001
LECA2	0.89457	1.00000	0.72044	0.69356
	0.0001	0.0	0.0002	0.0005
LECA3	0.86016	0.72044	1.00000	0.84436
	0.0001	0.0002	0.0	0.0001
LECA4	0.79523	0.69356	0.84436	1.00000
	0.0001	0.0005	0.0001	0.0

valores acima de 0.5 indicam concordância (em destaque azul).

LECA1: escores do aspecto linguagem e comunicação dos avaliadores A1

LECA2: escores do aspecto linguagem e comunicação dos avaliadores A2

LECA3: escores do aspecto linguagem e comunicação dos avaliadores A3

LECA4: escores do aspecto linguagem e comunicação dos avaliadores A4

- os coeficientes de correlação de Spearman para os escores totais entre os avaliadores para o aspecto LEC indicaram uma correlação significativa entre os escores de todos os avaliadores.

TABELA 13: Coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto CIN/questionário de avaliação do comportamento autista.

Spearman Correlation Coefficients / Prob > R under Ho: Rho=0 / N = 21				
	CINA1	CINA2	CINA3	CINA4
CINA1	1.00000	0.78443	0.66678	0.39227
	0.0	0.0001	0.0010	0.0786
CINA2	0.78443	1.00000	0.57218	0.37693
	0.0001	0.0	0.0067	0.0921
CINA3	0.66678	0.57218	1.00000	0.57700
	0.0010	0.0067	0.0	0.0062
CINA4	0.39227	0.37693	0.57700	1.00000
	0.0786	0.0921	0.0062	0.0

valores acima de 0.5 indicam concordância (em destaque azul).

CINA1: escores do aspecto comportamentos inespecíficos dos avaliadores A1

CINA2: escores do aspecto comportamentos inespecíficos dos avaliadores A2

CINA3: escores do aspecto comportamentos inespecíficos dos avaliadores A3

CINA4: escores do aspecto comportamentos inespecíficos dos avaliadores A4

- os coeficientes de correlação de Spearman para os escores totais entre os avaliadores para o aspecto CIN indicaram uma correlação significativa entre os escores para os avaliadores A1 e A2, A1 e A3, A2 e A3, A3 e A4.

TABELA 14: Estatísticas descritivas dos escores do aspecto ISR, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas							p-valor Kruskal-Wallis	Comparações Kruskal-Wallis
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS ISRA1 POR GRUPO								pRS=0.0443
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.1965
Retardo	7	7.42857	2.93582	12	7.0	4	p=0.0096	pSA=0.0060
Surdo	6	2.83333	3.37145	8	1.5	0		
Autista	8	9.50000	2.00000	11	10.5	6		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS ISRA2 POR GRUPO								pRS=****
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=****
Retardo	7	7.85714	4.67007	14	9.0	0	P=0.0934	pSA=****
Surdo	6	4.00000	4.24264	10	3.5	0		
Autista	8	9.37500	2.06588	13	9.0	6		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS ISRA3 POR GRUPO								pRS=0.0061
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=1.0000
Retardo	7	8.28571	3.49830	12	9.0	2	P=0.0058	pSA=0.0061
Surdo	6	1.33333	1.96638	5	0.5	0		
Autista	8	8.62500	4.86790	17	8.5	2		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS ISRA4 POR GRUPO								pRS=0.0434
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.1440
Retardo	7	6.5714	4.27618	14	6.0	0	p=0.0083	pSA=0.0065
Surdo	6	2.0000	2.09762	5	1.5	0		
Autista	8	10.0000	4.84031	17	9.0	2		

p-valor < 0,05 indica diferença estatística significativa

0,01 < p-valor < 0,05: em destaque azul

p-valor < 0,01: em destaque vermelho

pRS: comparação entre os escores das crianças com retardo mental e surdas (p-valor)

pRA: comparação entre os escores das crianças com retardo e autistas (p-valor)

pSA: comparação entre os escores das crianças surdas e autistas (p-valor)

- Os testes não paramétricos para os escores do aspecto ISR, por avaliador e comparando-se os grupos, evidenciaram uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores, exceto para o avaliador A2. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os escores dos autistas e das crianças com retardo mental são significativamente maiores do que os escores dos surdos.

TABELA 15: Estatísticas descritivas dos escores do aspecto CER, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas							p-valor Kruskal-Wallis	Comparações Kruskal-Wallis
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CERA1 POR GRUPO								pRS=0.0037
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.0061
Retardo	7	7.1429	2.41030	10	8	3	p=0.0003	
Surdo	6	0.8333	1.32916	3	0	0		pSA=0.0021
Autista	8	11.3750	2.13391	14	11	8		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CERA2 POR GRUPO								pRS=0.0247
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.9071
Retardo	7	7.28571	3.59232	11	8.0	0	P=0.0090	
Surdo	6	1.00000	0.89443	2	1.0	0		pSA=0.0034
Autista	8	7.75000	4.13176	14	7.5	2		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CERA3 POR GRUPO								pRS=0.0044
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.2231
Retardo	7	5.00000	3.36650	10	4.0	1	P=0.0017	
Surdo	6	0.33333	0.51640	1	0.0	0		pSA=0.0021
Autista	8	8.12500	5.35690	17	6.5	2		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CERA4 POR GRUPO								pRS=0.0432
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.0421
Retardo	7	4.1429	5.33631	14	2.0	0	p=0.0021	
Surdo	6	0.1667	0.40825	1	0.0	0		pSA=0.0019
Autista	8	10.3750	5.06916	17	10.5	3		

p-valor < 0,05 indica diferença estatística significativa

0,01 < p-valor < 0,05: em destaque azul

p-valor < 0,01: em destaque vermelho

pRS: comparação entre os escores das crianças com retardo mental e surdas (p-valor)

pRA: comparação entre os escores das crianças com retardo e autistas (p-valor)

pSA: comparação entre os escores das crianças surdas e autistas (p-valor)

- Os testes não paramétricos para os escores do aspecto CER, por avaliador e comparando-se os grupos, evidenciaram uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os escores dos autistas e das crianças com retardo mental são significativamente maiores do que os escores dos surdos, para os avaliadores A2 e A3, ao passo que para os outros avaliadores há diferença entre todos os grupos.

TABELA 16: Estatísticas descritivas dos escores do aspecto LEC, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas							p-valor Kruskal-Wallis	Comparações Kruskal-Wallis
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS LECA1 POR GRUPO								pRS=0.0658
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.8505
Retardo	7	21.7143	8.3609	28	26.0	6	p=0.0613	
Surdo	6	13.6667	12.1436	26	14.5	1		pSA=0.0402
Autista	8	22.6250	6.9269	27	26.0	10		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS LECA2 POR GRUPO								pRS=****
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	P=0.1024	pRA=****
Retardo	7	19.7143	10.4517	27	25	3		
Surdo	6	14.8333	11.1430	26	17	2		pSA=****
Autista	8	22.7500	7.1264	28	26	9		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS LECA3 POR GRUPO								pRS=0.0318
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=1.000
Retardo	7	20.1429	10.0071	26	26.0	5	P=0.0535	
Surdo	6	13.1667	12.9833	25	13.5	0		pSA=0.0542
Autista	8	22.2500	6.7981	27	25.5	9		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS LECA4 POR GRUPO								pRS=****
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=****
Retardo	7	20.7143	7.6966	26	25.0	9	p=0.1127	
Surdo	6	13.8333	12.3194	25	14.5	0		pSA=****
Autista	8	22.2500	6.7981	27	25.5	9		

p-valor < 0,05 indica diferença estatística significativa

0,01 < p-valor < 0,05: em destaque azul

p-valor < 0,01: em destaque vermelho

pRS: comparação entre os escores das crianças com retardo mental e surdas (p-valor)

pRA: comparação entre os escores das crianças com retardo e autistas (p-valor)

pSA: comparação entre os escores das crianças surdas e autistas (p-valor)

- Os testes não paramétricos para os escores do aspecto LEC, por avaliador e comparando-se os grupos, não evidenciaram uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os escores dos autistas são significativamente maiores que os dos surdos, para o avaliador A1, enquanto os escores das crianças com retardo mental são significativamente maiores do que os escores dos surdos, para o avaliador A3.

TABELA 17: Estatísticas descritivas dos escores do aspecto CIN, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas							p-valor Kruskal-Wallis	Comparações Kruskal-Wallis
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CINA1 POR GRUPO								pRS=0.0147
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.1805
Retardo	7	7.8571	3.80476	13	8.0	2	p=0.0031	pSA=0.0028
Surdo	6	2.1667	2.40139	6	1.5	0		
Autista	8	10.2500	2.31455	13	10.5	6		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CINA2 POR GRUPO							P=0.0067	pRS=0.0115
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.6002
Retardo	7	8.14286	3.67099	13	7.0	3		pSA=0.0052
Surdo	6	2.16667	2.56255	6	1.5	0		
Autista	8	9.12500	3.44083	15	8.5	5		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CINA3 POR GRUPO							P=0.0052	pRS=0.0063
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=1.0000
Retardo	7	6.71429	2.56348	10	7.0	3		pSA=0.0052
Surdo	6	1.50000	1.37840	4	1.0	0		
Autista	8	7.25000	4.26782	14	6	2		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CINA4 POR GRUPO							p=0.0182	pRS=0.2478
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.0713
Retardo	7	3.85714	3.33809	10	4.0	0		pSA=0.0115
Surdo	6	1.83333	1.47196	4	1.5	0		
Autista	8	8.25000	4.59036	15	9.0	2		

p-valor < 0,05 indica diferença estatística significativa

0,01 < p-valor < 0,05: em destaque azul

p-valor < 0,01: em destaque vermelho

pRS: comparação entre os escores das crianças com retardo mental e surdas (p-valor)

pRA: comparação entre os escores das crianças com retardo e autistas (p-valor)

pSA: comparação entre os escores das crianças surdas e autistas (p-valor)

- Os testes não paramétricos para os escores do aspecto CIN, por avaliador e comparando-se os grupos, evidenciou uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os escores dos autistas e das crianças com retardo mental são significativamente maiores que os escores dos surdos para os avaliadores A1, A2 e A3, enquanto para o avaliador A4 apenas os escores dos autistas são significativamente maiores do que os escores dos surdos.

Após a análise dos coeficientes de Kappa de cada item do questionário, as questões que obtiveram maiores índices de concordância entre os avaliadores das crianças autistas, utilizando-se os critérios já descritos (coeficientes de Kappa, que indicavam concordância entre três avaliadores, as questões com médias próximas ou superiores a 0.40 e as que indicavam concordância total entre dois avaliadores permaneceram no questionário final), formaram o questionário final.

As questões são as seguintes:

Interação social recíproca: questões ISR02, ISR03, ISR06, ISR08, ISR09

Comportamentos estereotipados e restritos: questões CER11,CER12,CER15, CER17,CER18

Linguagem e comunicação: todas as questões referentes a linguagem e comunicação permaneceram, inclusive as duas últimas, que, apesar dos baixos coeficientes de Kappa, são as únicas questões que avaliam a linguagem não verbal (mímica e gestualidade).

Comportamentos inespecíficos: CIN29, CIN30,CIN31,CIN32,CIN33,CIN34

4.2. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO AUTISTA (CACS-27), VERSÃO FINAL

**** 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, fono, 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

2- A criança não procura outras pessoas para brincar, conversar ou manter contato afetivo e físico, preferindo se isolar ou ficar sozinho.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

3 - A criança não obedece aos pais ou responsáveis, cometendo atos inadequados à situação social.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

4 - Quando convidada a participar de atividades com outras pessoas, a criança recusa-se ou permanece indiferente.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

5 - A criança evita o contato visual direto, não dirigindo seu olhar diretamente aos olhos da outra pessoa (parece transfixar com o olhar a pessoa que está em sua frente).

- a. sempre b. às vezes c. nunca

6 - A criança apresenta movimentos repetitivos, rítmicos e sem objetivo específico (Ex. jogar o corpo para frente e para trás, fazer movimentos de abano com as mãos ao redor da cabeça, fica batendo com os dedos na mesa, etc.).

- a. sempre b. às vezes c. nunca

7 - A criança tem interesses sensoriais estranhos (ex. cheirar pedras).

- a. sempre b. às vezes c. nunca

15 - A criança repete frases sem objetivar comunicação. As frases podem ser criadas pela própria criança ou obtidas do ambiente (repete anúncios publicitários ou cria frases que fica repetindo).

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

16 - A criança cria palavras, frases ou expressões novas.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

17 - A criança só fala quando estimulada ou quando alguém tenta conversar com ela. Nunca é ela que inicia o diálogo.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

18 - A criança não mantém uma conversa, respondendo apenas o que lhe é perguntado.

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

19 - Quando a criança vai falar, ela se utiliza de outros pronomes no lugar do "eu" ("tu", "você", "ele").

- a. sempre b. às vezes c. nunca d. sem resposta

20 - A criança não compreende ordens verbais ou solicitações simples.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

21 - A criança não se utiliza de gestos ou da expressão facial para tentar exprimir o que está sentindo.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

22 - A criança é inquieta ou agitada, se comparada com outras crianças de sua idade.

- a. sempre b. às vezes c. nunca

4.3. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO FINAL (RE-TESTE DE VALIDADE E CONFIABILIDADE)

- Os coeficientes de Kappa permanecem os mesmos para as referidas questões

TABELA 18: Re-teste dos coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto ISR/ questionário de avaliação do comportamento autista.

Spearman Correlation Coefficients / Prob > R under Ho: Rho=0 / N = 21				
	ISRA1	ISRA2	ISRA3	ISRA4
ISRA1	1.00000	0.71257	0.62333	0.57177
	0.0	0.0003	0.0025	0.0068
ISRA2	0.71257	1.00000	0.56342	0.48397
	0.0003	0.0	0.0078	0.0262
ISRA3	0.62333	0.56342	1.00000	0.52480
	0.0025	0.0078	0.0	0.0146

valores acima de 0.5 indicam concordância (em destaque azul).

ISRA1: escores do aspecto interação social recíproca dos avaliadores A1

ISRA2: escores do aspecto interação social recíproca dos avaliadores A2

ISRA3: escores do aspecto interação social recíproca dos avaliadores A3

ISRA4: escores do aspecto interação social recíproca dos avaliadores A4

- os coeficientes de correlação de Spearman, relativos ao aspecto ISR, indicaram uma correlação significativa entre os escores dos avaliadores A1 e A2, A1 e A3, A1 e A4, A2 e A3.

TABELA 19: Re-teste dos coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto CER/questionário de avaliação do comportamento autista.

Spearman Correlation Coefficients / Prob > R under H ₀ : Rho=0 / N = 21				
	CERA1	CERA2	CERA3	CERA4
CERA1	1.00000	0.73031	0.70628	0.64183
	0.0	0.0002	0.0003	0.0017
CERA2	0.73031	1.00000	0.65291	0.46059
	0.0002	0.0	0.0013	0.0356
CERA3	0.70628	0.65291	1.00000	0.68802
	0.0003	0.0013	0.0	0.0006

valores acima de 0.5 indicam concordância (em destaque azul).

CERA1: escores do aspecto comportamentos estereotipados e restritos dos avaliadores A1

CERA2: escores do aspecto comportamentos estereotipados e restritos dos avaliadores A2

CERA3: escores do aspecto comportamentos estereotipados e restritos dos avaliadores A3

CERA4: escores do aspecto comportamentos estereotipados e restritos dos avaliadores A4

- os coeficientes de correlação de Spearman, referentes ao aspecto CER, indicaram uma correlação significativa entre os escores de quase todos os avaliadores, exceto entre os avaliadores A2 e A4.

TABELA 20: Re-teste dos coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto LEC/questionário de avaliação do comportamento autista.

Spearman Correlation Coefficients / Prob > R under Ho: Rho=0 / N = 21				
	LECA1	LECA2	LECA3	LECA4
LECA1	1.00000	0.89457	0.86016	0.79523
	0.0	0.0001	0.0001	0.0001
LECA2	0.89457	1.00000	0.72044	0.69356
	0.0001	0.0	0.0002	0.0005
LECA3	0.86016	0.72044	1.00000	0.84436
	0.0001	0.0002	0.0	0.0001

valores acima de 0.5 indicam concordância (em destaque azul).

LECA1: escores do aspecto linguagem e comunicação dos avaliadores A1

LECA2: escores do aspecto linguagem e comunicação dos avaliadores A2

LECA3: escores do aspecto linguagem e comunicação dos avaliadores A3

LECA4: escores do aspecto linguagem e comunicação dos avaliadores A4

- os coeficientes de correlação de Spearman, relativos ao aspecto LEC, indicaram uma correlação significativa entre os escores de todos os avaliadores.

TABELA 21: Re-teste dos coeficientes de correlação de Spearman para o aspecto CIN/questionário de avaliação do comportamento autista.

Spearman Correlation Coefficients / Prob > R under Ho: Rho=0 / N = 21				
	CINA1	CINA2	CINA3	CINA4
CINA1	1.00000	0.81782	0.68061	0.36238
	0.0	0.0001	0.0007	0.1064
CINA2	0.81782	1.00000	0.61701	0.36637
	0.0001	0.0	0.0029	0.1024
CINA3	0.68061	0.61701	1.00000	0.58353
	0.0007	0.0029	0.0	0.0055

valores acima de 0.5 indicam concordância (em destaque azul).

CINA1: escores do aspecto comportamentos inespecíficos dos avaliadores A1

CINA2: escores do aspecto comportamentos inespecíficos dos avaliadores A2

CINA3: escores do aspecto comportamentos inespecíficos dos avaliadores A3

CINA4: escores do aspecto comportamentos inespecíficos dos avaliadores A4

- os coeficientes de correlação de Spearman, referentes ao CIN indicaram uma correlação significativa entre os escores dos avaliadores A1 e A2, A1 e A3, A2 e A3, A3 e A4.

TABELA 22: Coeficientes de correlação de Spearman para todos os aspectos/ questionário de avaliação do comportamento autista.

Spearman Correlation Coefficients / Prob > R under Ho: Rho=0 / N = 21				
	TOTALA1	TOTALA2	TOTALA3	TOTALA4
TOTALA1	1.00000	0.75931	0.81714	0.70573
	0.0	0.0001	0.0001	0.0004
TOTALA2	0.75931	1.00000	0.74821	0.69472
	0.0001	0.0	0.0001	0.0005
TOTALA3	0.81714	0.74821	1.00000	0.77767
	0.0001	0.0001	0.0	0.0001

valores acima de 0,5 indicam concordância (em destaque azul).

- TOTALA1: escores totais dos avaliadores A1
- TOTALA2: escores totais dos avaliadores A2
- TOTALA3: escores totais dos avaliadores A3
- TOTALA4: escores totais dos avaliadores A4

- os coeficientes de correlação de Spearman indicaram uma correlação significativa entre os escores totais de todos os avaliadores.

TABELA 23: Re-teste: estatísticas descritivas dos escores do aspecto ISR, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/ questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas							p-valor Kruskal-Wallis	Comparações Kruskal-Wallis
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS ISRA1 POR GRUPO							p=0.0060	pRS=0.0411 pRA=0.0840
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pSA=0.0059
Retardo	7	3.85714	1.46385	6	4.0	2		
Surdo	6	1.66667	1.63299	4	1.5	0		
Autista	8	5.12500	1.45774	7	5.0	2		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS ISRA2 POR GRUPO							P=0.0188	PRS=0.0943 pRA=0.5482
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pSA=0.0044
Retardo	7	4.14286	2.79455	8	5	0		
Surdo	6	1.66667	1.86190	4	1	0		
Autista	8	5.37500	1.40789	8	5	4		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS ISRA3 POR GRUPO							P=0.0157	pRS=0.0129 pRA=1.0000
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pSA=0.0150
Retardo	7	4.28571	1.70434	6	5	2		
Surdo	6	1.00000	1.67332	4	0	0		
Autista	8	4.75000	2.91548	10	4	2		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS ISRA4 POR GRUPO							p=0.0078	pRS=0.0906 pRA=0.1241
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pSA=0.0037
Retardo	7	3.14286	2.60951	8	3	0		
Surdo	6	1.00000	1.09545	2	1	0		
Autista	8	5.37500	2.82527	9	4	2		

p-valor < 0,05 indica diferença estatística significativa

0,01 < p-valor < 0,05: em destaque azul

p-valor < 0,01: em destaque vermelho

pRS: comparação entre os escores das crianças com retardo mental e surdas (p-valor)

pRA: comparação entre os escores das crianças com retardo e autistas (p-valor)

pSA: comparação entre os escores das crianças surdas e autistas (p-valor)

- Os re-testes não paramétricos para os escores do aspecto ISR, por avaliador e comparando-se os grupos, evidenciaram uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os escores dos autistas e das crianças com retardo mental são significativamente maiores que os escores dos surdos, não havendo diferença significativa entre os escores dos autistas e os escores das crianças com retardo mental para os avaliadores A1, A3 e A4. Para o avaliador A2 houve diferença significativa apenas entre os autistas e os surdos.

TABELA 24: Re-teste: estatísticas descritivas dos escores do aspecto CER, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/ questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas							p-valor Kruskal-Wallis	Comparações Kruskal-Wallis
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CERA1 POR GRUPO								pRS=0.0029
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.1276
Retardo	7	4.14286	1.57359	6	4.0	2	p=0.0010	
Surdo	6	0.33333	0.51640	1	0.0	0		pSA=0.0021
Autista	8	6.00000	2.13809	9	5.5	3		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CERA2 POR GRUPO								pRS=0.0189
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.9063
Retardo	7	3.71429	2.13809	6	3.0	0	P=0.0062	
Surdo	6	0.50000	0.54772	1	0.5	0		pSA=0.0021
Autista	8	4.00000	2.44949	9	3.5	2		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CERA3 POR GRUPO								pRS=0.0065
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.2647
Retardo	7	3.00000	1.91485	6	3	1	P=0.0027	
Surdo	6	0.33333	0.51640	1	0	0		pSA=0.0031
Autista	8	5.00000	3.33809	10	4	1		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CERA4 POR GRUPO								pRS=0.0174
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.0397
Retardo	7	2.42857	3.35942	9	1	0	p=0.0014	
Surdo	6	0.00000	0.00000	0	0	0		pSA=0.0015
Autista	8	6.12500	2.69590	9	6	3		

p-valor < 0,05 indica diferença estatística significativa

0,01 < p-valor < 0,05: em destaque azul

p-valor < 0,01: em destaque vermelho

pRS: comparação entre os escores das crianças com retardo mental e surdas (p-valor)

pRA: comparação entre os escores das crianças com retardo e autistas (p-valor)

pSA: comparação entre os escores das crianças surdas e autistas (p-valor)

- Os re-testes não paramétricos para os escores do aspecto CER, por avaliador e comparando-se os grupos, evidenciaram uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os escores dos autistas e dos com retardo são significativamente maiores do que os escores dos surdos para os avaliadores A1, A2 e A3, enquanto para o avaliador A4 houve diferença entre todos os grupos.

TABELA 25: Re-teste: estatísticas descritivas dos escores do aspecto CIN, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas							p-valor Kruskal-Wallis	Comparações Kruskal-Wallis
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CINA1 POR GRUPO								pRS=0.0217
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.3476
Retardo	7	6.14286	2.79455	10	7.0	2	p=0.0043	
Surdo	6	2.00000	2.09762	5	1.5	0		pSA=0.0023
Autista	8	7.87500	1.95941	11	7.5	6		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CINA2 POR GRUPO								pRS=0.0115
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.9070
Retardo	7	6.57143	2.82000	10	6	2	P=0.0104	
Surdo	6	1.66667	2.06559	5	1	0		pSA=0.0091
Autista	8	7.12500	3.52288	13	7	3		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CINA3 POR GRUPO								pRS=0.0044
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.9071
Retardo	7	5.85714	2.54484	9	6	3	P=0.0038	
Surdo	6	1.16667	0.98319	3	1	0		pSA=0.0040
Autista	8	5.75000	3.28416	12	5	2		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS CINA4 POR GRUPO								pRS=0.2773
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.0798
Retardo	7	3.28571	2.69037	8	3.0	0	p=0.0197	
Surdo	6	1.66667	1.36626	4	1.5	0		pSA=0.0106
Autista	8	6.62500	3.81491	13	6.5	2		

p-valor < 0,05 indica diferença estatística significativa

0,01 < p-valor < 0,05: em destaque azul

p-valor < 0,01: em destaque vermelho

pRS: comparação entre os escores das crianças com retardo mental e surdas (p-valor)

pRA: comparação entre os escores das crianças com retardo e autistas (p-valor)

pSA: comparação entre os escores das crianças surdas e autistas (p-valor)

- Os re-testes não paramétricos para os escores do aspecto CIN, por avaliador e comparando-se os grupos, evidenciaram uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os escores dos autistas e das crianças com retardo mental são significativamente maiores que os escores dos surdos para os avaliadores A1, A2 e A3, enquanto para o avaliador A4 apenas os escores dos autistas são significativamente maiores que os escores dos surdos. Para nenhum dos avaliadores houve diferença significativa entre os escores dos autistas e os escores das crianças com retardo mental.
- Para o aspecto LEC os resultados não mudaram, já que todos os itens foram considerados.

TABELA 26: Re-teste: estatísticas descritivas dos escores totais, por grupo e avaliador, e testes de Kruskal-Wallis/questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas							p-valor Kruskal-Wallis	Comparações Kruskal-Wallis
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS TOTALA1 POR GRUPO								pRS=0.0383
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.2446
Retardo	7	35.8571	10.7615	46	41	20	p=0.0067	
Surdo	6	17.6667	11.9443	33	18	1		pSA=0.0036
Autista	8	41.6250	5.4756	46	43	29		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS TOTALA2 POR GRUPO								pRS=0.0737
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.5989
Retardo	7	34.1429	16.7673	49	40	5	P=0.0265	
Surdo	6	18.6667	10.9484	34	19	4		pSA=0.0090
Autista	8	39.2500	9.3005	45	44	18		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS TOTALA3 POR GRUPO								pRS=0.0383
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.8160
Retardo	7	33.2857	13.2629	46	38.0	11	P=0.0182	
Surdo	6	15.6667	12.4847	29	17.5	1		pSA=0.0080
Autista	8	37.7500	11.3232	56	38.0	16		
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS TOTALA4 POR GRUPO								pRS=0.0452
GRUPO	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN		pRA=0.0489
Retardo	7	29.5714	9.0343	43	30.0	14	p=0.0058	
Surdo	6	16.5000	11.6060	29	17.5	1		pSA=0.0081
Autista	8	40.3750	10.5009	54	43.0	20		

p-valor < 0,05 indica diferença estatística significativa

0,01 < p-valor < 0,05: em destaque azul

p-valor < 0,01: em destaque vermelho

pRS: comparação entre os escores das crianças com retardo mental e surdas (p-valor)

pRA: comparação entre os escores das crianças com retardo e autistas (p-valor)

pSA: comparação entre os escores das crianças surdas e autistas (p-valor)

- Os testes não paramétricos para os escores totais, por avaliador e comparando-se os grupos, evidenciaram uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os escores dos autistas e das crianças com retardo mental são significativamente maiores que os escores dos surdos, não havendo diferença significativa entre os escores dos autistas e das crianças com retardo mental para os avaliadores A1 e A3. Para o avaliador A2, houve diferença significativa apenas entre os autistas e os surdos, e para o avaliador 4 houve diferença significativa entre todos os grupos.

TABELA 27: Estatísticas descritivas dos escores totais por idade, grupo e avaliador e p-valores do teste de Mann-Whitney/questionário de avaliação do comportamento autista.

Estatísticas Descritivas								p-valor Mann-Whitney
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS TOTALA1 POR IDADE1								
GRUPO	IDADE1	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	
Retardo	4-8	3	40.3333	2.0817	42	41	38	pR=1.0000
Retardo	10-14	4	32.5000	13.9164	46	32	20	pS=1.0000
Surdo	4-8	3	19.3333	16.5025	33	24	1	pA=0.4506
Surdo	10-14	3	16.0000	8.7178	26	12	10	
Autista	4-8	3	43.6667	3.2146	46	45	40	
Autista	10-14	5	40.4000	6.5038	45	42	29	
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS TOTALA2 POR IDADE1								pR=0.1536
GRUPO	IDADE1	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	
Retardo	4-8	3	45.0000	4.5826	49	46	40	pS=0.3827
Retardo	10-14	4	26.0000	18.4932	43	28	5	
Surdo	4-8	3	24.0000	10.0000	34	24	14	pA=0.1122
Surdo	10-14	3	13.3333	10.6927	25	11	4	
Autista	4-8	3	44.3333	0.5774	45	44	44	
Autista	10-14	5	36.2000	10.9636	44	41	18	
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS TOTALA3 POR IDADE1								pR=0.5959
GRUPO	IDADE1	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	
Retardo	4-8	3	39.3333	6.6583	45	41	32	pS=0.6625
Retardo	10-14	4	28.7500	16.0702	46	29	11	
Surdo	4-8	3	18.6667	15.3731	29	26	1	pA=0.4506
Surdo	10-14	3	12.6667	11.2398	25	10	3	
Autista	4-8	3	43.6667	12.0139	56	43	32	
Autista	10-14	5	34.2000	10.4976	43	38	16	
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS TOTALA4 POR IDADE1								pR=0.0518
GRUPO	IDADE1	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	
Retardo	4-8	3	36.6667	5.6862	43	35.0	32	pS=1.0000
Retardo	10-14	4	24.2500	7.3201	30	26.5	14	
Surdo	4-8	3	17.3333	14.1539	26	25.0	1	pA=0.7656
Surdo	10-14	3	15.6667	11.5902	29	10.0	8	
Autista	4-8	3	43.3333	11.0151	54	44.0	32	
Autista	10-14	5	38.6000	11.0363	48	42.0	20	

p-valor < 0,05 indica diferença significativa entre os escores

pR: p-valor - avalia se há diferença significativa entre os escores dos grupos com retardo mental

pS: p-valor - avalia se há diferença significativa entre os escores dos grupos com surdez

pA: p-valor - avalia se há diferença significativa entre os escores dos grupos com autismo

- os testes não paramétricos para os escores totais para cada avaliador, por faixa etária e diagnóstico, não indicaram uma diferença significativa entre as faixas etárias para nenhum dos avaliadores.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A maioria dos trabalhos que descreveu instrumentos de avaliação do comportamento autista discutiu dois conceitos tidos como fundamentais para a análise da qualidade dos instrumentos: a validade e a confiabilidade (PARKS, 1983).

Confiabilidade indica a acurácia, consistência e estabilidade de um instrumento. É um conceito essencialmente subordinado à validade, pois descreve o grau de divergência do instrumento e o quanto ele limita sua validade. Pode ser avaliada pela sua consistência interna e o grau de concordância entre os diversos avaliadores (YOUNG *et al.*, 1987).

Validade indica o quanto um instrumento realmente mede aquilo que pretende medir, se verdadeiramente gera o tipo de informação que se pretende obter. Precisamente, indica o quanto o instrumento mede um constructo. Se demonstra ser um constructo errôneo, ele é inválido.

A consistência interna do CACS foi verificada pelo coeficiente α de Cronbach (mesmo índice utilizado para verificar a consistência interna da CARS). Este coeficiente é utilizado para se verificar a homogeneidade ou acurácia dos itens do instrumento, ou seja, a concordância intra-individual. Indica se os diversos avaliadores responderam de forma consistente o questionário, não dando respostas muito divergentes em relação ao contexto dos sintomas.

Verificou-se que houve ótima consistência interna, tanto no geral como para cada aspecto (ISR, CER, LEC, CIN), para todos os avaliadores. No entanto, percebe-se que para os aspectos ISR e CER houve consistência ligeiramente maior para os avaliadores A3 e A4 (profissionais) do que para os avaliadores A1 e A2.

A consistência interna, no geral, foi superior a 0.93, taxa considerada extremamente alta, visto que, para instrumentos amplamente utilizados, a acurácia não deve ser menor que 0.8., porém, valores acima de 0.6 já indicam concordância.

O coeficiente α de Cronbach foi utilizado para medir a consistência interna da CARS, que obteve índices superiores a 0.94 (SCHOPLER *et al.*, 1980), taxas semelhantes às conseguidas pelo CACS, que obteve, no geral, taxas maiores que 0.94 em 3 avaliadores distintos, sendo que apenas um avaliador obteve no geral taxas de 0.936. A consistência interna foi menor nos avaliadores 1, grupo das mães.

A concordância entre os diversos avaliadores para o aspecto ISR (interação social recíproca), no grupo e no geral, foi verificada por meio do cálculo do coeficiente de Kappa. Constatou-se que houve maior concordância entre todos os avaliadores, para os autistas, nos itens ISR02, ISR03, ISR06 e ISR08. Apesar de as médias indicarem uma baixa concordância entre os avaliadores, ao observarmos a concordância entre cada par de avaliador notamos que nas questões ISR02, ISR03, ISR06, ISR08 há índices que indicam concordância de média a alta entre pelo menos três pares de avaliadores. Ocorreu maior concordância entre as respostas dos profissionais do que entre as respostas dos pais. Os profissionais parecem concordar mais do que os pais quanto à interação social recíproca (os índices obtidos pelas questões ISR03, ISR06 E ISR09 indicam uma alta concordância entre os profissionais).

As questões que apresentam maiores índices de concordância referem-se às falhas das crianças autistas na percepção de pessoas e acontecimentos ao redor, na procura por contato e interação social e no reconhecimento de controles sociais, reforçando que os déficits de empatia são fundamentais para o diagnóstico da síndrome autista. FRITH (1991) sugeriu que a falha básica no autismo infantil é a falta de desenvolvimento precoce de uma “teoria da mente”, levando a criança a não conceber que outras pessoas pensam e têm sentimentos. O não desenvolvimento de uma teoria da mente levará a um inevitável déficit de empatia. Tal déficit, contudo, não afeta a habilidade da criança de observar o mundo e manter sua razão lógica.

Ainda que os sentimentos, tais como medo, raiva, alegria, estejam necessariamente afetados em crianças que apresentam déficits de empatia, ocorreu uma baixa concordância na questão ISR01, que se refere à capacidade da criança de manifestar seus sentimentos e afetos, demonstrando que os aspectos afetivos não são mais sintomas confiáveis para a realização do diagnóstico. Esse fato reforça teorias que consideram o autismo, principalmente, decorrente de comprometimentos na senso-percepção e não decorrente de comprometimentos da instância afetiva, como inicialmente acreditava Kanner.

Decidiu-se pela manutenção da questão que se refere ao contato visual, pois, além de ter havido concordância total entre os profissionais, esse sintoma é um dos primeiros a ser observados antes do final do primeiro ano de vida da criança autista e, juntamente com mímica, gestualidade e expressão corporal, é um dos principais reguladores da interação social.

No aspecto comportamento estereotipado e restrito (CER), verificou-se um índice maior de concordância entre todos os avaliadores, para os autistas, nos itens CER02, CER03, CER06, CER08 e CER09. Essas questões obtiveram taxas que indicam de média a alta concordância entre todos os pares de avaliadores, sendo que as questões CER06 e CER09 também obtiveram boa concordância na média dos avaliadores. Essas questões referem-se à capacidade criativa das crianças avaliadas, um sintoma necessário ao diagnóstico e com altas taxas de concordância, quando presentes. Importante ressaltar que essas taxas que indicam de média a alta concordância só apareceram no grupo das crianças autistas, não havendo concordância entre os avaliadores das crianças surdas ou com déficit intelectual sem autismo.

As questões que se referem às preocupações fora do contexto (CER03), intimamente relacionadas com idéias obsessivas, e à presença de comportamento compulsivo, na forma de rituais, também apresentam boas taxas de concordância entre os pares de avaliadores. A manutenção de rituais e comportamentos motores mais complexos obtiveram taxas de concordância maiores do que a estereotipia motora ou posições rebuscadas. Esses comportamentos ritualísticos costumam estar acompanhados de aumento da atividade motora, estreitamento do campo de consciência, atenção focada unicamente no ritual, diminuição da vigilância. Quando forçados a abandonar as práticas ritualísticas, pode-se observar um quadro de irritabilidade, agressividade e agitação psicomotora.

As questões CER01 E CER02 permaneceram no questionário, pois, apesar de não preencherem os critérios de concordância entre três pares de avaliadores, são parte integrante de um dos critérios diagnósticos - preocupações excessivas com padrões repetitivos e estereotipados de interesse - que não estaria contemplado no questionário, caso essas questões não fossem mantidas.

Não se podem discutir os itens do aspecto linguagem e comunicação (LEC) sem antes observar que a maior parte da amostra dos três grupos constituem-se por crianças que não falavam. Dois terços das crianças da amostra não estruturavam frases (na literatura, observamos uma ausência de fala em metade das crianças autistas).

Esse fato fez com que os valores do coeficiente de Kappa, nesse aspecto, fossem mais altos do que a média dos coeficientes dos outros aspectos estudados. Verificou-se que os coeficientes demonstraram uma concordância muito alta nas oito primeiras questões, que se referem à linguagem verbal.

Quando as questões se referiram à mímica e gestualidade da criança, os coeficientes não indicaram uma concordância satisfatória. As questões LEC09 e LEC10 foram mantidas, apesar de encontrada uma baixa concordância, devido a sua importância para o estudo das práticas não verbais com crianças autistas e por serem, juntamente com o contato visual, importantes reguladores da interação social e fundamentais na diferenciação de crianças com distúrbios da linguagem expressiva.

Associado ao quociente de inteligência, a aquisição de linguagem verbal tem demonstrado ser um importante elemento do prognóstico. Por essa razão, criou-se uma nova opção de resposta (SR= sem resposta) no aspecto LER, pois tem se verificado que as crianças que não apresentam linguagem verbal têm um prognóstico pior do que as que aprendem a falar até cinco anos de idade, embora a fala, muitas vezes, não objetive comunicação. Esse artifício permite que se perca o importante dado que é a criança não falar. Sua pontuação é maior por sua importância no prognóstico das crianças. Nesse aspecto, os dados encontrados não são específicos da criança autista, sendo encontrada alta incidência de crianças que não falam entre a população de surdos e com retardo mental.

Embora os itens do aspecto comportamentos inespecíficos (CIN) não sejam essenciais para o diagnóstico da síndrome, algumas perguntas do questionário-piloto foram mantidas, no questionário final (CIN01 a CIN06), por se referirem a sintomas comportamentais frequentes e com importantes repercussões na dinâmica familiar e rotina de trabalho com as crianças. Esses sintomas são aqueles associados a uma excessiva atividade motora com déficit de concentração, auto e heteroagressividade e comportamentos

fóbicos. Foram também esses itens que obtiveram taxas que indicam de média a alta concordância entre os pares de avaliadores. As questões associadas aos distúrbios da sensibilidade e compulsão por alimentos não obtiveram bons índices de concordância. Os itens que indicaram altas taxas de concordância entre os autistas não obtiveram o mesmo êxito com as crianças surdas ou com retardo mental puro.

É interessante lembrar que, no nosso instrumento, os diversos avaliadores eram pessoas diferentes, apesar de exercerem funções semelhantes para as crianças. Outros estudos com instrumentos estruturados encontraram taxas mais altas de concordância (SCHOPLER *et al.*, 1980; FREEMAN *et al.*, 1978). Utilizando-se taxadores fixos para a avaliação do instrumento, obtiveram taxas acima de 0.7. Obviamente, ao se utilizarem diversos avaliadores, apesar de funções semelhantes, as taxas de concordância diminuem. Mesmo assim, em muitas questões do CACS, principalmente entre os profissionais, os coeficientes de Kappa foram maiores que 0.7, indicando alta concordância.

Outra maneira de se estudar a confiabilidade do instrumento é pela da verificação da existência de correlação entre a soma de pontos de cada avaliador. Utilizou-se o coeficiente de Spearman para essa avaliação, constatando-se uma correlação significativa entre os escores da maioria de pares de avaliadores, por aspecto e no geral.

Para interação social recíproca, verificou-se uma correlação significativa, entre os escores, para os avaliadores A1 e A2, A1 e A3, A1 e A4, A3 e A4, na avaliação do questionário-piloto. Na avaliação do questionário final, manteve-se a correlação significativa entre os pares A1 e A2, A1 e A3, A1 e A4. Perdeu-se a correlação entre os profissionais que atendem a criança, e o pai, cujo escore, inicialmente, não apresentava correlação com o de nenhum profissional, passa a ter correlação significativa com o profissional A4.

Para o comportamento estereotipado e restrito, verificou-se que houve uma correlação significativa, entre os escores, para os avaliadores A1 e A2, A1 e A3, A1 e A4, A2 e A3, A3 e A4. Na avaliação do questionário final, manteve-se a correlação significativa entre os escores nos mesmos pares de avaliadores. Novamente, o pai não concorda com um dos profissionais.

A mãe demonstra concordar mais com os profissionais que atendem a criança, contrastando com o pai, que costuma discordar mais dos profissionais quanto à interação social e comportamentos restritos e estereotipados. Creio que esse fato se deva à presença mais constante das mães, como acompanhantes dos filhos autistas nas diversas instituições ou serviços, ampliando seu contato com os profissionais. As mães da amostra passam a maior parte do tempo dentro da escola e, enquanto aguardam seus filhos serem atendidos, acabam tendo uma troca mais intensa de informações com os profissionais, seja informalmente ou em trabalhos estruturados de orientação familiar. A não aceitação do diagnóstico de seus filhos, a negação do problema ou sentimentos ambivalentes em relação à criança e, conseqüentemente, menor contato afetivo, tanto com o filho quanto com a esposa, fazem que os pais costumem ser mais 'ausentes' nos cuidados com as crianças e tenham uma visão distorcida dos comportamentos apresentados pelos seus filhos. As famílias em que os cônjuges mantêm um relacionamento afetivo estável, além de participarem do tratamento da criança, costumam apresentar níveis menores de estresse familiar.

Ao se verificarem os coeficientes de correlação de Spearman para os escores do aspecto linguagem e comunicação dos autistas, evidenciou-se que há correlação significativa entre os escores de todos avaliadores. Não foi feita nova avaliação com o questionário final, pois nenhuma das questões do questionário-piloto foi retirada. Foi o aspecto de maior correlação entre os escores, havendo concordância entre todos os avaliadores. Não se pode esquecer que nesse aspecto foi incluída uma nova categoria de resposta para crianças que não falavam (SR). Das vinte e uma crianças, catorze não falavam, o que corresponde a 66% da amostra. Esse dado elevou os índices de concordância no aspecto da linguagem verbal. Ao se avaliarem as questões que versam sobre mímica e gestualidade, verificou-se que os índices de concordância diminuíram.

Quanto ao aspecto comportamentos inespecíficos, observou-se uma correlação entre os escores dos avaliadores A1 e A2, A1 e A3, A2 e A3, A3 e A4. Após elaboração do questionário final e novo cálculo dos coeficientes, houve um pequeno aumento dos índices que indicam correlação, apesar de continuar a ausência de concordância entre os pais e os profissionais de saúde, sugerindo maiores índices de concordância entre os pais e

professores do que entre pais e profissionais de saúde, no aspecto de comportamentos inespecíficos (hiperatividade motora, déficit de concentração e auto ou heteroagressividade).

Avaliados os escores totais entre os avaliadores, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), indicando a existência de uma concordância entre os escores totais dos diversos avaliadores. Essa avaliação foi feita apenas para a versão final do questionário.

Ao analisarem os aspectos referentes à validade, deve-se lembrar da existência de várias formas de validade e da ausência, na literatura, de rigorosos estudos de validade dos instrumentos descritos.

Segundo YOUNG *et al.* (1987), há a validade do teor, a validade do constructo, a validade discriminante e a validade preditiva.

A validade do teor indica se o instrumento se enquadra, apropriadamente e com acurácia, dentro dos limites da classificação diagnóstica, demonstrando um pareamento das questões do instrumento com os critérios diagnósticos específicos. Tem sido aceita a validade do teor, para a maioria dos instrumentos diagnósticos, com exceção da BRIAAC (PARKS, 1983), quando o instrumento se utiliza dos critérios diagnósticos pré-existentes com o parâmetro para a seleção dos itens do instrumento diagnóstico. O CACS utilizou-se dos critérios diagnósticos da CID 10 para a seleção das diversas questões, acrescentando, à lista, itens dos instrumentos internacionais com altas taxas de concordância entre os juízes.

As questões do CACS contemplam todos os critérios diagnósticos pela CID 10, com exceção de um critério diagnóstico dos comprometimentos de linguagem e comunicação. Não há nenhuma questão direta referente à falha em desenvolver jogos de 'faz de conta' ou jogos de imitação social, apesar de haver questões relativas à capacidade criativa e à atividade lúdica da criança. A ausência desses comportamentos deve ser estudada em outros contextos de observação da criança.

É importante frisar que a maior parte das questões mantidas no questionário final relaciona-se diretamente a algum critério diagnóstico da CID 10, com exceção da questão ISR06, que versa sobre a desobediência e a ocorrência de atos inadequados socialmente por parte das crianças autistas. Esse fato reforça a validade dos critérios diagnósticos utilizados, demonstrando médias a altas taxas de concordância entre os diversos avaliadores.

Vale a pena evidenciar que a questão ISR06, apesar de não fazer referência direta a nenhum critério diagnóstico específico, obteve as mais altas taxas de concordância, além da concordância entre a maior parte dos avaliadores, demonstrando sua importância como fenômeno frequentemente observado entre crianças autistas.

Por outro lado, muitas questões retiradas do questionário-piloto referiam-se a sintomas semelhantes aos apresentados por outras questões que permaneceram no questionário final.

Utilizando-se dos mesmos parâmetros dos instrumentos internacionais estruturados de avaliação do comportamento autista, o CACS demonstrou ser válido do ponto de vista do teor de suas questões, visto que elas se enquadram nos critérios diagnósticos vigentes e geram informações essenciais para a realização do diagnóstico.

Continuando-se o estudo da validade do instrumento, deve-se analisar um outro conceito, que é a validade de constructo. Segundo YOUNG *et al.* (1987), essa forma de validade ocorre quando os escores obtidos pelo instrumento nos permitem avaliar outras medidas, tais como grau de agregação familiar, medidas neurobiológicas ou fatores de risco. Apenas RIMLAND (1971) relatou que crianças com altos escores em seu questionário, forma E-2, também demonstravam altos níveis plasmáticos de serotonina. Contudo, um estudo subsequente falhou em replicar esse achado (YUWILER *et al.*, 1975).

O CACS, bem como a maioria dos instrumentos diagnósticos existentes, não demonstrou dados significativos que sugerissem que seus escores tenham correlação com outros aspectos da criança autista. Há um vasto campo de pesquisa com esse instrumento, buscando associar seus escores com outras variáveis do quadro clínico das crianças ou de suas famílias, além de medidas laboratoriais.

Não se estudou, também, a validade preditiva, que nos permite analisar a evolução natural das crianças autistas ou predizer respostas às diversas intervenções terapêuticas. Faz-se necessário que o instrumento seja aplicado em diferentes momentos da evolução da criança.

Finalmente, a validade discriminativa existe quando um instrumento consegue diferenciar um constructo (diagnóstico) do outro. A maioria dos estudos tem focado sua auto-análise na capacidade discriminativa de seus instrumentos.

Desde DEMYER *et al.* (1971), que comprovou que o questionário de Rimland, forma E-1, diferenciava autismo de esquizofrenia infantil, a análise do poder discriminativo da maioria dos instrumentos tem sido realizada. Aplicando-se o mesmo instrumento em dois grupos diagnósticos distintos, estudos realizados com a BRIAAC, a BOS, e a ABC demonstraram suas habilidades em distinguir a criança autista de uma criança normal ou com déficit intelectual. A ADOS e a CARS (LORD *et al.*, 1989; SCHOPLER *et al.*, 1980) evidenciaram seu poder de discriminar os diagnósticos de autismo infantil e retardo mental. As avaliações eram feitas por juízes treinados, que avaliaram todas as crianças. Apesar de terem demonstrado um poder de discriminar o autismo de outras patologias da infância, o diagnóstico diferencial baseados nesses instrumentos deve ser visto com muita precaução.

Nenhum desses estudos colocou em avaliação outros grupos diagnósticos distintos das psicoses infantis, do autismo ou do retardo mental. O CACS estudou de crianças com retardo mental, autismo infantil e surdez, patologia ligada a área da senso-percepção (alguns autores acreditam que a etiologia do autismo esteja ligada a distúrbios da senso-percepção).

Para se avaliar o poder discriminativo do CACS, utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, que compara os escores de cada avaliador entre os grupos de autistas, com retardos mentais e surdos, por aspecto e no geral. Essas avaliações foram realizadas para o questionário-piloto e para o questionário final, após a retirada das questões com menores taxas de concordância entre os avaliadores.

Para o aspecto interação social recíproca, do questionário-piloto, verificou-se uma diferença significativa, entre os grupos, para os escores de todos os avaliadores, com exceção do avaliador A3. A média dos escores das crianças autistas, nesse item, para todos os avaliadores, tende a ser maior que a média das crianças com retardo mental e das crianças surdas. Os escores de três avaliadores (A1, A3, A4), entre as crianças autistas e as crianças com retardo mental, tendem a ser significativamente maiores do que os escores das crianças surdas. Quando comparamos os escores entre cada grupo, percebemos que existe diferença significativa, para três avaliadores, entre os escores das crianças autistas e os das crianças surdas, e entre os escores das crianças com retardo mental e os das crianças surdas. A diferença entre os escores das crianças autistas e surdas tende a ser mais significativa do que entre os escores das crianças com retardo mental e surdas.

Ainda no aspecto interação social recíproca, não houve diferença estatisticamente significativa, para nenhum dos avaliadores, ($p > 0,05$) entre os escores obtidos pelas crianças autistas e pelas crianças com retardo mental.

No aspecto em questão, o instrumento demonstrou deter um poder discriminativo entre os autistas ou com retardo mental e as crianças surdas. O mesmo não ocorreu entre as crianças autistas e as crianças com retardo mental. O não comprometimento cognitivo das crianças surdas, se comparado com o comprometimento cognitivo apresentado pelas crianças autistas ou com retardo mental, parece ter sido um fator preponderante na diferença significativa entre os grupos de autistas ou com retardo mental e o grupo de crianças surdas.

Ao ser realizado o re-teste, após a seleção das questões do instrumento final, os valores obtidos continuaram a indicar uma diferença significativa entre os escores, para todos os avaliadores, quando se comparam todos os grupos. A diferença significativa entre os grupos de autistas ou com retardos mentais e os grupos de surdos permaneceu, apesar de, entre as crianças com retardo mental e as crianças surdas, essa diferença ter deixado de existir, para o avaliador A4.

O número reduzido de crianças da amostra e as dificuldades de um pareamento do nível intelectual das crianças, mediante métodos quantitativos mais específicos, foram fatores decisivos na semelhança dos sintomas apresentados pelos grupos de autistas e de retardo mental.

No aspecto comportamentos estereotipados e restritos, houve uma diferença significativa entre os grupos para os escores de todos os avaliadores, inclusive o avaliador A3. As médias e medianas dos escores dos avaliadores do grupo de crianças autistas tendem a ser maiores do que as dos escores dos avaliadores dos grupos de crianças com retardo mental e crianças surdas. Quando comparamos os escores das crianças autistas e das surdas, verifica-se uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os escores de todos os avaliadores. O mesmo ocorre quando comparamos os escores das crianças com retardo mental e das surdas, havendo diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores.

Ainda nesse aspecto, o questionário-piloto demonstrou um poder discriminativo entre os grupos de crianças autistas ou com retardo mental e o grupo de surdas. As médias dos escores das crianças surdas foram abaixo de zero para três avaliadores, demonstrando uma ausência de sintomas ligados a estereotípias motoras, rituais e à capacidade criativa nesse grupo.

Ao se compararem os escores das crianças autistas e das crianças com retardo mental, verificou-se uma diferença significativa entre os dois grupos para dois avaliadores (A1 e A4), demonstrando que esse aspecto é fundamental para um diagnóstico diferencial entre os grupos citados, já que, como veremos adiante, no aspecto linguagem e comunicação, a exemplo do aspecto interação social recíproca, também não houve diferença significativa entre os dois grupos. A presença, nos autistas, de interesses sensoriais e preocupações estranhas, apego idiossincrático aos objetos e rituais, quando somados à ausência da capacidade criativa, são sinais importantes para o diagnóstico diferencial de autismo infantil e retardo mental.

Ao ser feito o re-teste, a diferença significativa entre os escores dos três grupos permaneceu para todos os avaliadores. Quando realizadas as comparações dos escores entre cada dois grupos, a diferença entre os dos grupos de crianças autistas ou com retardo mental e o grupo de crianças surdas, a exemplo do questionário-piloto, permaneceu significativa para todos os avaliadores.

A diferença significativa entre os escores das crianças autistas e com retardo mental, inicialmente observada na análise dos dados do questionário-piloto, não permaneceu para o avaliador A1, persistindo apenas no avaliador A4. Ao se analisarem as questões retiradas do questionário-piloto, verificou-se que a retirada da questão referente à resistência da criança autista em mudar sua rotina habitual, por não ter havido concordância entre os avaliadores, demonstrou ter sido decisiva no desaparecimento da diferença inicialmente observada com o avaliador A1.

No aspecto linguagem e comunicação, houve diferença significativa entre os escores, para todos os grupos, apenas em dois avaliadores (A1 e A3).

As médias das crianças autistas e com retardo mental foram maiores do que as dos escores das crianças surdas, apesar de ter havido diferença significativa, quando comparados os surdos ao grupo com retardo mental, apenas para o avaliador A3, e, quando comparados os surdos com as crianças autistas, apenas, também, para o avaliador A3. As médias dos escores dos surdos só não foram mais próximas das médias das crianças autistas ou com retardo mental porque aqueles não apresentaram comprometimentos de gestualidade ou mímica, fato ocorrido com as últimas.

Ao se compararem os escores obtidos entre o grupo de autistas e o grupo com retardo mental, verificou-se que não ocorreu, para nenhum dos avaliadores, diferença significativa entre os diversos escores dos dois grupos.

A ausência de diferenças significativas entre os escores dos três grupos ocorreu, porque a maior parte da amostra (dois terços) foi constituída por crianças que não falavam, gerando escores finais muito próximos entre os grupos. Quanto à presença ou ausência de fala, não houve, para nenhuma criança, discordância entre os avaliadores. Todos concordaram entre si quando relataram a ausência de fala em dois terços da amostra.

Não se realizou o re-teste para esse aspecto, visto que todas as questões do questionário-piloto foram mantidas no questionário final.

No aspecto comportamentos inespecíficos, verificou-se uma diferença significativa entre os grupos para todos os avaliadores. As médias e medianas dos escores das crianças autistas tendem a ser as maiores entre os grupos. Ao se realizarem as comparações entre os pares, verificou-se que houve diferença significativa entre os escores dos grupos de crianças autistas e de crianças surdas para todos os avaliadores. Ao se compararem os escores das crianças com retardo mental e crianças surdas, verificou-se que houve diferença significativa entre os dois grupos, para três dos avaliadores, exceção ocorrida com o avaliador A4.

Entre os escores dos grupos de autistas e crianças com retardo mental, não se observou diferença entre os grupos, para nenhum dos avaliadores, no questionário-piloto e no final. Sintomas ligados à atividade motora excessiva, déficit de atenção e envolvimento em situações de risco, somados a comportamentos agressivos e fóbicos, são comuns aos dois grupos diagnósticos. Apesar de não serem exclusivos das crianças autistas e não serem critérios essenciais à realização do diagnóstico, optou-se pela manutenção desses comportamentos no questionário final, devido a sua alta incidência nos quadros de autismo infantil e por serem sintomas que trazem graves dificuldades no contato diário com a criança, tanto para as famílias quanto para os profissionais que a atendem. Muitas vezes, impedem o trabalho dos profissionais, alteram a dinâmica familiar e são responsáveis pela necessidade do uso de psicotrópicos, para um melhor controle comportamental da criança.

Apenas para o questionário final foram calculados os escores totais e realizou-se a análise estatística por grupo diagnóstico e avaliador. As médias e medianas tendem a ser maiores nas crianças autistas, quando comparadas com os outros dois grupos, para todos os avaliadores. Ao se realizarem as comparações entre dois grupos, verificou-se uma diferença significativa entre os escores das crianças autistas ou com retardo mental e os escores das crianças surdas; apenas para o avaliador A2 não ocorreu essa diferença entre o grupo de crianças com retardo mental e o de crianças surdas.

Para os escores totais, ocorreu uma diferença significativa entre os grupos de autistas e o grupo de crianças com retardo mental, apenas para o avaliador A4. Os escores dos avaliadores restantes, apesar de apresentarem médias superiores, não mostraram diferença significativa entre os dois grupos. A ausência de questões referentes ao desenvolvimento neuropsicomotor, que costuma estar atrasado entre as crianças com retardo mental puro, e as dificuldades técnicas de pareamento dos níveis intelectuais de cada criança dos grupos de autistas e com retardo mental, foram fatores importantes à redução do poder discriminativo do instrumento entre essas crianças.

Uma questão adicional, que tem um importante impacto na avaliação de criança autistas, é a influência da idade cronológica, visto que o quadro clínico do autismo infantil costuma se alterar com o desenvolvimento da criança. FREEMAN *et al.* (1979), durante suas investigações de validade discriminativa, demonstraram que os comportamentos que falhavam em distinguir uma criança autista de uma criança com retardo mental são os “mais dependentes da idade cronológica e/ou mental”. Segundo SCHOPLER & MESIBOV (1984), as crianças autistas, com o passar da idade, perdem suas características autistas e se mostraram como crianças que apresentam apenas retardo mental. As alterações do quadro clínico das crianças autistas, no decorrer de seu desenvolvimento, são de difícil interpretação, pois podem ser decorrentes das intervenções terapêuticas, dos processos naturais de maturação cerebral e da associação desses dois fatores.

Ao se analisarem os dados obtidos por faixa etária e grupo diagnóstico, verificou-se que as médias e medianas dos escores obtidos, em todos os grupos diagnósticos, foram maiores no grupo de crianças mais novas do que no de crianças mais velhas, para todos os avaliadores. Apesar desse fato, não houve diferença significativa entre os escores obtidos nas distintas faixas etárias e grupos, para nenhum dos avaliadores, que indicasse a melhor eficácia do instrumento em uma determinada faixa etária.

Creio que a diminuição das médias deva-se à melhora — natural e/ou decorrente dos métodos terapêuticos — dos sintomas de comprometimento da interação social recíproca e da linguagem, visto que os comportamentos estereotipados, as rotinas e os rituais costumam se manter, ou mesmo se agravar, com o desenvolvimento da criança, a ponto de, na adolescência, muitas autistas apresentarem comportamentos que preencheriam os

critérios diagnósticos de transtorno obsessivo-compulsivo. As estereotipias verbais, a rigidez comportamental de suas rotinas e rituais, somadas aos distúrbios alimentares, dificuldades na área sexual e agressividade, são os sintomas que costumam se manter na adolescência e gerar uma série de dificuldades para a família e para a equipe profissional.

As mudanças cognitivas dos autistas parecem refletir com maior intensidade nos sintomas de comprometimento da interação social recíproca e de linguagem/comunicação do que nos sintomas ligados aos comportamentos estereotipados e restritos. Essas mudanças são mais intensas com a utilização de métodos terapêuticos eficazes e com o processo de desenvolvimento natural das crianças. Esse fato pode justificar a diminuição das médias dos escores apresentados pelas crianças mais velhas.

Faz-se necessária a discussão das diferenças conceituais entre os diagnósticos de retardo mental e autismo infantil.

O autismo é definido em termos de um modelo específico de “desvio” do desenvolvimento social, linguagem e capacidade criativa (RUTTER & SCHOPLER, 1987). Contudo, pode haver uma dificuldade substancial em diferenciar “desvio” do desenvolvimento e “atraso” do desenvolvimento, principalmente em crianças com grau severo de comprometimento do nível intelectual.

Em crianças mentalmente retardadas, a presença de um dos comprometimentos incluídos na tríade aumenta drasticamente a possibilidade de um ou dos dois outros também estarem presentes. Apesar de serem fenomenologicamente concordantes com a síndrome descrita por Kanner, o “background” e a evolução dos casos variam consideravelmente (WING & GOULD, 1979; GILBERG, STEFFENBURG, JACOBSSON, 1987).

WING (1989) colocou em dúvida a especificidade do quadro clínico do autismo, demonstrando que uma série de casos, que apresentavam deficiência mental ou cursavam com lesão cerebral, mostrava a mesma tríade de comprometimento social, comportamental e de comunicação.

GILBERG & COLEMAN (1992) seguem a mesma linha de raciocínio, quando se referem às síndromes autistas. Os autores afirmam que o autismo é uma constelação de sintomas e sinais comportamentais que tem como pano de fundo uma disfunção do sistema nervoso central, não havendo evidências para se supor a existência de uma entidade clínica denominada "autismo nuclear" ou "autismo puro".

Em crianças com grau severo de retardo mental, encontra-se uma série de aspectos do autismo infantil, sendo muito difícil a diferenciação entre os dois quadros clínicos.

Ainda há uma considerável ambivalência e incerteza diagnóstica quando se trabalha com crianças com Q.I.<30: será que sofrem de um retardo mental primário ou de autismo infantil? Dado que todos os sinais comportamentais que definem o autismo estejam presentes, mesmo em crianças de idade mental superior, é possível considerar a hipótese que o insulto neurológico primário cause autismo com ou sem retardo mental. (CIARANELLO & CIARANELLO, 1995).

Algumas considerações finais:

Em nosso país, a ausência de instrumentos estruturados e de profissionais especializados na avaliação do nível intelectual dos autistas dificulta a realização de estudos para o desenvolvimento de instrumentos nacionais de avaliação do comportamento autista, tendo-se em vista os problemas de diferenciação diagnóstica dos dois grupos.

Além disso, o reduzido número de crianças da amostra, somado à utilização de diferentes avaliadores para cada criança e à semelhança natural dos quadros clínicos, dificultaram a demonstração de um poder discriminativo maior do instrumento em relação às crianças com retardo mental puro.

O aspecto linguagem e comunicação deve ser futuramente reestudado, utilizando-se uma amostra com um grupo maior de crianças que consiga estruturar frases. A ausência de linguagem em dois terços da amostra (quando a literatura indica que cerca de metade das crianças não desenvolve linguagem) tornou os grupos muito homogêneos, com

obtenção de níveis muito altos de concordância entre os diversos avaliadores, diminuindo a confiabilidade dos dados encontrados nesse aspecto.

Juntamente com estudos da validade de constructo, pesquisas na área preditiva com o CACS são muito promissoras. Esses estudos com o novo instrumento permitem avaliar a evolução dos sintomas diante das diversas abordagens terapêuticas e caracterizar subgrupos diagnósticos pelos aspectos etiológicos, fenomenológicos e evolutivos.

O estudo das medianas dos escores totais, por grupo e avaliador, demonstrou que as medianas dos escores das crianças autistas ficaram entre 38 e 44 pontos, e as das crianças com retardo mental, entre 30 e 41 pontos. Houve diferença significativa entre os escores dos dois grupos para o avaliador A4, que apresentava mediana de 43 pontos. Com os dados preliminares de validade e confiabilidade apresentados, o instrumento deve ser aplicado em amostras maiores de crianças autistas para uma definição de uma nota de corte para o instrumento, que pode ser maior, de acordo com a sensibilidade ou especificidade que se deseja dar ao instrumento. Entre as faixas etárias das crianças, não se observou uma diferença significativa entre os escores.

6. *CONCLUSÃO*

1. O CACS é um instrumento de “screening” diagnóstico para autismo infantil que demonstrou apresentar uma ótima consistência interna dos itens e médias a altas taxas de concordância entre as respostas dos avaliadores.
2. Enquadra-se nos limites da classificação diagnóstica, demonstrando um pareamento das questões do instrumento com os critérios diagnósticos específicos da CID 10.
3. Além de ter confirmado a validade do seu teor, o CACS demonstrou qualidade em diferenciar crianças autistas de crianças surdas, em todos os aspectos do autismo infantil.
4. Pode ser empregado em serviços ambulatoriais de psiquiatria ou psicologia infantil e em instituições que trabalham com autismo infantil, como parte da avaliação e triagem das crianças. Apesar de não substituir a observação das crianças em “settings” diferentes, como lar, escola e locais de atividades com outras crianças, há fortes correlações entre as taxas obtidas da observação comportamental por meio do instrumento e os outros dados clínicos
5. O CACS pode ser usado como complemento de outros instrumentos estruturados para a avaliação do comportamento autista, que necessitem da observação da criança para o seu correto preenchimento (ex.: CARS, ADOS). Não necessita de treinamento para sua aplicação e demanda pouco tempo para ser respondido (quinze minutos).
6. O CACS serve para a realização de pesquisas e coleta de dados administrativos, além de ser um ótimo instrumento para a coleta sumária de dados.
7. O aspecto comportamentos estereotipados e restritos demonstrou ser o grupo de sintomas do questionário que mais diferencia as crianças com autismo infantil das crianças com retardo mental puro. As rotinas, os comportamentos ritualísticos, as estereotipias e a incapacidade criativa foram sintomas que diferenciaram os dois grupos diagnósticos. Os aspectos interação social recíproca e linguagem e comunicação foram os grupos de sintomas que mais se assemelharam entre os diagnósticos de autismo infantil e retardo mental.

8. O questionário ganha em confiabilidade quando utilizado com os profissionais que atendem a criança ou com as mães dos autistas. Os pais não demonstraram ser bons informantes dos comportamentos apresentados pelas crianças.
9. As altas taxas de consistência e concordância dos diversos itens do instrumento e a apresentação de dados de validade discriminativa e do teor permitem sua utilização em larga escala.

7. SUMMARY

Although there are many diagnostic instruments in other countries, there is no instrument developed in Brazil specifically for assessment of child autism that is adapted to Brazilian social and cultural conditions. The present work describes a national assessment questionnaire of autistic behaviour with psychometric properties (CAC-27), presenting statistical data that evaluate its validity and reliability. The description of the various questions in the questionnaire is based on diagnostic criteria of ICD-10. Some symptoms that are not essential to diagnosis but are important in therapeutic planning were also described. The questionnaire has in its final version 27 questions and each answer is rated according to the presence or absence of the mentioned symptom in a scale that varies from 0 to 3 points - 21 children were studied divided in 3 different groups according to diagnosis: autism, mental retardation and deafness. For each child that was studied there were 4 questionnaires were given to and answered, respectively, by the mother, the father, the teacher and one of the mental health professional in care of the child. The following statistical measures were used to analyze the data: Cronbach's alpha index to verify the internal consistency of the items; Kappa coefficient to verify the agreement between different examiners; Spearman's coefficient to verify the agreement between total scores; Kruskal-Wallis test to evaluate the discriminative validity of the instrument and the Mann-Whitney test to verify if there was significant difference between the total scores, comparing two age ranges. The instrument showed a high degree of reliability and demonstrated its discriminative and content validity.

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.

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

CIARANELLO, L. & CIARANELLO, R.D. - The neurobiology of infantile autism. **Annu. Ver. Neurosc.**, 18:101-128, 1995.

COLEMAN, M. & GILBERG, C. - Epilepsy in autistic patient. In: **The biology of Autistic Syndromes**. New York. Proeger Publishers, 1985. p.45-50.

DAHLGREN, S.O. & GILBERG, C. - Symptoms in the first two years of life: A preliminary population study of autism infantile. **European Archives of Psychiatry and Neurillogical Sciences**, 238: 169-174, 1989.

DELONG, R.; BEAU, S.C.; BROWN, F.R. - Acquired reversible autistic syndrome in acute encephalopathic illness in children. **Archives of Neurology**, 38: 191-194, 1981.

DEMYER, M.K.; CURCHILL, D.W.; PONTIUS, W.; GILKEY, K.M. - A comparison of five diagnostic systems for children schizophrenia and autism infantile. **J. Autism Child Schizophrenia**, 1: 175-189, 1971.

DIEZ CUERVO, A. - Autismo infantil y epilepsia: analisis etiopatogenico y seguimiento de 104 casos. **Epilepsia y conducta**. Barcelona. Fondo Editorial Sonofi, 1982. p. 107-156.

- DIEZ CUERVO, A.; GARCIA DE LEON, M.; GONZALEZ, S.S. - Hallozgos de epilepsia en niños autistas. **Rev. Esp. Epilepsia**, 2:29-97, 1987.
- FERREIRA, A.B.H. - **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de janeiro. Editora Nova Fronteira, 1988.
- FREEMAN, B.J.; GUTHRIE, D.; RITVO, E.R.; SCHROTH, P.; GLAS,R.; FRANKEL,F. - Behavior Observation Scale: Preliminary analysis of the similarities and differences between autistic and mentally retarded children. **Psychological Reports**, 44: 519-524, 1979.
- FREEMAN, B.J.; RITVO, E.R.; GUTHRIE, D.; SCHROTH, P.; BALL, J. - The Behavior Observation Scale for Autism: Initial methodology, data analysis, and preliminary findings on 89 children. **Journal of tha American Academy of Child Psychiatry**, 17: 57-588, 1978.
- FRIEDMAN, E.- The autistic syndrome and phenylketonuria. **Schizophrenia**, 1: 249-261, 1969.
- FRITH, U. - **Autism and Asperger Syndrome**. Cambrige. Cambrige University Press, 1991.
- GAUDERER, E.C. - **Autismo**. Rio de Janeiro. Atheneu. 3º edição, 1993.
- GILBERG, C. - **Clinical Child Neuropsychiatry**. Cambrige. Cambrige University Press, 1995.
- GILBERG, C. - What is autism? **International Review of Psychiatry**, 2: 61-66, 1990.
- GILBERG, C. - The treatment of epilepsy in autism. **J. Autism Dev. Disord.**, 21: 61-77,1991.
- GILBERG, C. & COLEMAN, M.- **The Biology of the Autistic Syndromes**. London. Ed. MacKeith, 1992.

- GILBERG, C.; STEFFENBURG, S.; JACOBSSON, G. - Neurobiological findings in 20 relatively gifted children with Kanner-type autism or Asperger syndrome. **Developmental Medicine and Child Neurology**, 29: 641-649, 1987.
- HAGBERG, B. - Rett's syndrome: prevalence and impact on progressive severe mental retardation in girls. **Acta Paediatric. Scand.**, 74:495-408, 1985.
- HELLER, T. - Dementia infantilis. **Journal for Research and Treatment of Juvenile Feeble-mindedness**, 2: 17-28, 1908.
- HARGMAN, R.J.; JACKSON, A.W.; LEVITAS, A.; RIMLAND, B.; BRADEN, M. - Analysis of autism in 50 males with fragile X syndrome. **Am. J. Med. Genet.**, 23:393-401, 1986.
- HUNTER, A. & SHEPHARD, C. - Prevalence study of autism in tuberous sclerosis. **J. Autism Dev. Disord.**, 23:323-339, 1993.
- JASPERS, K. - **Psicopatologia Geral**. Rio de Janeiro. Atheneu, 1987.
- KANNER, L. - Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2:217-251, 1943.
- KANNER, L. - Early infantile autism. **J. Pediatr.**, 25:211-217, 1944.
- KNOBLOCH, H. & PASAMANICK, B. - Some etiologic and prognostic factors in early infantile autism and psychosis. **J. pediatr.**, 55:182-191, 1975.
- KRUG, D.A.; ARICK, J.R.; ALMOND, P.J. - Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. **J. Child Psychol. Pshychiatric**, 21: 221-229, 1980.
- LE COUTEUR, A.; RUTTER, M.; LORD, C.; RIOS, P.; ROBETSON, S.; HOLDGRAFER, M.; MCLENNAN, J. - Autism Diagnostic Interview: A standadized investigator-based instrument. **J. Autism Dev. Disord.**, 19: 363-387, 1989.
- LORD, C.; RUTTER, M.; GOODE, S.; HEEMSBERGEN, J.; JORDAN, H.; MAWHOOD, L.; SCHOPLER, E. - Autism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. **J. Autism Dev. Disord.**, 19: 185-212, 1989.

- LOTSPEICH, L.J. & CIARANELLO, R.D. - **International Review of Neurobiology**. San Diego. R. Bradley, 1993.
- MALSON, L. - **Les Enfants Sauvages**. Paris. Union Générale d Editions., 1964.
- MIRENDA, P.L.; DONNELLAN, A. M.; YODER, D.E. - Gaze behavior: a new look at an old problem. **J. Autism Dev. Disord.**, 13: 397-409, 1983.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10 - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.
- OZONOFF, S.; ROGERS, S.; PENNINGTON, B.F. - Asperger's syndrome; evidence of a empirical distinction from high-functioning autism **J. Child Psychol. Psychiatry**, 32: 1107-1122, 1991.
- PARKS, S.L. - The assessment of autistic children: a selective review of available instruments. **J. Autism Dev. Disord.**, 13(3): 255-267, 1983.
- PAYTON, J.B.; STEELE, M.W.; WENGER, J.L.; MINSHEW, M.T. - The fragile x marker and autism in perspective. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 28:417-421, 1989.
- RIMLAND, B. - Diagnostic Checklist Form E2: a reply to Parks. **J. Autism Dev. Disord.**, 14 (3): 343-344, 1984.
- RIMLAND, B. - **Infantile autism: The syndrome and its implications for a neural theory of behavior**. New York. Appleton-Century-Crofts, 1964.
- RIMLAND, B. - The differentiation of childhood psychoses: An analysis of checklists for 218 psychotic children. **J. Autism Child. Schizophrenia**, 1: 161-174, 1971.
- 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.
- ROSSI, P.G.; PARMEGGIANI, A.; BACH, V.; SATUCCI, M.; VISCONTI, P. - EEG features and epilepsy in patient with autism. **Brain**, 117:169-174, 1995.

- RUTTENBERG, B.A.; KALISH, B.I.; WENAR, C.; WOLF, E.G. - **Behavior rating instrument for autistic and other atypical children**. Philadelphia. Developmental Center for Autistic Childen, 1977.
- RUTTER, M. - Diagnosis and definitions. In RUTTER, M. & SCHOPLER, E. - **Autism: a reappraisal of concepts and treatment**. New York. Plenum, p. 1 -25, 1978.
- RUTTER, M. & BARTAK, L. - Causes of infantile autism: some considerations from recent research. **J. Autism Child. Shizophrenia**, 1(1):20-32, 1971.
- RUTTER, M.; & H ERSOV, L. - **Child and Adolescent Psychiatry**. London. Blackwell Scientific Publicaitons, 3º ed., 1992.
- RUTTER, M. & SCHOPLER, E. - **Autism: A reappraisal of concepts and treatment**. New York. Plenum, 1978, p. 1-25.
- RUTTER, M. & SCHOPLER, E. - Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues. **J. Autism Dev. Disord.**, 17: 159-186, 1987.
- SANCTA DE SANCTIS - Dementia praecocissima. **Folio Neurol. Biol.**, 10, 1908.
- SCHOPLER, E. & MESIBOV, G. - **Autism in adolescents and adults**. New York. Plenum Publ. Co., 1984.
- SCHOPLER, E.; REICHLER, R.J.; DEVELLIS, R.F.; DALY, K. - Toward objetive classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). **J. Autism Dev. Disord.**, 10: 91-103, 1980.
- SMALLEY, S.L.; ASARNOW, R.F.; SPENCE, M.A. - Autism and genetics. **Arch. Gen. Psychiatriy**, 45:953-961, 1988.
- SMALLEY, S.L.; TANGUAY, P.E.; SMITH, M.; GUTIERREZ, G. - Autism and tuberous esclerosis. **J. Autism Dev. Disord.**, 22:339-355, 1992.
- SZAMATARI, P. - Asperger's syndrome: diagnosi, treatment, and outcome. **Psychiatr. Clin. N. Am.**, 14:81-93, 1991.

- TSONGALIS, G.J. & SILVARMAN, L.M. - Molecular pathology of fragile x syndrome. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, 117:1121-1125, 1991.
- TINBERGEN, N. & TINBERGEN, E.A. - **Autistic Children: New Hope for a Cure**. London. Allen & Unwin, 1983.
- VOLKMAR, F.R.; BREGAMAN, J.; COHEN, D.J.; CICCHETTI, D.V. - DSMIII and DSMIII-R diagnoses of autism. **American Journal of Psychiatry**, 145: 1408-1408, 1988.
- WING, L. - Asperger Syndrome: a clinical account. **Psychological Medicine**, 11: 115-129, 1981.
- WING, L. - The diagnosis of autism. In GILBERG, C. - **The diagnosis and treatment of autism**. New York. Plenum Press, 1989.
- 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.
- YOUNG, J.G.; O'BRIEN, J.D.; GUTTERMAN, E.M.; COHEN, P. - Research on the Clinical Interview. **J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat.**, 5: 613-620, 1987.
- YUWILER, A.; RITVO, E.; GELLER, E.; GLOUSMAN, R.; SCHNEIDERMAN, G.; MATSUNO, D. - Uptake and efflux of serotonin from platelets of autistic and nonautistic children. **J. Autism Child. Schizophrenia**, 5: 83-98, 1975.

9. ANEXOS

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE KANNER

Isolamento social:

- »» CR não tem posição antecipatória
- »» CR está contente ao brincar sozinha
- »» CR trata as pessoas como objeto

Distúrbios de linguagem:

- »» Ecolalia
- »» Inversão pronominal

Insistência na 'mesmice':

- »» Rotinas e rituais
- »» Resistência a mudança

**DEFINIÇÃO RESUMIDA DA SÍNDROME AUTISTA PELA NATIONAL SOCIETY
FOR AUTISTIC CHILDREN**

O autismo é uma inadequabilidade 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.

(GAUDERER, 1993)

ANEXO 3

Diagnóstico: Autismo infantil

Referência: DSM III (APA, 1980)

Crterios diagnsticos:

- 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.

Diagnóstico: Transtorno autista

Referência: DSM III-R (APA, 1987)

Crterios diagnsticos:

Ao menos oito dos dezessete itens seguintes esto presentes; destes, incluir pelo menos dois de A, um de B e um de C.

A. Prejuizo qualitativo na interao social recproca, manifestado pelos seguintes itens:

(1) acentuada falta de conscincia da existncia ou sentimentos dos outros.

(2) busca de conforto ausente ou anormal por ocasio de sofrimento (por exemplo, no procura por conforto mesmo doente, ferido ou cansado).

(3) imitao ausente ou comprometida .

(4) jogo social comprometido ou ausente (por exemplo, prefere atividades de jogo solitrio, envolve outras crianas no jogo apenas como ajuda mecânica).

(5) prejuizo nrtido na capacidade de fazer amizades (por exemplo, desinteresse em fazer amizades demonstra falta de entendimento das convenes de interao social).

B. Prejuizo qualitativo para a comunicao verbal e no verbal e para atividade imaginativa, manifestado pelos seguintes itens:

(1) ausncia de comunicao, como balbucio comunicativo, expresso facial, gestos, mímica ou linguagem falada.

(2) comunicao no verbal acentuadamente anormal, como no uso do olhar fixo olho no olho, expresso facial, postura corporal ou gestos para iniciar ou modular a interao social.

(3) ausência de atividade imaginativa, como representação de papéis de adultos, personagens de fantasia ou animais; falta de interesse por histórias sobre acontecimentos imaginativos.

(4) anormalidades marcantes na produção do discurso, incluindo volume, entoação, velocidade, ritmo e modulação.

(5) anormalidades marcantes na forma ou conteúdo do discurso, incluindo a repetição estereotipada e repetitiva da fala, ecolalia, inversão pronominal e apartes irrelevantes.

(6) prejuízo marcante na habilidade de iniciar ou sustentar uma conversação com os outros, apesar da fala adequada.

C. Repertório restrito de atividades e interesses, manifestado pelos seguintes itens:

(1) movimentos corporais estereotipados, como pancadinhas com as mãos em rotação, batimento da cabeça, movimentos complexos de todo o corpo.

(2) insistente preocupação com partes dos objetos ou vinculação a objetos inusitados

(3) sofrimento acentuado com mudanças triviais no aspecto do ambiente, por exemplo, quando um vaso é retirado de sua posição usual.

(4) insistência sem motivo em seguir rotinas com detalhes precisos, como percorrer, exatamente, sempre o mesmo caminho.

(5) âmbito de interesses marcadamente restrito e limitado, como fixação em enfileirar objetos, a preocupação em acumular fatos sobre meteorologia ou, mesmo, fingir ser um personagem de fantasia.

Diagnóstico: Transtorno autista

Referência: DSM IV (APA, 1994)

Critérios diagnósticos:

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.

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 interao social.
- Falha em desenvolver relacionamentos com outras crianças (envolve repartir interesses, atividades e emoes).
- Raramente procura o conforto ou afeto de outras pessoas, quando em situaes 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 emoes de outras pessoas, ou falta de modulao 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  acompanhada de uma tentativa compensatória, por de gestos e mÍmica, como um modo alternativo de comunicao.
- Falha em desenvolver jogos de “faz de conta” ou jogos de imitao 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.

Termo de concordância

Declaro, por livre e espontânea vontade, concordar que a criança _____, com _____ anos de idade e residente (endereço) _____,

RA(registro hospitalar) _____, participe do trabalho de pesquisa intitulado **Questionário de Avaliação do Comportamento Autista (CACS-27): descrição do instrumento e apresentação de dados de validade e confiabilidade.**

Fui orientado quanto aos seguintes procedimentos:

O objetivo principal do trabalho é a validação de um instrumento de avaliação objetiva do comportamento autista, visto que não existe esse instrumento no Brasil, o que dificulta trabalhos de pesquisa na área.

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

Os pais e professores deverão responder aos questionários seguindo as orientações com a máxima correção, comprometendo-se a respondê-los com a maior fidelidade possível.

As respostas dos questionários não poderão ser divulgadas. Qualquer exposição fora do meio acadêmico deverá ser novamente autorizada pelos pais ou responsáveis, sem o que fica terminantemente proibida. A identidade das crianças será sempre preservada, não sendo declarada nas conclusões ou publicações do trabalho.

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

Pais ou responsáveis:

Grau de parentesco:

RG:

Endereço:

Pesquisador responsável: Dr. César de Moraes. Telefone para contato: 2362487 ou 2361166/ bip 1907878

ANEXO 8

Tabelas de frequência dos itens do questionário:

ISR01A1					CER01A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	8	38.1	8	38.1	C	9	42.9	9	42.9
B	10	47.6	18	85.7	B	5	23.8	14	66.7
A	3	14.3	21	100.0	A	7	33.3	21	100.0
ISR02A1					CER02A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	9	42.9	9	42.9	C	15	71.4	15	71.4
B	12	57.1	21	100.0	B	2	9.5	17	81.0
					A	4	19.0	21	100.0
ISR03A1					CER03A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	8	38.1	8	38.1	C	15	71.4	15	71.4
B	12	57.1	20	95.2	B	5	23.8	20	95.2
A	1	4.8	21	100.0	A	1	4.8	21	100.0
ISR04A1					CER04A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	10	47.6	10	47.6	C	10	47.6	10	47.6
B	7	33.3	17	81.0	B	8	38.1	18	85.7
A	4	19.0	21	100.0	A	3	14.3	21	100.0
ISR05A1					CER05A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	9	42.9	9	42.9	C	7	33.3	7	33.3
B	6	28.6	15	71.4	B	11	52.4	18	85.7
A	6	28.6	21	100.0	A	3	14.3	21	100.0
ISR06A1					CER06A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	6	28.6	6	28.6	C	9	42.9	9	42.9
B	12	57.1	18	85.7	B	7	33.3	16	76.2
A	3	14.3	21	100.0	A	5	23.8	21	100.0
ISR07A1					CER07A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	6	28.6	6	28.6	C	9	42.9	9	42.9
B	12	57.1	18	85.7	B	7	33.3	16	76.2
A	3	14.3	21	100.0	A	5	23.8	21	100.0
ISR08A1					CER08A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	8	38.1	8	38.1	C	8	38.1	8	38.1
B	9	42.9	17	81.0	B	4	19.0	12	57.1
A	4	19.0	21	100.0	A	9	42.9	21	100.0

ISRO9A1					CER09A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	7	33.3	7	33.3	C	5	23.8	5	23.8
B	11	52.4	18	85.7	B	9	42.9	14	66.7
A	3	14.3	21	100.0	A	7	33.3	21	100.0

LEC01A1					CIN01A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	3	14.3	3	14.3	C	3	14.3	3	14.3
B	4	19.0	7	33.3	B	7	33.3	10	47.6
SR	14	66.7	21	100.0	A	11	52.4	21	100.0

LEC02A1					CIN02A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	3	14.3	3	14.3	C	7	33.3	7	33.3
B	1	4.8	4	19.0	B	7	33.3	14	66.7
A	3	14.3	7	33.3	A	7	33.3	21	100.0
SR	14	66.7	21	100.0					

LEC03A1					CIN03A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	3	14.3	3	14.3	C	13	61.9	13	61.9
B	2	9.5	5	23.8	B	4	19.0	17	81.0
A	2	9.5	7	33.3	A	4	19.0	21	100.0
SR	14	66.7	21	100.0					

LEC04A1					CIN04A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	2	9.5	2	9.5	C	11	52.4	11	52.4
B	2	9.5	4	19.0	B	6	28.6	17	81.0
A	3	14.3	7	33.3	A	4	19.0	21	100.0
SR	14	66.7	21	100.0					

LEC05A1					CIN05A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	2	9.5	2	9.5	C	9	42.9	9	42.9
B	4	19.0	6	28.6	B	10	47.6	19	90.5
A	1	4.8	7	33.3	A	2	9.5	21	100.0
SR	14	66.7	21	100.0					

LEC06A1					CIN06A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	6	28.6	6	28.6	C	13	61.9	13	61.9
B	1	4.8	7	33.3	B	7	33.3	20	95.2
SR	14	66.7	21	100.0	A	1	4.8	21	100.0

LEC07A1					CIN07A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	4	19.0	4	19.0	C	12	57.1	12	57.1
B	1	4.8	5	23.8	B	5	23.8	17	81.0
A	2	9.5	7	33.3	A	4	19.0	21	100.0
SR	14	66.7	21	100.0					

LEC08A1					CIN08A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	5	23.8	5	23.8	C	7	33.3	7	33.3
B	2	9.5	7	33.3	B	9	42.9	16	76.2
SR	14	66.7	21	100.0	A	5	23.8	21	100.0
LEC09A1					CIN09A1				
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent		Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent	
C	6	28.6	6	28.6	C	7	33.3	7	33.3
B	9	42.9	15	71.4	B	9	42.9	16	76.2
A	6	28.6	21	100.0	A	5	23.8	21	100.0
LEC10A1									
Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent						
C	6	28.6	6	28.6					
B	11	52.4	17	81.0					
A	4	19.0	21	100.0					