**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

ANGELA DI PAOLO MOTA

**Identificação de transtornos do espectro de autismo com *Child
Behavior Checklist* (CBCL): evidências de sensibilidade**

**SÃO PAULO
2015**

ANGELA DI PAOLO MOTA

Identificação de transtornos do espectro de autismo com *Child Behavior Checklist (CBCL)*: evidências de sensibilidade

(Versão Original)

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientador:
Prof. Dr. Rogério Lerner.

**São Paulo
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Mota, Angela Di Paolo.

Identificação de transtornos do espectro de autismo com Child Behavior Checklist (CBCL): evidências de sensibilidade / Angela Di Paolo Mota; orientador Rogério Lerner. -- São Paulo, 2015.
106 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Autismo 2. Rastreamento 3. CBCL 4. Psicanálise I. Título.

RJ506.A9

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Mota, Angela Di Paolo

Título: **Identificação de transtornos do espectro de autismo com *Child Behavior Checklist* (CBCL): evidências de sensibilidade**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Tese defendida e aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

*À memória de meu pai, Pasquale Di Paolo, e à minha mãe, Darcy,
inscrições primeiras no percurso das letras.*

Ao Saulo, por caminhar junto.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rogério Lerner, pela orientação precisa e criteriosa que me acompanha desde o mestrado. Agradeço a aposta, o respeito e a preciosa disponibilidade com a qual conduziu discussões, diálogos e interlocuções diversas ao longo deste trabalho. Pelo empenho em abrir tantas portas necessárias à realização de uma pesquisa.

À Profa. Dra. Helena Paula Brentani, coordenadora do Ambulatório de Autismo Infantil do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, fonte de enorme inspiração e de admiração, por toda sua dedicação a um trabalho ético e rigoroso, pelas contribuições fundamentais que trouxe a este trabalho e à minha formação como pesquisadora.

À Profa. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras, coordenadora do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP, pelas valiosas contribuições na ocasião do exame de qualificação, pela disponibilidade diante da leitura deste trabalho e por permitir o acesso ao *Assessment Data Manager* (ADM), em que foi possível realizar a análise dos resultados obtidos com a aplicação do CBCL neste estudo.

Ao Saulo, por ter reconhecido desde o primeiro encontro o quanto seríamos felizes juntos. Por todo seu amor.

À minha mãe, Darcy, pelo apoio incondicional, por acreditar nos sonhos antes mesmo que eles se realizem.

Aos meus irmãos, Ítalo e Luciano, queridos, pelo apoio e companhia de sempre, por dividirem tantos momentos; à minha cunhada Andrea que, com muita alegria, aumentou a família, agora ainda mais com a pequena Valentina.

À Carol, amiga de sempre, de tantas horas, pela amizade inestimável. Por fazer parte deste percurso.

À Beth, por continuar como família. Pela parceria que desconhece os limites do tempo, pela amizade, pela aposta, por infindáveis horas de boa conversa, pelo incentivo, por acreditar, sempre. Sua postura ética e seu entusiasmo com os alunos são motivos de admiração e respeito.

Às amigas que estão sempre presentes: Lúcia Lima, Alyne Alvarez, Ingrid Ventura, Daniele Vasco, que tornam a vida mais leve, criativa e divertida!

Às colegas do grupo de pesquisa, Márcia, Nathália, Gabriela, Fernanda Arantes, Fernanda Machado, Andréa, Ana Silvia, por compartilharmos bons momentos de conversas, de muito trabalho, de travessias que fazem parte das escolhas que fizemos.

À Flávia Sato, pela companhia em tantas manhãs de sexta, por conseguir organizar tão bem o que parece não ter ordem alguma, por disponibilizar boa parte do banco de dados do Ambulatório de Autismo Infantil do IPq.

À Marina Monzani da Rocha, pelos esclarecimentos, pela leitura e revisão crítica referentes ao uso do CBCL/ 1.5-5 neste trabalho.

Aos coordenadores e toda a equipe de profissionais dos serviços que abriram suas portas para que esta pesquisa pudesse se realizar: Ambulatório de Autismo Infantil e PRODIP do IPq-HC-FMUSP, CAPSi Santo Amaro, CAPSi Vila Prudente, CAPSi Ipiranga, CAPSi Guarulhos, EMEI Sena Madureira, EMEI Ana Rosa, EMEI Santos Dumont e EMEI Villa Lobos. Um agradecimento especial à Helena Brentani, à Ana Soledade, à Marisa, à Jaqueline, à Leila, à Roseli, à Ana Cláudia, à Débora e à Renata.

Ao Vinícius Frayze David, da Assessoria Acadêmica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pela disponibilidade e generosa contribuição nas análises estatísticas desta pesquisa.

Aos pais de todas as crianças que aceitaram participar deste estudo.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudos.

RESUMO

MOTA, A. D. P. **Identificação de transtornos do espectro de autismo com *Child Behavior Checklist* (CBCL): evidências de sensibilidade.** 2015, 106 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Protocolos de avaliação de comportamentos são frequentemente utilizados para fins de triagem do Transtorno do Espectro de Autismo (TEA) quando avaliações abrangentes se mostram impraticáveis. Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar evidências de sensibilidade para detecção de TEA do Child Behavior Checklist (CBCL/1.5-5), em crianças de dois a cinco anos de idade. Considerando que o CBCL apresenta apenas resultados preliminares de sensibilidade para detecção de TEA no Brasil, apesar de seu uso frequente em avaliação de crianças em serviços de saúde e em pesquisas no mundo todo, justifica-se o estudo de evidências de sensibilidade deste instrumento para o referido quadro, tendo por instrumento padrão ouro a Childhood Autism Rating Scale Brasil (CARS-BR). O CBCL/ 1.5-5 é um instrumento preenchido pelos pais (pai, mãe ou responsável pela criança) e a CARS é um inventário aplicado pelo pesquisador em forma de entrevista com os mesmos. A amostra foi composta por 114 crianças, distribuídas em três grupos: um grupo pesquisa formado por 46 crianças com diagnóstico de TEA, um grupo controle formado por 23 crianças com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) e um segundo grupo controle composto por 45 crianças pré escolares com desenvolvimento típico. Foram realizadas uma análise de variância multivariada (MANOVA), uma análise univariada (ANOVA), uma análise de regressão logística com odds ratio (OR) e análise da curva ROC. Para uma análise qualitativa de discussão de caso, foi verificado em que medida aspectos singulares de quatro casos avaliados apresentam manifestações da tendência grupal. Para isso, foi utilizado um método de discussão de caso, realizado a partir de eixos teóricos extraídos da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3), que são: o brincar e a fantasia; o corpo e sua imagem; manifestação diante das normas e posição frente à lei; a fala e a posição na linguagem. As análises estatísticas indicaram que as escalas em que foi possível verificar uma diferença quando comparados os três grupos foram *Retraimento* e *Problemas invasivos do desenvolvimento* do CBCL/1.5-5. A escala *Reatividade emocional* mostrou diferença quando comparado o grupo TEA com os dois grupos controle, mas não apresentou diferença na comparação dos grupos controle entre si. A análise da curva ROC indicou alta sensibilidade e especificidade para *Reatividade emocional* (85% e 82%), *Retraimento* (87% e 89%) e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* (91% e 96%) quando foram comparados o grupo com TEA e o grupo com desenvolvimento típico. E, ainda, indicou índices menores de sensibilidade e especificidade para *Reatividade emocional* (85% e 70%), *Retraimento* (74% e 70%) e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* (85% e 70%) quando foram comparados o grupo com TEA e o grupo com TDAH. As análises apontaram que o CBCL/ 1.5-5 pode ser utilizado para fins de rastreamento de TEA, indicando as escalas *Reatividade emocional*, *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* como as variáveis preditoras mais significativas, ou seja, que apresentaram diferenças na comparação inter-grupos. As análises mostraram que há maiores índices de sensibilidade do CBCL/ 1.5-5 quando se comparou o grupo TEA e o grupo com desenvolvimento típico.

Palavras-chave: autismo; rastreamento; CBCL; psicanálise.

ABSTRACT

MOTA, A. D. P. **Autism Spectrum Disorders Identification with Child Behavior Checklist: sensitivity evidence.** 2015, 106 p. Thesis (Doctorate) – Psychology Institute, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2015.

Behavior evaluation protocols are often used to screen for Autism Spectrum Disorder (ASD) when broad evaluations seem to be unfeasible. The general objective of this investigation was to assess the sensitivity evidence for the detection of ASD of the Child Behavior Checklist (CBCL/1.5-5), in children aged between two and five years of age. Considering that CBCL only shows preliminary results of sensitivity for the detection of ASD in Brazil, despite its frequent use in children's assessment in health services and in research around the world, the study of evidence for this instrument's sensitivity is justified for the frame here mentioned, having as the golden standard instrument the Childhood Autism Rating Scale Brazil (CARS-BR). CBCL/ 1.5-5 is an instrument completed by the parents (father, mother or person in charge of the child) and CARS is an inventory applied by the researcher in the form of an interview with the same people. The sample was composed of 114 children distributed in three groups: one research group composed of 46 children diagnosed with ASD, a control group composed of 23 children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), and a second control group composed of 45 preschool children with typical development. A multivariate analysis of variance (MANOVA) was carried out, as well as a one-way analysis of variance (ANOVA), an analysis of logistic regression with odds ratio (OR) and a ROC curve analysis. For a qualitative analysis of case discussion, the study verified the extent to which the unique aspects of four cases evaluated presented manifestations of group tendencies. In order for this to be achieved, the method of case discussion was used, from the theoretical axes of Psychoanalytical Evaluation at the age of 3 (PE3), which are: playing and fantasy, the body and its image; expression in face of norms and position regarding the law; speech and the position in language. Statistical analyses indicated that the scales in which it was possible to verify a difference when the three groups were compared were: *Withdrawn* and *Pervasive developmental problems* of CBCL/1.5-5. The scale of *Emotionally reactive* showed difference when the ASD group was compared to the two control groups, but showed no difference when the other control groups were compared amongst themselves. ROC Curve analysis indicated high sensitivity and specificity to *Emotionally reactive* (85% e 82%), *Withdrawn* (87% and 89%) and *Pervasive developmental problems* (91% and 96%) when the ASD group was compared to the typical development group. Moreover, it indicated lower indices of sensitivity and specificity to *Emotionally reactive* (85% and 70%), *Withdrawn* (74% and 70%) and *Pervasive developmental problems* (85% and 70%) when the ASD group was compared to the ADHD group. Analyses suggest that CBCL/ 1.5-5 can be used for screening of ASD, indicating the scales of *Emotionally reactive*, *Withdrawn* and *Pervasive developmental problems* as the most significant predicting variables, namely those that present the difference in comparison with inter-groups. Analyses also show that there was greater sensitivity of CBCL/ 1.5-5 when the ASD group was compared to the control group of typical development.

Keywords: autism; screening; CBCL; psychoanalysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Perfil das escalas-síndromes elaborado para a criança A (4 anos) .	27
Figura 2: Perfil da criança A nas escalas de internalização, externalização e escala total de problemas emocionais/comportamentais	28
Figura 3: Perfil das escalas orientadas pelo DSM elaborado para a criança A (4 anos)	29
Gráfico 1: Curva ROC para <i>Reatividade emocional, Retraimento e Problemas Invasivos do Desenvolvimento</i> , realizada entre GP (TEA) e GC 1 (TDAH).	54
Gráfico 2: Curva ROC para <i>Reatividade emocional, Retraimento e Problemas Invasivos do Desenvolvimento</i> , realizada entre GP (TEA) e GC 2 (DT).	55
Quadro 1: Questões que compõem as Escalas-Síndromes do CBCL/ 1.5-5 ..	63
Quadro 2: Questões que compõem as escalas orientadas pelo DSM	64
Quadro 3: Pontuação das crianças no CBCL/ 1.5-5 e na CARS.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Percentual de crianças avaliadas com CBCL/ 1.5-5 e CARS-BR nos três grupos de pesquisa	36
Tabela 2: Análise de variância multivariada (MANOVA).....	47
Tabela 3: Análise univariada (ANOVA).....	48
Tabela 4: Comparações pareadas entre os grupos.....	49
Tabela 5: Análise de regressão logística com odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%.....	52
Tabela 6: Área sob a Curva 1 (GP v. GC2) e Área sob a Curva 2 (GP v. GC1)	56
Tabela 7: Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN) com os melhores pontos de corte para <i>Reatividade emocional, Retraimento e Problemas Invasivos do Desenvolvimento</i> quando comparados os grupos GP (TEA) v. GC 2 (DT) e GP (TEA) v. GC 1 (TDAH)..	56
Tabela 8: Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN) com os pontos de corte de Muratori et al. (2011) para <i>Retraimento e Problemas Invasivos do Desenvolvimento</i> quando comparados os grupos GP (TEA) v. GC 2 (DT) e GP (TEA) v. GC 1 (TDAH)	61
Tabela 9: Correlação entre resultados da CARS e das escalas <i>Reatividade emocional, Retraimento, Problemas Invasivos do Desenvolvimento</i> do CBCL/ 1.5-5	62
Tabela 10: Regressão linear entre resultados da CARS e das escalas <i>Reatividade emocional, Retraimento, Problemas Invasivos do Desenvolvimento</i> do CBCL/ 1.5-5.....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABC** – Autism Behavior Checklist
- ADI-R** – Autism Diagnostic Interview-Revised
- ADM** – Assessment Data Manager
- ADOS** – Autism Diagnostic Observation Schedule
- ANOVA** – Análise Univariada
- ASQ** – Autism Social Questionnaire
- AUC** – Área sob a Curva
- CARS** – Childhood Autism Rating Scale
- CARS-BR** – Childhood Autism Rating Scale Brasil
- CBCL/ 1.5-5** – Child Behavior Checklist
- CHAT** – Checklist for Autism in Toddlers
- DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DT** – Desenvolvimento Típico
- EMEI** – Escola Municipal de Educação Infantil
- FMUSP** – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- GARS** – Gilliam Autism Rating Scale
- GC1** – Grupo Controle 1
- GC2** – Grupo Controle 2
- GP** – Grupo Pesquisa
- IRDI** – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil
- M-CHAT** – Modified Checklist for Autism in Toddlers
- MANOVA** – Análise de Variância Multivariada
- OR** – Odds ratio
- ROC** – Receiver Operating Characteristics
- SCQ** – Social Communication Questionnaire
- SPSS** – Statistical Package for Social Sciences
- TDAH** – Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade
- TEA** – Transtorno do Espectro de Autismo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS (CHILD BEHAVIOR CHECKLIST – CBCL)	23
1.2	CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE (CARS)	30
2	OBJETIVOS	33
3	MÉTODO	34
3.1	PROCEDIMENTO	34
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	35
3.3	AMOSTRA	35
3.4	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	37
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	37
3.6	ANÁLISE DE DISCUSSÃO DE CASOS	38
4	RESULTADOS	47
4.1	ANÁLISES PRELIMINARES	47
4.2	TEA v. TDAH	51
4.3	TEA v. DT	52
4.4	ANÁLISE DA CURVA ROC	53
5	DISCUSSÃO	58
5.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA ANÁLISE ESTATÍSTICA	58
5.2	DISCUSSÃO DE CASOS	67
5.2.1	<i>Antônio: “curioso, gosta de explorar os ambientes”</i>	<i>68</i>
5.2.2	<i>Alice: “ela adora cantar”</i>	<i>77</i>
5.2.3	<i>Heitor: “eu sou o Gato de Botas!”</i>	<i>81</i>
5.2.4	<i>Clarice: “o coração voltou a bater”</i>	<i>85</i>
6	CONCLUSÕES	88
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICES	99
	APÊNDICE A Pontos de corte, Sensibilidades e Especificidades – GP v. GC 1	100
	APÊNDICE B Pontos de corte, Sensibilidades e Especificidades – GP v. GC 2	101
	APÊNDICE C Tabela de Correlação de Spearman entre questões do CBCL/1.5-5 e itens da CARS	102

1 INTRODUÇÃO

A noção de autismo, assim como seu diagnóstico, tem sofrido uma série de transformações ao longo do tempo. Vários instrumentos de avaliação têm sido construídos e validados em diversos países no intuito de proporcionar um diagnóstico mais refinado dos prejuízos e das competências da criança sob investigação.

A prevalência do diagnóstico de autismo tem aumentado nos últimos anos na população e cada vez mais tem sido tema de pesquisas e de debates nas mais diversas áreas do saber – psicologia do desenvolvimento, psicanálise, medicina, saúde pública, saúde coletiva, enfermagem, educação, entre outras.

Wing e Potter (2002) afirmam que, no estudo original de Kanner publicado em 1943, o autismo era considerado raro, com uma prevalência em torno de duas a quatro por dez mil crianças. Estudos realizados a partir da década de 1990 relataram aumentos anuais na prevalência de autismo em crianças.

Recentemente, têm sido relatadas prevalências de autismo de sessenta por dez mil, e até maiores, utilizando um critério diagnóstico expandido. Os índices do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2009) apontam prevalência de 1 caso em cada 110 crianças e, em dados mais recentes, 1 caso em cada 68 crianças, sendo aproximadamente 1 em cada 42 meninos e 1 em cada 189 meninas (CDC, 2014).

No Brasil, temos o estudo piloto de prevalência realizado por Paula et al. (2011) com 1.470 crianças de Atibaia, interior de São Paulo (um dos únicos estudos realizados na América do Sul). Desse total, 94 crianças foram encaminhadas para testes clínicos mais detalhados e 4 receberam diagnóstico de autismo. Isso se traduziu em uma prevalência de 27,2 por 10.000 (95% CI: 17,6-36,8) ou 1 caso em cada 370 crianças. Uma limitação deste estudo é que foi realizado em apenas um município brasileiro.

As possíveis razões para esse aumento incluem novos critérios diagnósticos, desenvolvimento do conceito de espectro ampliado de autismo, metodologias diferentes utilizadas nos estudos, maior percepção e conhecimento do problema pelos pais e profissionais, desenvolvimento de serviços especializados. Há estudos que mostram haver associação entre a idade paterna avançada e o risco para autismo, devido à maior chance de mutações *de novo* ou a alterações epigenéticas associadas ao envelhecimento (HULTMAN et al., 2011).

Segundo Lampreia (2003, p. 57):

a primeira descrição do autismo infantil, realizada por Kanner em 1943, referia-se a um quadro bastante uniforme, de características envolvendo basicamente um desligamento das relações humanas, uma falha no uso da linguagem para a comunicação, a manutenção de uma rotina, fascinação por objetos e boas potencialidades cognitivas.

A autora ressalta que, posteriormente, Kanner reviu sua definição, restringindo-a ao autoisolamento e à insistência na preservação da rotina.

Os Transtornos do Espectro de Autismo (TEA) são considerados como distúrbios do desenvolvimento que se apresentam na infância e são caracterizados por comprometimentos na área da socialização, da comunicação e dos comportamentos e interesses restritos e estereotipados. Nos estudos mais recentes, o termo autismo costuma ser usado para se referir a um espectro de síndromes com características em comum: Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Transtornos Globais do Desenvolvimento (DSM IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision), ou ainda Transtornos do Espectro de Autismo, conforme vários autores na literatura (LAMPREIA, 2003; VOLKMAR; PAULS, 2003; MATSON; BEIGHLEY; TURYGIN, 2012; LERNER, 2011; MACHADO, 2013).

As principais características do espectro se referem a: dificuldades na interação social, déficits na comunicação, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades. Como se trata de um quadro bastante heterogêneo, nem sempre todas essas características acontecem de forma concomitante, há crianças que apresentam sinais de risco desde os primeiros dias ou meses de vida, e outras somente após um ou dois anos; algumas falam, outras não; algumas apresentam retardo mental e/ou epilepsia, outras não. Enfim, os sintomas mais comuns não se expressam do mesmo modo em todas as crianças, apesar de apresentarem certa regularidade que permite a construção de diagnósticos.

Apesar dos significativos avanços nas pesquisas genéticas nos últimos anos, ainda não se tem um marcador biológico que possibilite o diagnóstico. A identificação e o diagnóstico devem ser feitos a partir de investigações realizadas por equipes multiprofissionais, com base em características do comportamento da criança, o que muitas vezes torna esse processo lento (VOLKMAR; PAULS, 2003).

Atualmente em sua quinta versão, o DSM traz uma nova definição de TEA. Os três domínios considerados sinais e sintomas específicos para TEA (social, comunicação e comportamento repetitivo) foram condensados em dois: comunicação

social e comportamentos repetitivos. A nova proposta também elimina o atraso no desenvolvimento da linguagem (de modo que ele não seja um critério específico de TEA). Além disso, essas alterações no DSM V enfatizam o desenvolvimento social perturbado como a principal indicação clínica de autismo (GRZADZINSKI; HUERTA; LORD, 2013; HRDLICKA; DUDOVA, 2013).

Para Grzadzinski, Huerta e Lord (2013), o DSM IV utilizava um sistema multi-categorial de diagnóstico de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID's), que incluía o Transtorno Autista, o Transtorno de Asperger, o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra Especificação, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Rett, o que acarretava uma confiabilidade limitada na forma como subtipos eram atribuídos, com apresentação de sintomas centrais semelhantes entre os diagnósticos categóricos e fraca capacidade preditiva de desfechos futuros com base nesses subtipos. O DSM V, por sua vez, substitui esse sistema multi-categorial com uma única dimensão diagnóstica: o Transtorno do Espectro de Autismo (TEA).

Para os autores, o aumento do acesso a amostras grandes e diversificadas nos últimos anos permitiu aos pesquisadores a capacidade de determinar que, em muitos casos, as características de TEA são mais bem representadas em um modelo de dois domínios: o déficit na comunicação social e nos interesses e comportamentos restritos e repetitivos. Pelo DSM IV, um atraso ou uma ausência total de desenvolvimento da linguagem expressiva era um critério para configurar um diagnóstico, o que muda a partir do DSM V. Pesquisas recentes em TEA têm mostrado que essa característica não é nem específica e nem universal de indivíduos com esse transtorno.

Além disso, a ênfase na especificidade do quadro proposta pelo DSM V melhora a capacidade dos pesquisadores encontrarem amostras de interesse. Grzadzinski, Huerta e Lord (2013) ressaltam que o DSM V introduz uma abordagem dimensional que permite aos pesquisadores capturar a variabilidade dentro da amostra. Embora haja uma exigência para a presença de critérios que preencham esses dois domínios, o déficit na comunicação social e os interesses e comportamentos restritos e repetitivos, isso permite uma variação na qualidade e na quantidade de tais critérios específicos.

Em um esforço para aumentar a especificidade dos critérios de diagnóstico, o DSM V identifica os sintomas diagnósticos essenciais de TEA e características de TEA não-específicas que variam dentro de populações com TEA. Os autores consideram que a abordagem dimensional do DSM V é abrangente na medida em que reconhece tanto os sintomas específicos de TEA, quanto características clínicas que não são específicas

para o referido quadro, como por exemplo, a capacidade cognitiva, a capacidade de linguagem expressiva e comorbidades patológicas (entre estas, o TDAH, transtornos do humor ou transtornos de ansiedade).

Como exemplo da abordagem dimensional do DSM V que permite o reconhecimento de características clínicas não-específicas para TEA, os autores destacam o atraso na linguagem. Apesar de não considerar o atraso na linguagem como critério específico de TEA, o DSM V reconhece que o nível de habilidade no uso da linguagem varia em indivíduos autistas. Ou seja, indivíduos com TEA diferem no grau em que dominam aspectos estruturais da linguagem (sintaxe, morfologia e fonologia) que vão desde indivíduos que nunca desenvolvem a linguagem falada para indivíduos com capacidades linguísticas estruturais intactas (que falam fluentemente, que formam frases complexas), mas ainda tem déficits no uso pragmático da linguagem. Estes resultados têm sido associados com apresentações exclusivamente clínicas. Por exemplo, os indivíduos que são não-verbais têm sintomas mais graves de TEA. Os pesquisadores também sugerem que um subgrupo de indivíduos com TEA pode apresentar alterações de linguagem que são semelhantes aos prejuízos de indivíduos com Distúrbio Específico de Linguagem (DEL), como a produção limitada de linguagem expressiva e déficits na gramática e na estrutura sintática. No entanto, se esses déficits em indivíduos com TEA são distintos ou estão em um continuum de déficits observados em DEL sem TEA, isso requer uma investigação mais aprofundada que escapa aos objetivos deste trabalho.

Grzadzinski, Huerta e Lord (2013) propõem que tais investigações incentivam os pesquisadores a fazer uma abordagem dimensional quando se estuda o heterogêneo fenótipo de autismo. Devido a variações de amostras (por exemplo, idade ou QI), nenhum estudo será suficiente para definir com precisão subgrupos de TEA, mas o acúmulo de pesquisas emergentes pode começar a reforçar o entendimento nesta área. Para os autores, essa forma de abordagem pode ajudar os pesquisadores a aumentar a homogeneidade de suas amostras, aumentando assim a capacidade de interpretação e replicabilidade de seus trabalhos. O objetivo de pesquisas como essas seria identificar subgrupos dentro de amostras de grupos com TEA que serão importantes para a compreensão dos mecanismos biológicos, desfechos clínicos e respostas ao tratamento de indivíduos com TEA.

Para identificação e diagnóstico de TEA é útil somar aos critérios do DSM V um conjunto de observações clínicas da criança, entrevista com os pais e/ou cuidadores, uso

de escalas e de instrumentos de triagem e avaliação padronizados, o que envolve o trabalho de uma equipe multiprofissional.

As escalas de avaliação permitem mensurar os comportamentos apresentados pelas crianças com TEA, de modo que se possa estabelecer a gravidade do quadro. Para Matson, Beighley e Turygin (2012), cada vez mais pesquisadores e clínicos terão de revisar e ajustar a forma como abordam o transtorno do espectro de autismo. Como regra geral, medidas mais especializadas estarão disponíveis e os métodos de avaliação se tornarão uniformes em todas as culturas e países – respeitando-se as devidas diferenças culturais. Para o autor, triagem e diagnóstico em crianças pequenas, menores de três anos, tornar-se-ão uma prática padrão e serão alvos de novas intervenções.

Não faltam instrumentos diagnósticos e de avaliação de crianças, buscando ampliar os estudos de transtornos do espectro de autismo (TEA). Norris e Lecavalier (2010), em pesquisa realizada sobre os instrumentos utilizados para este fim – entre eles, destacam-se: Social Communication Questionnaire (SCQ), Gilliam Autism Rating Scale/Gilliam Autism Rating Scale – Second Edition (GARS/GARS-2), Social Responsiveness Scale (SRS), Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) e Asperger Syndrome Diagnostic Scale (ASDS) –, apontam que é necessário ter uma avaliação precisa dos instrumentos voltados para TEA a fim de facilitar o diagnóstico e a intervenção ainda nos primeiros meses de vida da criança.

Há consenso na literatura especializada que as intervenções que ocorrem durante o período de instalação do quadro, por volta dos três anos de vida, são mais favoráveis para a reversão ou mesmo a diminuição de seus efeitos prejudiciais (LERNER, 2011).

Woods e Wetherby (2003), após realizarem uma revisão dos primeiros indicadores de TEA em crianças muito pequenas, desenvolveram um conjunto de princípios orientadores para intervenção em bebês e crianças pequenas que apresentam risco de TEA. Os autores concluem que a oferta de intervenção precoce intensiva é fundamental para maximizar os potenciais de crianças acometidas por TEA, sustentando que quanto mais inicial for a intervenção, melhor o seu resultado.

Bryson, Rogers e Fombonne (2003) fizeram uma revisão em pesquisas considerando detecção precoce, intervenção, educação e tratamento psicofarmacológico de crianças acometidas por um quadro de TEA. Concluíram que, na ausência de informações mais detalhadas, a utilidade clínica dos atuais instrumentos de rastreamento ou triagem (*screening*) das crianças que já apresentam o quadro configurado é questionável, mas a importância de pesquisá-los decorre do evidente benefício de

intervenções precoces: independentemente da orientação da intervenção, os resultados para as crianças acometidas por um transtorno do espectro de autismo são melhores.

Com a finalidade de detectar os sinais iniciais de TEA, cada vez mais equipes de pesquisadores têm se dedicado à formulação e à aplicação de protocolos com o objetivo de rastreamento voltados aos primeiros meses de vida. Esta pesquisa se insere nesse objetivo de rastreamento, buscando identificar evidências de sensibilidade do CBCL/1.5-5 para identificação de crianças com TEA entre 2 e 5 anos de idade.

Muitos autores na literatura nacional e internacional ressaltam a importância de desenvolver e validar ferramentas de rastreamento de TEA em crianças pequenas, entre 1 e 3 anos de vida, quando os sinais de risco já podem ser reconhecidos (BARON-COHEN; ALLEN; GILLBERG, 1992; BARON-COHEN et al., 1996; LERNER, 2011; MATSON; BEIGHLEY; TURYGIN, 2012; MACHADO, 2013).

Com o crescente avanço de instrumentos especializados para este fim de rastreamento/ triagem, cada vez mais a literatura tem apontado para a importância da utilização de instrumentos de fácil e rápida aplicação, que propiciam a identificação de sinais de transtornos do espectro de autismo desde os primeiros meses de vida. Vários estudos sugerem que o CBCL pode atingir este objetivo, como os realizados por Duarte et al. (2003), Albores-Gallo et al. (2008), Sikora et al. (2008), Ooi et al. (2010), Muratori et al (2011).

Duarte et al. (2003) examinaram a validade do CBCL/4-18 para identificação de transtornos do espectro de autismo na população brasileira. Com amostra composta por 101 crianças entre 4 e 11 anos, das quais 36 já possuíam diagnóstico de autismo, 31 apresentavam outro transtorno psiquiátrico e 34 eram crianças escolares saudáveis, os autores chegaram a conclusões preliminares de que o CBCL/4-18 tem capacidade de diferenciar condições autistas de outros transtornos psiquiátricos e de crianças escolares na população brasileira.

Albores-Gallo et al. (2008) realizaram uma discussão acerca das dificuldades em avaliar e diagnosticar o autismo. Os autores apontam que, frequentemente, o diagnóstico é feito quatro ou cinco anos após os pais terem observado os primeiros sinais. Este é um problema que se deve a dificuldades tais como: os instrumentos de diagnóstico não serem bem conhecidos por profissionais responsáveis pela atenção primária nos sistemas de saúde e de educação e, também, o alto valor de custo dos instrumentos, bem como a aquisição de treinamento formal para utilizá-los. Entre os instrumentos elaborados para detecção de transtornos do espectro de autismo, os autores citam o

CBCL/1.5-5 como um instrumento que exibe um perfil orientado pelo DSM para avaliar problemas de desenvolvimento, entre os quais se insere o autismo, que está incluído na escala Problemas Invasivos do Desenvolvimento. É necessário atentar, entretanto, que são necessários outros instrumentos mais estruturados para diagnosticar o autismo, pois o CBCL, em estudos de rastreamento de TEA, serviria unicamente a este propósito, não sendo apropriado para diagnósticos. Os autores apontam para a importância da validação e da adaptação cultural de instrumentos diversificados em diferentes países, além de buscar métodos mais breves e de baixo custo para diagnósticos precoces e futuros tratamentos, que não sirvam apenas à pesquisa, mas que se voltem para a identificação e aplicação na comunidade. Além disso, os autores consideram que o CBCL é um dos poucos instrumentos que avaliam a comorbidade mais frequente nos transtornos do espectro de autismo, tais como problemas de atenção, depressão e ansiedade. Sua indicação de uso inclui ambientes escolares para estudos epidemiológicos e ambientes clínicos para fins de triagem. A consistência da escala é de 0.95 e a confiabilidade de teste-reteste, de 0.90.

Sikora et al. (2008), da Universidade de Saúde e Ciências de Oregon (EUA), realizaram um estudo de detecção de sinais de TEA com dois instrumentos: o Gilliam Autism Rating Scale (GARS) e o Child Behavior Checklist (CBCL/1.5-5). Foram investigadas 147 crianças entre 3 e 5 anos de idade que participaram das avaliações do Autism Program at the Child Development and Rehabilitation Center (CDRC) da mesma Universidade no período de 2003 a 2005, a fim de discriminar as que tinham diagnóstico de autismo das que não tinham diagnóstico de autismo ou de TEA, sendo avaliadas de acordo com os critérios da ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule. Os participantes do estudo foram divididos em três grupos, baseados na classificação da ADOS: 79 crianças foram classificadas com autismo, 18 com TEA e 50 foram classificadas como não sendo do espectro. O GARS não distinguiu crianças autistas de crianças sem autismo. As escalas Retraimento (Withdrawn) e Problemas Invasivos do Desenvolvimento (Pervasive Developmental Problems) do CBCL/1.5-5 foram as que mais discriminaram significativamente as crianças autistas das crianças classificadas como sem autismo pelo resultado do GARS na Análise de Variância Multivariada ($p=0,00$ e $p=0,02$, respectivamente). Além disso, também foram as escalas que mostraram maior sensibilidade e especificidade (Sensibilidade=64,56% e Especificidade=62,00% na escala Retraimento e Sensibilidade=79,75% e Especificidade=42,00% na escala Problemas Invasivos do Desenvolvimento) na

identificação de autismo do que o GARS (Sensibilidade=53,16% e Especificidade=54,00%). Em cada grupo comparado, no mínimo uma dessas duas escalas tiveram maior especificidade do que o GARS.

Logo, os autores concluíram que o CBCL/1.5-5 pode ser útil na detecção de sinais de TEA, com a vantagem de fornecer informações sobre uma ampla gama de problemas de comportamento, importantes para diagnóstico diferencial de TEA em relação a outros problemas comportamentais e emocionais. Além disso, o CBCL ajuda a identificar comorbidades que sugerem avaliações mais aprofundadas. Os autores apontam que uma limitação deste estudo foi ter utilizado apenas uma amostra clínica, sugerindo que outros estudos devem ser realizados com amostras de crianças com outros diagnósticos psiquiátricos.

Ooi et al. (2010) ressaltam que apenas alguns estudos têm utilizado grandes amostras e, em todos, as amostras são predominantemente americanas ou europeias. Os autores desenvolveram um estudo de forma pioneira em Singapura com uma amostra de crianças asiáticas, com o objetivo de testar a sensibilidade e a especificidade do CBCL/4-18 na identificação de um grupo de crianças com TEA em relação a outros quatro grupos. Tal instrumento deveria ser capaz de diferenciar crianças com TEA não só de crianças com desenvolvimento típico, mas também de crianças com outros transtornos psiquiátricos. Para isso, foram avaliadas 1.265 participantes entre 4 e 18 anos de idade, divididos em cinco grupos: 86 crianças com diagnóstico clínico de TEA sem retardo mental, 117 com diagnóstico de Déficit de Atenção/ Hiperatividade – tipo Déficit de Atenção, 426 com diagnóstico de Déficit de Atenção/ Hiperatividade – tipo Hiperatividade, 200 sem diagnóstico de transtorno psiquiátrico (avaliadas com critérios do DSM IV), e 436 provenientes da comunidade escolar de Singapura, recrutadas em dezoito escolas primárias. Os resultados foram consistentes com pesquisas realizadas anteriormente em outros países, demonstrando a utilidade do CBCL/4-18 na identificação de TEA, com destaque para três problemas que discriminaram de forma significativa o grupo de crianças com autismo dos outros quatro grupos: Retraimento/ Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento – os escores dessas escalas identificaram 50% ou mais das crianças do grupo de TEA.

Muratori et al. (2011) pesquisaram a potencialidade do uso do CBCL/1.5-5 na identificação de risco para autismo em crianças pré escolares. Seu estudo abrangeu 313 crianças entre 24-60 meses divididas em três grupos: um grupo experimental composto por 101 crianças com diagnóstico médico baseado no DSM IV e confirmado pela

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), todas atendidas no Department of Child Neuropsychiatry of the University of Pisa, Stella Maris Scientific Institute; um grupo controle formado por 95 crianças pré escolares com outros transtornos psiquiátricos também baseados no DSM IV; e um grupo controle formado por 117 crianças pré escolares com desenvolvimento típico pertencentes a três escolas de jardim de infância de Pisa. Os resultados apontaram alta sensibilidade e especificidade das escalas *Retraimento* (Withdrawn) (0.89 e 0.92) e *Problemas Invasivos de Desenvolvimento* (Pervasive Developmental Problems) (0.85 e 0.90) quando foram comparados os grupos de crianças com TEA e com desenvolvimento típico. No entanto, a especificidade diminuiu quando se comparou o grupo de crianças com TEA e o grupo com outros transtornos psiquiátricos (0.60 para PDP e 0.65 para Withdrawn).

Tais resultados indicam que o CBCL tem um bom valor preditivo quando há comparação entre crianças com TEA e com desenvolvimento típico, os altos valores de sensibilidade e especificidade das escalas Problemas Invasivos do Desenvolvimento e Retraimento favorecem a função de triagem para TEA. No entanto, os autores ressaltam que uma das limitações deste estudo é que as duas escalas PDP e Withdrawn do CBCL/1.5-5 são capazes de diferenciar pacientes com TEA de crianças com desenvolvimento típico, mas deve-se continuar a pesquisar suas sensibilidade e especificidade para fins de triagem, a fim de diferenciar pacientes com TEA de pacientes com outros transtornos psiquiátricos. Não obstante tal limitação, tais escalas poderiam se tornar uma ferramenta breve, rápida e fácil de rastreamento de TEA em ambientes de atenção primária (leva em média 5-10 minutos para preenchimento do questionário e 5 minutos para pontuação).

Para fins de rastreamento, temos disponíveis no Brasil alguns dos mais importantes instrumentos utilizados no mundo todo: o M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), o ASQ (*Autism Social Questionnaire*) ou SCQ (*Social Communication Questionnaire*) e, também, o ABC (*Autism Behavior Checklist*). Há outros instrumentos que servem para fins de avaliação e diagnóstico, alguns encontram-se em processo de tradução e/ou validação para a população brasileira, estão em pesquisas em curso.

Os mais utilizados para fins de rastreamento (*screening*) em ambulatórios especializados em diagnósticos de TEA são o M-CHAT e o ASQ.

O M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) foi desenvolvido por Robins et al. (2001) nos Estados Unidos com a finalidade de identificar crianças com autismo a partir dos 18 meses de vida. Trata-se de uma versão modificada do Checklist

for Autism in Toddlers (CHAT), desenvolvido por Baron-Cohen, Allen e Gillberg (1992) no Reino Unido. O M-Chat apresenta 23 questões para serem respondidas com “sim” ou “não”, sendo que 9 são derivadas do CHAT original. As perguntas abordam temas referentes a relacionamento social, atenção conjunta, levar objetos para mostrar aos pais, capacidade de resposta da criança quando chamada por outra pessoa. Sua tradução para o português do Brasil foi realizada por Losapio e Pondé (2008), observados os aspectos de equivalência semântica e operacional, conceitual e de itens, sendo considerada adequada por especialistas e compreensível pela população¹. O M-CHAT é utilizado em crianças entre 18 e 30 meses.

Para crianças maiores, a partir dos 4 anos de idade, foi elaborado o ASQ (*Autism Social Questionnaire*) (RUTTER et al., 2003 apud SATO, 2008), que foi traduzido e validado para o português brasileiro por Sato (2008) como Questionário de Avaliação de Autismo. É um questionário autoaplicável, que deve ser preenchido pelos pais. Está dividido em 40 questões sobre o desenvolvimento e os hábitos de vida dos pacientes. Engloba os três domínios básicos de prejuízo no TEA, de acordo com o DSM IV: sociabilidade, linguagem e comportamento. Contém 40 questões que são respondidas com “sim” ou “não”, contando com pontuações totais para o *status* final do questionário (SATO, 2008).

Embora não seja específico para TEA, temos ainda um instrumento desenvolvido por um grupo de pesquisadores brasileiros² e validado para uso de profissionais da saúde para que possam ser observados os comportamentos da díade mãe-bebê no período de zero a dezoito meses de vida da criança: o IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) (LERNER; KUPFER, 2008; KUPFER et al., 2009; KUPFER et al., 2010). Nos últimos anos, alguns estudos têm sido realizados com o intuito de investigar a capacidade discriminativa do IRDI entre autismo, retardo mental e normalidade (LERNER, 2011) e a sensibilidade do IRDI para rastreamento de

¹ A tradução – assim como outras informações relevantes para utilização e validação do M-CHAT – está disponível no Official M-CHAT Website: http://www2.gsu.edu/~psydlr/DianaLRobins/Official_M-CHAT_Website.html.

² O GNP (Grupo Nacional de Pesquisa) é a denominação do grupo de *experts* reunido pela Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, do IPUSP, para construir o protocolo de indicadores e para conduzir a pesquisa multicêntrica em seus diferentes centros. O grupo foi constituído pela Profa. Dra. Leda M. Fischer Bernardino, da PUC de Curitiba, Paula Rocha e Elizabeth Cavalcante, do CPPL de Recife, Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e M. Cecília Casagrande, de São Paulo, Daniele Wanderley, de Salvador, Profa. Lea M. Sales, da Universidade Federal do Pará, Profa. Regina M. R. Stellin, da UNIFOR de Fortaleza, Flávia Dutra, de Brasília, Prof. Dr. Otavio Souza, do Rio de Janeiro, Silvia Molina, de Porto Alegre, com coordenação técnica da M. Eugênia Pesaro, coordenação científica do Dr. Alfredo Jerusalinsky e coordenação científica nacional da Profa. Dra. Maria Cristina Kupfer.

TEA (MACHADO, 2013, CAMPANA, 2013). Tais estudos apontam bons índices para o uso deste instrumento na detecção de TEA.

Por fim, vale ressaltar que os instrumentos traduzidos e validados no Brasil para rastreamento de TEA deixam uma lacuna entre os 2,5 e os 4 anos de vida da criança. O M-CHAT abrange o período de 18 a 30 meses de idade; o ASQ e o ABC devem ser aplicados em crianças a partir de 4 anos. O CBCL/ 1.5-5, por sua vez, é aplicado em crianças entre 18 meses e 5 anos e 11 meses de idade. Embora não seja um instrumento elaborado para finalidade de rastreamento de TEA, o presente estudo pode ser uma importante contribuição para o preenchimento da lacuna ao indicar o CBCL/ 1.5-5 com forte poder de predição para rastreamento de TEA.

Dessa forma, este trabalho pretende contribuir para os estudos de detecção de sinais iniciais de TEA com um instrumento de rápida e fácil aplicação já validado para a população brasileira, que favorece o rastreamento do quadro ainda nos primeiros meses de vida. Contribuição esta que está de acordo com a literatura sobre o tema que propõe que os instrumentos de rastreamento devem ter algumas características em comum, tais como: ser de fácil aplicação, com perguntas e respostas simples, baixo custo e efetividade para fazer o rastreamento a que se propõem (SATO, 2008; MACHADO, 2013). De acordo com Albores-Gallo et al. (2008), Sikora et al. (2008), Ooi et al. (2010) e Muratori et al (2011), o CBCL pode servir a este objetivo de rastreamento.

1.1 INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS (CHILD BEHAVIOR CHECKLIST – CBCL)

O Child Behavior Checklist é um inventário de comportamento de crianças e de adolescentes elaborado por Achenbach (1991) e validado para aplicação na população brasileira por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Tal inventário foi elaborado para fornecer perfis que apontam para a situação da criança dentro de síndromes de problemas comportamentais e emocionais, não sendo válido automaticamente como diagnóstico.

Pode-se considerar que ele permite a visualização de um conjunto de problemas assinalados pelos pais sobre a criança que, articulados, produzem perfis de problemas emocionais e comportamentais baseados em achados empíricos obtidos a partir da

resposta ao próprio CBCL e também a partir de perfis de escalas orientadas pelos critérios diagnósticos do DSM IV³.

Atualmente, é um dos instrumentos mais empregados para a avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e em adolescentes, revelando comprovada eficiência em pesquisas e em serviços de saúde mental como rastreador de psicopatologia na população estudada.

O Child Behavior Checklist (CBCL) faz parte do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA). Trata-se de um sistema que oferece aos profissionais da saúde mental uma ampla coleção de inventários de avaliação que são aplicáveis para pessoas de diferentes faixas etárias sob variadas situações. É amplamente utilizado e pesquisado como procedimento de triagem e de avaliação, fornecendo uma documentação padronizada sobre decisões em relação a tratamento e encaminhamentos, possui mais de 5000 publicações relatando pesquisas em 50 países e seus inventários já foram traduzidos para 69 línguas⁴.

O Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 4 e 18 anos foi inicialmente elaborado pelo psiquiatra norte-americano Thomas Achenbach no final da década de 1960 e início dos anos 1970. Diversas revisões foram feitas nos itens do inventário e a mais atual é a terceira da série⁵.

Os inventários do ASEBA podem ser usados para avaliação inicial, para reavaliação (monitorando mudanças) e para avaliação do resultado final. Ele possui inventários para serem respondidos por pais ou por profissionais que trabalham com a criança, assim como para serem autopreenchidos. Suas questões foram elaboradas sob medida para a idade do sujeito e para a condição sob a qual cada respondente o vê.

Para os fins desta pesquisa, optou-se pela aplicação do CBCL/1.5-5 anos.

O CBCL/1.5-5 lista 99 itens de problemas que podem ser avaliados por pais e por responsáveis. Ele também solicita que o respondente descreva quaisquer problemas adicionais, além de doenças e de deficiências, interroga sobre a maior preocupação do

³ A partir de 2014, houve uma alteração no sistema ASEBA para adequar-se aos critérios do DSM V. Para os fins desta pesquisa, que teve início em 2011, foi utilizada a versão do CBCL/ 1.5-5 de 2010.

⁴ Cf. LABORATÓRIO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (Trad.). Guia para profissionais da saúde mental sobre o Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA). São Paulo, 2006. Tradução da obra: ACHENBACH, T. M. & RESCORLA, L. A. Mental Health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (4th ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, Burlington, VT, 2004. Tiragem de circulação interna.

⁵ Neste trabalho, foi utilizada a versão brasileira do "Child Behavior Checklist for ages 1 ½-5" traduzida por LINHARES, M. B. M.; SANTA-MARIA MENGEL, M. R.; SILVARES, E. F. M.; ROCHA, M. M. (2010). Endereço eletrônico: asebabrasil@gmail.com.

respondente com relação à criança e o que a criança tem de melhor. O respondente atribui a cada problema *0 se não é verdadeiro* para aquela criança, *1 se é pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro* e *2 se é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro*. A pontuação deve ser baseada no funcionamento da criança nos últimos dois meses.

A versão do CBCL/ 6-18, elaborada para crianças entre 6 e 18 anos, apresenta uma análise que não está presente na versão estudada aqui (CBCL/ 1.5-5): a das competências da criança, incluindo esportes, outras atividades, organizações, trabalhos e tarefas, amizades, relacionamento com outras pessoas, capacidade de brincar e trabalhar sozinha e funcionamento na escola. Logo, a versão do CBCL/ 1.5-5 enfatiza os problemas e as preocupações dos pais em relação às crianças, incluindo apenas uma pergunta qualitativa sobre as qualidades e os aspectos mais positivos sobre a criança.

Para sua aplicação na população, sugere-se que seja realizada uma capacitação prévia dos pesquisadores⁶. Depois de aplicados, eles são digitados em um programa de computador denominado *Assessment Data Manager* (ADM), o software central do ASEBA. Ele permite analisar, administrar e comparar dados de múltiplos informantes, além de coordenar os dados de diversos inventários sobre um único paciente.

Este software, com base nos escores dos itens de problemas indicados pelos inventários do ASEBA, apresenta-os em perfis, que são exibidos em gráficos, apontando a situação do paciente dentro das síndromes de problemas comportamentais e emocionais. Cada uma das síndromes consiste em problemas que tendem a coocorrer em análises estatísticas com grande amostra de indivíduos da população geral norte-americana. Para elaboração das normas, os resultados obtidos pelas crianças da população geral foram contrastados com os daquelas que foram encaminhados para serviços de saúde mental ou que obtiveram escores muito altos, mesmo na ausência de encaminhamento – até o momento, os resultados obtidos com a população norte-americana são utilizados como referência normativa. Os nomes das síndromes descrevem os tipos de problemas que cada uma delas engloba. Além dos perfis das síndromes, os itens de problemas da maioria dos inve

ntários podem ser apresentados em perfis de escalas orientadas pelo DSM IV. Cada escala engloba itens que foram avaliados por especialistas como muito consistentes com as categorias de diagnóstico do DSM.

⁶ A capacitação da pesquisadora foi realizada no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob coordenação da pesquisadora Marina Monzani da Rocha.

A partir da análise realizada pelos autores do CBCL, foi possível delinear três tipos de perfil:

a) o das escalas-síndromes de problemas comportamentais e emocionais, como *reatividade emocional*, *ansiedade/depressão*, *queixas somáticas*, *retraimento*, *problemas com o sono*, *problemas de atenção* e *comportamento agressivo*, como se pode observar na Figura 1 que mostra a página 1 do CBCL/ 1.5-5 preenchido pela mãe da criança A, um menino de 4 anos de idade. Abaixo do nome de cada síndrome está o escore total da criança A para essa síndrome (a soma dos escores 1 e 2 para os problemas incluídos em cada síndrome). Abaixo do escore total está o escore T e o percentil do escore total da criança (o que permite comparar o escore total da criança com os escores obtidos pela amostra normativa).

O escore T é um escore padronizado que tem o mesmo significado para todas as escalas-síndromes. Para cada escala-síndrome, o escore T 70 representa o percentil 98 da amostra normativa. Escores $T \geq 70$ estão na faixa clínica. Logo, é colocado um C ao lado direito dos escores que estão na faixa clínica – como se pode observar no exemplo da Figura 1, em que consta o escore T 70-C para *problemas de atenção*. Os escores T, que vão de 65 a 69, estão na faixa limítrofe, indicando um número de problemas que causam preocupação, mas não suficientes para estar na faixa clínica (escore $T \geq 70$). Ao lado dos escores T que estão na faixa limítrofe (65-69) é colocado um B – como mostra na Figura 1 o escore T 66-B para *comportamento agressivo*. Os escores $T \leq 64$ estão na faixa normal – são aqueles que se encontram abaixo da linha tracejada na Figura 1, como, por exemplo, o escore T 52 para *ansiedade/depressão*; o escore total para essa escala-síndrome é 3 e está no percentil 58, o que significa que 58% da amostra normativa obteve escore 3 ou inferior.

Figura 1: Perfil das escalas-síndromes elaborado para a criança A (4 anos)

Fonte: Software *Assessment Data Manager*.

b) o de problemas internalizantes, externalizantes e totais. O gráfico de barras ilustrado na Figura 2 indica os escores para estes problemas. A escala problemas internalizantes é a soma dos escores dos problemas incluídos nas síndromes *reatividade emocional*, *ansiedade/depressão*, *queixas somáticas* e *retraimento*. A escala problemas externalizantes é a soma dos problemas incluídos nas síndromes *problemas de atenção* e *comportamento agressivo*. A escala problemas totais, por sua vez, é a soma de todos os itens de problema do CBCL/1.5-5.

O formato do gráfico e os escores apresentados são semelhantes aos do perfil das escalas-síndromes, apresentados na Figura 1. No entanto, as linhas tracejadas (faixa limítrofe) incluem os escores T de 60 a 63 para os problemas internalizantes, externalizantes e totais, ao invés de 65 a 69, como é nas escalas das síndromes. As linhas de corte mais baixas são usadas para os problemas internalizantes, externalizantes e totais porque essas escalas têm o maior número e a maior variedade de itens que cada escala síndrome, para as quais uma linha de corte mais alta foi assegurada.

À direita do gráfico apresentado na Figura 2 se pode notar uma caixa de texto com o título *Other Problems* (Outros Problemas). Estes são os itens do CBCL/1.5-5 que não

são englobados nas escalas-síndromes apresentados na Figura 1. No entanto, todos os itens de Outros Problemas, somados aos itens das escalas síndromes, são utilizados para calcular o escore de Problemas Totais.

Figura 2: Perfil da criança A nas escalas de internalização, externalização e escala total de problemas emocionais/comportamentais

Fonte: Software *Assessment Data Manager*.

c) o de perfis orientados pelo DSM. A Figura 3 mostra o perfil das escalas orientadas pelo DSM elaborado a partir do CBCL/1.5-5 preenchido pela mãe da criança A. O perfil mostra as seguintes escalas orientadas pelo DSM no mesmo formato do perfil das síndromes (como foi observado na Figura 1): *problemas afetivos*, *problemas de ansiedade*, *problemas invasivos do desenvolvimento*, *problemas de déficit de atenção/hiperatividade* e *problemas de oposição e desafio*. Como no perfil das síndromes, o perfil das escalas orientadas pelo DSM apresenta os escores em comparação com a amostra normativa para idade e sexo da criança. Abaixo do perfil estão marcados o Escore Total, o escore T, o percentil e os itens de cada escala. As faixas normal, limítrofe e clínica são definidas da mesma maneira que no perfil das síndromes. Como podemos ver na Figura 3, a criança A obteve escore na faixa clínica para a escala *problemas de déficit de atenção/hiperatividade*, com T 76-C.

Figura 3: Perfil das escalas orientadas pelo DSM elaborado para a criança A (4 anos)

Fonte: Software *Assessment Data Manager*.

Após apresentar tais descrições do CBCL/ 1.5-5, deve-se considerar que os resultados obtidos com o uso deste inventário permitem chegar a algumas diretrizes básicas de avaliação. Escores de funcionamento adaptativo que se encontram acima das linhas tracejadas estão na faixa clínica e indicam clara necessidade de ajuda para melhorar as funções e habilidades comportamentais e emocionais. Escores de funcionamento adaptativo que se encontram entre as linhas tracejadas estão na faixa limítrofe, o que sugere uma provável necessidade de ajuda no fortalecimento de certas habilidades e funções. Escores de funcionamento adaptativo que se encontram abaixo da linha tracejada estão na faixa normal, o que aponta para pontos fortes que devem ser considerados ao planejar qualquer tipo de intervenção com a criança.

1.2 CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE (CARS)

A Childhood Autism Rating Scale (CARS) é uma escala desenvolvida por Schopler et al. (1988) que auxilia na identificação de crianças com autismo e as distingue de crianças com prejuízo do desenvolvimento sem autismo. Sua importância consiste em diferenciar o autismo leve-moderado do grave. É breve e apropriada para uso em qualquer criança acima de dois anos de idade. Sua construção foi desenvolvida ao longo de 15 anos e incluiu mais de 1.500 crianças autistas.

A escala foi traduzida e validada no Brasil por Pereira (2007) em sua dissertação de mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e publicada por Pereira, Riesgo e Wagner (2008) no *Jornal de Pediatria*. Após a tradução e validação para a população brasileira, passou a ser chamada de CARS-BR. Para Pereira (2007), a CARS-BR torna mais fácil o reconhecimento e a classificação do autismo para clínicos e educadores, além de ser um instrumento claro para pesquisadores, na medida em que fornece informações sobre o comportamento das crianças e também sobre a gravidade dos sintomas.

Como não há um marcador biológico, o diagnóstico do autismo é eminentemente clínico e requer experiência do profissional. Os parâmetros diagnósticos encontram-se definidos no DSM IV. Segundo Pereira (2007), após o diagnóstico, a monitorização da evolução do transtorno e da resposta às intervenções terapêuticas pode ser feita de duas maneiras: através da impressão clínica (que inclui aspectos subjetivos do pesquisador) e através do uso de sistema de escores (que, apesar da diversidade intercultural da aplicação de instrumentos padronizados, propicia a troca de informações entre diferentes centros de pesquisa e atendimento de crianças autistas). Logo, a CARS-BR por si só não indica um diagnóstico, ela deve ser utilizada em conjunto com critérios diagnósticos para autismo segundo o DSM.

A CARS-BR é um instrumento composto por 15 itens relativos a: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. Os escores de cada

domínio variam de 1 (dentro dos limites da normalidade) a 4 (sintomas autísticos graves). A pontuação varia de 15 a 60, e o ponto de corte para autismo é 30.

De acordo com Pereira, Riesgo e Wagner (2008), os itens da escala são:

1 – **Relações pessoais:** prejuízo nesta área é considerado uma das características primárias do autismo incluída em todas as descrições do transtorno.

2 – **Imitação:** esse item foi incluído em função da relação existente entre dificuldades graves de linguagem e problemas de imitação motora e verbal. A capacidade de imitar é considerada uma importante base para o desenvolvimento da fala, além de ser uma habilidade altamente relevante no tratamento e educação destas crianças.

3 – **Resposta emocional:** o autismo foi, primeiramente, considerado um distúrbio no contato afetivo e este item segue sendo um dos mais importantes, tendo como característica central a impossibilidade de compreensão do estado mental das demais pessoas, a chamada falha na teoria da mente.

4 – **Uso corporal:** movimentos corporais peculiares e especialmente estereotípias têm sido amplamente observados por clínicos e pesquisadores.

5 – **Uso de objetos:** uso inapropriado de brinquedos ou outros objetos está intimamente relacionado a relações inadequadas com pessoas.

6 – **Resposta a mudanças:** dificuldade em alterar rotinas ou padrões pré estabelecidos ou dificuldade para mudar de uma atividade para outra.

7 – **Resposta visual:** classifica os padrões incomuns de atenção visual observados em muitas crianças.

8 – **Resposta auditiva:** inclui a reação da criança a vozes humanas ou outros tipos de sons e qual o interesse da criança por sons variados.

9 – **Resposta e uso do paladar, olfato e tato:** as crianças autistas respondem de forma incomum a estímulos sensoriais. Gosto e cheiro são elementos críticos para o comportamento alimentar e a dificuldade de identificá-los pode contribuir para as elevadas taxas de recusa alimentar e seletividade relatadas nestas crianças. Este item inclui, também, a forma como as crianças respondem à dor.

10 – **Medo ou nervosismo:** este item classifica o medo incomum ou inexplicado e inclui, também, a ausência de medo em situações nas quais uma criança normal, no mesmo nível de desenvolvimento apresentaria medo ou receio.

11 – **Comunicação verbal:** classifica todas as facetas do uso da linguagem. Avalia não somente a presença ou ausência de fala, mas também suas peculiaridades,

uso de elementos inapropriados, jargões e palavras bizarras. Portanto, quando qualquer tipo de linguagem está presente, avalia o vocabulário, estrutura da frase, entonação da voz e volume e adequação do conteúdo.

12 – **Comunicação não verbal:** é a avaliação da comunicação não verbal da criança através do uso da expressão facial, postura, gestos e movimento corporal e inclui a sua resposta à comunicação não verbal das outras pessoas.

13 – **Nível de atividade:** refere-se a quanto a criança move-se em situações limitantes ou não.

14 – **Nível e consistência da resposta intelectual:** considera o nível geral de funcionamento intelectual e a consistência deste funcionamento

15 – **Impressões gerais:** impressão subjetiva a partir da observação da criança.

Como instrumentos considerados padrão-ouro para diagnóstico de autismo, temos a ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*) e a ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) – ambas desenvolvidas pelo mesmo grupo de pesquisadores (LORD; RUTTER; LE COUTEUR, 1994) e em processo de tradução e validação no Brasil.

Becker (2009) desenvolveu o estudo de tradução e validação da ADI-R em Porto Alegre (RS). De acordo com a autora, a ADI-R foi desenvolvida na busca de um método diagnóstico para autismo que fornecesse informações mais abrangentes sobre o comportamento da criança, do ponto de vista qualitativo. A ADI-R apresenta 93 itens divididos em seis sessões. É uma entrevista longa e detalhada que permite ter uma avaliação clara sobre a criança. Pode ser usada com crianças a partir de 2 anos de idade, realizada por profissionais treinados e capacitados para tal.

A ADOS deve ser realizada com crianças a partir de 12 meses, permite fazer um diagnóstico preciso de TEA, do nível de desenvolvimento e das habilidades de linguagem.

Destaca-se o alto custo envolvido na aplicação desses dois últimos instrumentos descritos, além de questões inerentes ao processo de tradução, validação e capacitação de pesquisadores para uso no Brasil.

No Brasil, atualmente, a CARS-BR é considerada a escala padrão-ouro para identificação de TEA, uma vez que a ADI-R e a ADOS ainda não passaram por todo o processo de validação e, portanto, não estão disponíveis para serem utilizadas.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a sensibilidade para rastreamento de transtornos do espectro de autismo (TEA) no período de dois a cinco anos de idade da criança com um instrumento válido para a população brasileira, o CBCL/1.5-5.

Objetivos específicos

1. Investigar o uso potencial do CBCL/ 1.5-5 para identificação de crianças pré escolares com risco de TEA;
2. Avaliar a sensibilidade do CBCL/1.5-5 para rastreamento de TEA através da comparação com a escala CARS-BR (*Childhood Autism Rating Scale Brasil*), considerada padrão-ouro para identificação de autismo no Brasil;
3. Verificar em que medida aspectos singulares de quatro casos avaliados apresentam manifestações de tendência do quadro em estudo.

3 MÉTODO

3.1 PROCEDIMENTO

Após aprovação dos comitês de ética das instituições que compõem o campo de pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, a Escola Terapêutica LUMI e a Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, foi possível iniciar a pesquisa a partir de abril de 2011.

A pesquisa pertence ao grupo inscrito no CNPq “Transtornos do espectro de autismo: detecção de sinais iniciais e intervenção”, coordenado pelo Prof. Dr. Rogério Lerner. Todos os participantes deste grupo realizam trabalhos de mestrado, doutorado e pós-doutorado e alguns contam com auxílio financeiro da FAPESP e da CAPES.

Inicialmente, foi realizado o contato com o(s) profissional(is) responsável(is) pela área de atendimento dos serviços em questão. Foi realizado um levantamento do número de participantes que poderiam entrar na pesquisa em cada serviço. Os profissionais de referência ficaram responsáveis por entrar em contato com os pais das crianças que entrariam no estudo e, só então, a pesquisadora iniciou o trabalho de aplicação e de avaliação com os instrumentos da pesquisa.

Foi agendado um horário com cada participante (pai, mãe ou responsável pela criança) para realizar a avaliação que consistia na aplicação do CBCL/ 1.5-5 e da CARS-BR. Cada avaliação durou em média 40 minutos. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a utilização dos dados para fins de pesquisa científica, resguardando o sigilo de suas identificações.

O CBCL/ 1.5-5 é um instrumento preenchido pelos pais (pai, mãe ou responsável pela criança) e a CARS é um inventário aplicado pelo pesquisador em forma de entrevista com os mesmos. Ambos foram aplicados no mesmo horário agendado para avaliação. Uma vez que os dados são obtidos junto aos pais sem que se necessite de interpretação da examinadora, pode-se afirmar que não houve influência da mesma que levasse a viés na aplicação.

Após a realização das avaliações com os devidos instrumentos, foram elaborados relatórios com os resultados de cada criança. Tais relatórios de avaliação psicológica foram entregues às instituições que participaram do estudo, em horário agendado com a equipe profissional para uma conversa sobre o desempenho de cada criança nas

referidas avaliações. Essa forma de devolutiva visou a contribuir para o acompanhamento das crianças nos serviços que participaram do estudo, de forma a fornecer relatórios que apontam para sua situação dentro perfis de síndromes de problemas comportamentais e emocionais, não sendo válidos automaticamente como diagnósticos.

Vale ressaltar que todas as crianças do estudo foram avaliadas com o CBCL/ 1.5-5 e com a CARS-BR. Os dados foram coletados no período de abril de 2011 a abril de 2014.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Como se trata de uma pesquisa cuja finalidade é a sensibilidade de um instrumento de pesquisa, o campo foi dividido em três grupos:

- Grupo Pesquisa (GP): Centros de Atenção Psicossocial Infantil de São Paulo (CAPSi Santo Amaro, CAPSi Vila Prudente, CAPSi Ipiranga, CAPSi Guarulhos), Ambulatório de Autismo Infantil do IPq-USP, Escola Terapêutica LUMI, Consultório Particular de Fonoaudiologia.

- Grupo Controle 1 (GC 1): Programa de Diagnósticos de Intervenções Precoces do IPq-USP.

- Grupo Controle 2 (GC 2): Escolas Municipais de Educação Infantil de São Paulo (EMEI Sena Madureira, EMEI Ana Rosa de Araújo, EMEI Santos Dumont, EMEI Villa Lobos).

3.3 AMOSTRA

A amostra foi obtida por conveniência, sendo composta por um total de 114 crianças com idades entre 2 anos e 5 anos e 11 meses. Os sujeitos foram divididos em três grupos: um grupo experimental chamado Grupo Pesquisa (GP), composto por 46 crianças com TEA (transtorno do espectro de autismo); um grupo controle chamado Grupo Controle 1 (GC 1), formado por 23 crianças com TDAH (transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade); um segundo grupo controle chamado Grupo Controle 2 (GC 2), composto por 45 crianças pré escolares com DT (desenvolvimento típico).

Todos os participantes do Grupo Pesquisa (GP) têm diagnóstico clínico de autismo baseado nos critérios do DSM IV, confirmado pela avaliação com a CARS-BR. Foram excluídos da amostra diagnósticos de distúrbios genéticos, metabólicos ou neurológicos, devidamente verificados em prontuário dos pacientes. O GP foi composto por 12 crianças do sexo feminino (26,1%) e 34 do sexo masculino (73,9%), com idades entre 2 anos e 5 anos e 11 meses.

O Grupo Controle 1 (GC 1) foi composto por crianças com diagnóstico clínico de TDAH baseado nos critérios do DSM IV. O escore “sem autismo” confirmado pela CARS-BR foi considerado. Este grupo foi formado por 4 crianças do sexo feminino (17,4%) e 19 do sexo masculino (82,6%), com idades entre 3 anos e 5 anos e 11 meses.

O Grupo Controle 2 (GC 2) foi composto por crianças pré escolares pertencentes a quatro Escolas Municipais de Educação Infantil de São Paulo. Não foram consideradas crianças com queixas escolares e/ou de desenvolvimento por parte dos pais ou da escola e foi considerado o escore “sem autismo” confirmado pela CARS-BR. Logo, este grupo foi composto por crianças com desenvolvimento típico, sendo 16 do sexo feminino (35,6%) e 29 do sexo masculino (64,4%), com idades entre 4 anos e 5 anos e 11 meses.

A Tabela 1, abaixo, mostra o percentual das crianças distribuídas nos três grupos de pesquisa.

Tabela 1: Percentual de crianças avaliadas com CBCL/ 1.5-5 e CARS-BR nos três grupos de pesquisa

Local	GP (TEA)	Percentual
IPq – TEA	19	16,7%
CAPSi-Santo Amaro	10	8,8%
CAPSi-Vila Prudente	9	7,9%
LUMI	3	2,6%
CAPSi-Ipiranga	2	1,8%
CAPSi-Guarulhos	2	1,8%
Consultório Particular	1	0,9%
Local	GC 1 (TDAH)	
IPq – TDAH	23	20,2%
Local	GC 2 (DT)	
EMEI Sena Madureira	8	7,0%
EMEI Ana Rosa	8	7,0%
EMEI Santos Dumont	13	11,4%
EMEI Villa Lobos	16	14,0%
TOTAL	114	100%

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

3.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

- Inventário dos Comportamentos de Crianças (Child Behavior Checklist – CBCL/1.5-5).
- Childhood Autism Rating Scale Brasil (CARS-BR).

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para identificar possíveis diferenças entre os grupos, foi realizada uma análise de variância multivariada (MANOVA), incluindo como desfechos as 7 escalas-síndromes do CBCL/ 1.5-5 e as 5 escalas orientadas pelo DSM, totalizando 12 escalas-síndromes.

Foram realizadas análises de regressão logística com odds ratio (OR) – razão de chance – a fim de identificar que escalas-síndromes tem poder preditivo sobre a condição das crianças (TEA, TDAH e DT). Foram realizadas quatro análises de regressão independentes, tendo como desfecho a classificação com TEA v. TDAH ou com TEA v. DT. Para cada um dos pares de desfecho foram testados modelos tendo como preditores as 7 escalas-síndromes do CBCL/ 1.5-5 ou as 5 escalas orientadas pelo DSM.

Foi utilizada a escala contínua do escore T do CBCL/ 1.5-5. Como visto na seção 1 Introdução, as análises deste inventário permitem visualizar a situação da criança dentro das síndromes de problemas comportamentais e emocionais investigados pelos inventários do CBCL e, também, dentro de perfis de escalas orientadas pelo DSM IV. Seus resultados são apresentados em gráficos que situam a criança em três faixas: normal, limítrofe e clínica, para cada problema.

Os dados da CARS-BR (Childhood Autism Rating Scale Brasil) foram categorizados como *autismo* e *sem autismo*. O instrumento é composto por 15 itens relativos a: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. Os escores de cada domínio variam de 1 (dentro dos limites da normalidade) a 4 (sintomas autísticos graves). A pontuação varia de 15 a 60, e o ponto de corte para autismo é 30. O resultado final consiste em: 1) de 15 a 30: sem autismo; 2) de 30 a 36: autismo leve-moderado; e 3) de 36 a 60: autismo grave. Para os fins deste estudo, escores abaixo de 30 foram considerados *sem autismo* e igual ou acima de 30, com *autismo*.

Os dados foram analisados no programa SPSS versão 20.0 para Windows e o nível de significância adotado para todas as análises foi de 5%.

3.6 ANÁLISE DE DISCUSSÃO DE CASOS

Por se considerar oportuno neste trabalho, foi realizada uma análise de discussão de casos, a fim de verificar como diferenças apontadas como tendência pelo estudo de sensibilidade se manifestam em alguns casos específicos. A proposta inerente a esta parte do estudo se refere à análise de como manifestações de tendência podem ser interpretadas a partir de uma dimensão psíquica.

Para isso, foi verificado em que medida aspectos singulares de quatro casos avaliados apresentam manifestações de tendência do quadro em tela. Dois casos pertencentes ao GP de crianças com diagnóstico de TEA, e dois casos de crianças pré-escolares pertencentes ao GC 2, com desenvolvimento típico.

Para Lerner (2008), o método de pesquisa consiste na coerência do encadeamento decorrente da articulação entre o objeto em estudo, a pergunta de pesquisa e as formas de respondê-la. Logo, para os fins desta pesquisa foi utilizado um método estatístico para responder à pergunta que interroga sobre a sensibilidade do instrumento CBCL/1.5-5 para rastreamento de TEA; e, ainda, foi utilizado um método de discussão de caso para responder à pergunta que interroga sobre a singularidade de quatro casos específicos da amostra.

Para este objetivo, foi utilizado um método de discussão de caso, realizado a partir de eixos teóricos extraídos da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (também chamada de AP3), instrumento elaborado pelo mesmo grupo de pesquisadores que criou o IRDI (como visto na seção 1 Introdução deste trabalho) a fim de avaliar a posição subjetiva da criança. A AP3 foi aplicada somente em quatro crianças selecionadas pela pesquisadora para compor a análise de discussão de casos⁷. Após a aplicação do CBCL/1.5-5 e da CARS, foi agendada em outro dia uma nova avaliação com os pais e a criança, com a finalidade de realizar uma investigação mais detalhada dos casos estudados. Para esta avaliação, a pesquisadora seguiu o roteiro da AP3 (JERUSALINSKY, 2008; LERNER; KUPFER, 2008).

⁷ Foi explicado aos pais que essa avaliação seria complementar à pesquisa em tela, servindo exclusivamente ao propósito oportuno de aprofundar e ampliar a análise qualitativa, ressaltando aspectos psíquicos e sociais da história da criança e de sua relação com os pais.

Enquanto o IRDI é um conjunto de 31 indicadores para serem aplicados no período de 0 a 18 meses de vida, a AP3 é um roteiro com 43 perguntas que devem servir como guias da entrevista, que é realizada com os pais e a criança durante aproximadamente 1 hora e 20 minutos, e deve ser aplicada em crianças com 3 anos ou mais.

Para os fins desta pesquisa, optou-se por utilizar os eixos teóricos psicanalíticos extraídos da AP3 como auxiliares/ orientadores de leitura. Esses eixos, mais do que o instrumento propriamente dito, servem como guias norteadores para responder à pergunta que interroga sobre a singularidade de cada caso.

Assim, temos um estudo que primeiramente avalia uma manifestação de tendência em três grupos distintos (TEA, TDAH e desenvolvimento típico) e, num segundo momento, investiga como tal tendência se manifesta em alguns casos de forma singular. Nessa perspectiva, nos cabe indagar: Qual o impacto do diagnóstico no discurso dos pais? Há diferenças na relação entre mãe/ pai-criança observadas no grupo autista e no grupo com desenvolvimento típico? Que diferenças são essas? De que formas ocorrem as dificuldades psíquicas em cada caso? De que maneira são estabelecidos os laços afetivos entre a criança e seus pais nos diferentes casos? Como a criança é nomeada? Como ela se posiciona diante de leis e regras? Quais as modalidades do seu brincar? Como está posicionada na linguagem? Para tentar responder perguntas como estas, foram selecionados quatro casos: duas crianças com autismo e duas crianças com desenvolvimento típico.

A escolha por tal posição teórica para discussão dos casos se justifica por um posicionamento ético e teórico da autora deste trabalho e, também, por dar continuidade a um percurso acadêmico que busca articular a psicanálise a outras áreas de saber, em especial à saúde coletiva e à psicologia do desenvolvimento (DI PAOLO, 2010). Além disso, a perspectiva que fundamenta a visão de criança discutida neste texto parte de uma leitura psicanalítica do desenvolvimento infantil, que considera as primeiras relações do bebê com sua mãe/cuidador como primordiais para sua estruturação psíquica (WINNICOTT, 1957/2008).

Há quatro eixos que orientam a construção do IRDI e que são retomados, posteriormente, para a construção da AP3, são eles: suposição do sujeito (antecipação de um sujeito que a mãe ou cuidador faz a partir da leitura de pequenos sinais emitidos pelo bebê, choros, balbucios, sorrisos etc.), alternância presença/ ausência (um jogo de aparecer e desaparecer que possibilita um intervalo entre a demanda e satisfação, primórdios de uma futura capacidade de simbolização), estabelecimento da demanda (o

reconhecimento pela mãe ou cuidador de reações involuntárias do bebê) e, por fim, a função paterna (a entrada de um terceiro na relação mãe-bebê, que pode ser o pai, o trabalho da mãe ou uma atividade diferente da maternagem, o que marcaria para o sujeito uma primeira experiência de separação, de corte) (LERNER; KUPFER, 2008; KUPFER et al., 2009; KUPFER et al., 2010).

Numa perspectiva psicanalítica, a tessitura desses quatro eixos permitirá a instalação de um sujeito psíquico⁸. A forma como esses quatro eixos se enlaçam cria marcas na história da criança, no seu desenvolvimento, na sua maneira de se posicionar no mundo. Desde os primeiros meses, o bebê é tomado como um sujeito, ou como uma pessoa como diria Winnicott (1957/2008), que não quer apenas saciar a fome, mas tem desejo de colo, da presença de sua mãe.

Certa vez arrisquei este comentário: ‘Não existe tal coisa chamada bebê’, significando com isso que se decidirmos descrever um bebê, encontrar-nos-emos descrevendo *um bebê e alguém*. Um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação (WINNICOTT, 1957/2008, p. 99).

Com isso, destaca-se uma característica comum aos instrumentos psicanalíticos IRDI e AP3: o olhar sobre a relação. Não há um foco só na criança ou só na mãe ou cuidador, o objeto da investigação é a relação. Também por isso se justifica a utilização dos eixos teóricos da AP3 como orientadores de análise. Para melhor avaliar as manifestações de tendência dos casos discutidos, há que se considerar as peculiaridades das relações estabelecidas entre a criança e sua mãe ou cuidador.

A instalação do sujeito psíquico só pode ser observada através dos sinais que ela produz. São esses sinais que podem servir como referência para a observação e o conhecimento do curso da instalação de um sujeito, assim como de seu desenvolvimento. Por exemplo, uma criança que não responde quando é chamada pelo nome, que parece não diferenciar quando quem está falando com ela é a sua mãe ou

⁸ A definição de sujeito é ampla e complexa na psicanálise – e seu aprofundamento teórico extrapola os objetivos desta tese. Para a finalidade deste estudo, consideram-se as noções de “sujeito psíquico”, “sujeito do inconsciente” ou, ainda, “sujeito de inconsciente”. Para Kupfer (2010, p. 270): “o sujeito do inconsciente resulta do funcionamento e da incidência de discursos sociais e históricos sobre a carne do ser”. O sujeito seria formado a partir do conjunto de discursos sociais e históricos, tornados não anônimos porque sustentados pelos outros parentais, e organizados por referências pautadas pelo desejo. Para a autora, a criança nasce no mundo de linguagem, pois antes de nascer ela já é falada. E é na tessitura desses discursos que a criança deverá extrair a “argamassa e os tijolos com os quais construirá a sua subjetividade [...]”. Para que se constitua esse sujeito, um bebê receberá dos pais inscrições psíquicas transmitidas a partir de uma referência ou de um organizador, a que Freud chamou Lei do Pai. Essas inscrições presidirão a uma longa e indefinida série de novas inscrições, desdobrando-se no tempo, em conexão com a primeira” (KUPFER, 2010, p. 270).

outra pessoa, pode demonstrar através desses sinais que há um entrave na instalação do sujeito psíquico, na forma de estabelecer relações com o outro.

A partir de uma leitura psicanalítica do desenvolvimento, os pesquisadores do IRDI e da AP3 propõem eixos teóricos que possibilitam acompanhar o percurso de um desenvolvimento típico (saudável), assim como possíveis entraves nesse desenvolvimento. Entraves que podem se manifestar de maneiras mais evidentes ou mais sutis. Dutra e Bernardino (2008) lembram que a proposta da AP3 não é fazer um diagnóstico psicanalítico, mas sim avaliar uma posição subjetiva de sujeito, por meio de efeitos, indícios.

Assim como um chiste ou um ato falho, que testemunham a estruturação do inconsciente, o avaliador é testemunha de efeitos de sujeito na criança. [...] Espera-se, na avaliação, poder recolher constatações fenomênicas nas quais o advento do sujeito do inconsciente se revele (DUTRA; BERNARDINO, 2008, p. 154).

As autoras ressaltam, ainda, que o que se recolhe na AP3 são indícios do tempo da organização do psiquismo da criança.

Para Jerusalinsky (2014), a psicanálise introduz no campo da psicopatologia a concepção de causalidade psíquica. Essa via causal psíquica se articula com um vasto conjunto de variáveis subjetivas, orgânicas e, também, referentes ao discurso social.

A concepção de causalidade psíquica ressaltada pelo autor traz a necessidade de retomar brevemente a noção de aparelho psíquico proposta por Freud (1895/1996) no artigo que ficou desconhecido pelo público até o ano de 1950: o *Projeto para uma psicologia científica*. A primeira edição do texto alemão foi lançada apenas em 1950 em Londres, até então havia sido guardada por Wilhelm Fliess, amigo e um dos principais interlocutores de Freud.

De acordo com Garcia-Roza (2000), a importância deste artigo é exagerada por alguns e minimizada por outros autores, que o consideram um texto pré psicanalítico. Esse caráter ambíguo parece ter sido compartilhado pelo próprio Freud que, em suas cartas a Fliess, ora o apresenta como um importante trabalho teórico, ora lhe retira a importância.

Compartilha-se, aqui, da posição de Garcia-Roza (2000) de que o *Projeto para uma psicologia científica* não é uma tentativa de explicar o funcionamento do aparelho psíquico baseado em observações e experimentos (bases anatômicas). Trata-se de uma construção de um trabalho teórico de natureza fundamentalmente hipotética, é “a formulação de uma metapsicologia” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 47).

No início deste artigo, Freud (1895/1996) propõe explicar os processos psíquicos a partir de duas hipóteses: 1) o que distingue a atividade do repouso é de ordem quantitativa (Q); e 2) os neurônios (N) devem ser encarados como partículas materiais.

“Essas duas hipóteses supõem um princípio de regulação do aparelho psíquico, que é o *Princípio de Inércia Neurônica*, segundo o qual os neurônios tendem a descarregar completamente toda a quantidade (Q) que recebem” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 46). Mas o princípio de inércia não atua sozinho. A fim de evitar o livre escoamento de energia (que implicaria reduzir Q a zero), o sistema neurônico procura manter Q constante, sendo obrigado a tolerar uma quantidade (Q) mínima de energia. Tal mecanismo seria denominado posteriormente como *princípio de constância* (FREUD, 1920/1996). O *princípio de constância* deriva do *princípio de inércia neurônica*. A única tensão passível de ser descarregada a zero é a tensão autoconservativa, que seria a fome e a respiração, por exemplo.

Bleichmar (2005, p. 280) complementa essa ideia, ao afirmar que “o princípio de inércia neurônica não pode ser concebido, na minha opinião, a não ser no campo biológico, já que só se consegue o zero no que diz respeito à resolução de necessidades autoconservativas”.

Uma das contribuições mais importantes do *Projeto* que vale ressaltar é distinção entre *processo primário* e *processo secundário*. Para Freud (1895/1996), tais processos constituem dois modos de funcionamento do aparelho psíquico, que correspondem a dois modos de circulação da energia psíquica, respectivamente: a energia livre e a energia ligada. A energia psíquica é considerada livre quando a descarga é direta, como nos sonhos e nos sintomas. E é considerada ligada quando sua descarga é retardada ou controlada, como nos pensamentos de vigília, na atenção e na linguagem.

A proposta de Freud (1895/1996) neste artigo foi inaugurar uma teoria do funcionamento psíquico a partir de uma abordagem quantitativa, uma economia da energia psíquica.

A potência e a originalidade da teoria psicanalítica estão, entre outros fatores, ligadas fortemente à sua concepção de aparelho psíquico. A psicanálise instaura uma maneira de conceber o aparelho a partir de sistemas (Inconsciente – Pré-Consciente/Consciente), que são importantes não pelo lugar que ocupam, mas pela posição que cada um ocupa em relação aos demais.

Bleichmar (2005) ressalta que para que exista psicanálise são necessárias três condições (ou pré requisitos): 1) Inconsciente constituído e, a partir disso, conflito

intrasubjetivo (o sofrimento psíquico seria resultado do desequilíbrio da energia psíquica que se estabelece entre os sistemas Inconsciente e Pré-Consciente/Consciente no interior da tópica psíquica); 2) Sujeito capaz de posicionar-se perante o Inconsciente; e 3) Recalque⁹, como condição da clivagem tópica entre os sistemas psíquicos (Inconsciente e Pré-Consciente/Consciente).

Dessa maneira, a autora marca a singularidade da psicanálise: ela é impensável sem o conflito. E o conflito se define, metapsicologicamente, em termos intrasubjetivos.

Bleichmar (2005, p. 30) ainda destaca que para que exista psicanálise deve haver “sujeito *de* inconsciente, atravessado pelo inconsciente, e não *do* inconsciente”. Portanto, se o objeto da psicanálise é o inconsciente e a psicanálise seria pensada como metodologia do inconsciente, a questão que aparece seria a seguinte: “a clínica psicanalítica e infantil implica pensar crianças com inconsciente” (BLEICHMAR, 2005, p. 26).

Voltando-se para a infância e suas especificidades, a AP3 instaura os seguintes eixos teóricos: o brincar e a fantasia; o corpo e sua imagem; manifestação diante das normas e posição frente à lei; a fala e a posição na linguagem. Tais eixos se configuram como operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança¹⁰, ou, de outro modo, como formações inconscientes que são passíveis de rastreamento pela AP3, que podem se manifestar como sintomas de estrutura ou como sintomas clínicos. Jerusalinsky (2008) retoma Freud para ressaltar que, ao longo da vida, o sujeito constrói soluções de compromisso que caracterizam o sintoma psíquico, isto é, maneiras de regular, organizar e determinar as relações do sujeito com os outros, com os objetos e com o seu próprio pensamento. Em linhas gerais, os sintomas seriam uma maneira do sujeito se relacionar consigo e com outros, de resolver problemas e entraves que se apresentam no curso de seu desenvolvimento.

Para Jerusalinsky (2008), os sintomas de estrutura correspondem ao que Freud denominaria “neuroses normais”, por meio dos quais (de modo transitório ou permanente) se constituem modos de elaboração do problema; os sintomas clínicos

⁹ A teoria do recalque é, para Freud (1914a/1996, p. 25), “a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise”. É o mecanismo que produz a cisão do psiquismo em dois sistemas distintos: o Inconsciente e o Pré-Consciente/Consciente. Este mecanismo está dividido em três momentos: o *recalcamento originário* (que dá origem ao Inconsciente), o *recalcamento propriamente dito* ou *posterior* e o *retorno do recalcado* (GARCIA-ROZA, 2000, p. 155).

¹⁰ Para Jerusalinsky (2008), tais operações formadoras são construídas a partir de uma reciprocidade entre o que os pais (cuidadores) propõem, investem afetivamente na criança, e como a criança recebe esses investimentos. A constituição do psiquismo infantil se funda na relação estabelecida entre a criança e seus pais ou seus primeiros cuidadores.

correspondem ao que Freud denominaria “neuroses patológicas”, que expressam a especial dificuldade ou a impossibilidade de elaboração dos problemas colocados para o sujeito. Quando se trata de sintomas de estrutura, eles comparecem sob formas típicas do comportamento de elaboração do sujeito infantil (desenhar, brincar, temores noturnos transitórios, enurese circunstancial, mentira e fabulação ocasional etc.). Quando se trata de sintomas clínicos, há indício de riscos patológicos ou posições patológicas, como nos casos das psicopatologias graves do desenvolvimento, psicose e autismo infantil.

Jerusalinsky (2008) ressalta que entre as mais diversas formações inconscientes que podem aparecer numa criança, foram escolhidos alguns tipos que oferecem uma rica informação sobre a posição do sujeito do inconsciente particular de cada criança. “Essa escolha nos permite perceber e respeitar a singularidade das características psíquicas de cada criança e, ao mesmo tempo, compará-las no que diz respeito ao tipo de sintoma que manifestam” (JERUSALINSKY, 2008, p. 121). Desta forma, é possível retomar os eixos teóricos da AP3, considerando que num mesmo eixo de análise, as crianças podem apresentar sintomas clínicos ou sintomas de estrutura. São sobre esses eixos que nos deteremos neste trabalho:

1) O brincar e a fantasia: o brincar é entendido como expressão da fantasia inconsciente da criança. Em casos de uma ausência de produção imaginária, o jogo da criança pode parecer colado à mecânica dos objetos, pode não ter referência ao faz de conta (posição típica do autista). Em casos de intensa atividade imaginativa, o brincar da criança pode trazer histórias, personagens, metáforas, que configuram formas de simbolização, de elaboração de dificuldades, conflitos, preocupações.

2) O corpo e sua imagem: a imagem inconsciente do corpo contém traços da diferenciação sexual (gestualidade, postura), dos esquemas motores e do autorreconhecimento. O corpo da criança é um sistema de significações que são atribuídas a ela desde que nasce e que, aos poucos, lhe possibilita ver-se e reconhecer-se como uma imagem psíquica unificada. A discrepância na atividade, no movimento, na diferenciação estético-sexual, nas expressões de autorreconhecimento e a manifestação de inibições são demonstrativas da presença de sintomas clínicos.

3) Manifestação diante das normas e posição frente à lei: a observância de limites, a restrição dos próprios impulsos em concordância com a situação, a permeabilidade do sujeito à marcação de tempos e atividades significam a interiorização, por parte do pequeno sujeito, de uma instância de interdição que sustenta nele as diversas formas que

a lei pode adotar. De modo geral, a falta ou a intermitência de tais atitudes podem ser demonstrativas da presença de sintomas clínicos.

4) A fala e a posição na linguagem: a entrada do sujeito no campo da linguagem não pode ser medida somente pelo vocabulário, pelo domínio da sintaxe e da gramática, mas principalmente pelo lugar desde o qual o sujeito se enuncia. Trata-se de se situar em relação às significações que são colocadas em jogo, de sustentar as relações com o outro e os objetos que os enunciados proferidos em determinada situação colocam, de fazer circular pela linguagem a demanda e o desejo, de reconhecer na linguagem a demanda e o desejo dos outros, de perceber o enigma que lhe coloca o enunciado de novas significações, e de produzir, ele próprio, significações novas. As restrições gramaticais, sintáticas e de vocabulário costumam indicar falhas da posição do sujeito na linguagem, podendo configurar expressões de sintomas clínicos.

Após a análise da avaliação a partir desses quatro eixos, os escores da AP3 são classificados em *problemas de desenvolvimento* ou *risco psíquico*. Considera-se que *problemas de desenvolvimento* para a criança sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que afetam ou incidem no desenvolvimento da criança sem questionar a instalação do sujeito psíquico, caracterizados como sintomas de estrutura – por meio dos quais se constituem modos de elaboração do problema. *Risco psíquico* para a constituição do sujeito, por sua vez, seria uma categoria que compreende as dificuldades sinalizadoras de entraves no processo mesmo de constituição subjetiva, apontando problemas mais estruturais, um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como os chamados distúrbios globais do desenvolvimento; apontam para a identificação de presença ou ausência de sintomas clínicos, aqueles que indicam riscos patológicos ou posições patológicas (JERUSALINSKY, 2008; KUPFER et al., 2009).

É a partir desses eixos teóricos extraídos da AP3, descritos por Jerusalinsky (2008), que serão discutidos os casos deste estudo.

Para os fins desta pesquisa, pode-se considerar que ao utilizar um método estatístico para um estudo de sensibilidade é possível se beneficiar do conhecimento referente à tendência que ele propicia, ou seja, acontecimentos que se repetem de modo significativo em vários casos (constituindo assim uma regularidade) podem sugerir e orientar intervenções.

Lembrando que a intervenção, em psicanálise, acontece na singularidade dos casos, a proposta é nos determos, após a análise estatística, sobre quatro casos de

crianças pertencentes à amostra a fim de analisar o que há de singular e em que medida aproximam-se e/ou diferem-se da tendência já apontada pelo estudo de sensibilidade, assim como considerar o contexto histórico e os aspectos psíquicos e sociais de cada criança. Considera-se, para os devidos fins, que a noção de psiquismo proposta pela psicanálise é original por propor a noção de sujeito de inconsciente, assim como por considerar os aspectos relacionais do desenvolvimento infantil fundamentais para a sua constituição.

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISES PRELIMINARES

No total, foram avaliadas 114 crianças com idades entre 2 anos e 5 anos e 11 meses, sendo 32 crianças do sexo feminino (28,1%) e 82 do sexo masculino (71,9%). Deste total, 46 crianças são do GP (composto por 12 crianças do sexo feminino (26,1%) e 34 do sexo masculino (73,9%)); 23 crianças pertencem ao GC 1 (formado por 4 crianças do sexo feminino (17,4%) e 19 do sexo masculino (82,6%)); e 45 crianças são do GC 2 (sendo 16 do sexo feminino (35,6%) e 29 do sexo masculino (64,4%)).

Para identificar possíveis diferenças entre os grupos, foi realizada uma análise de variância multivariada (MANOVA), incluindo como desfecho as 7 escalas-síndromes do CBCL/ 1.5-5 e as 5 escalas orientadas pelo DSM, somando um total de 12, que são: *Reatividade emocional*, *Ansiedade/depressão*, *Queixas somáticas*, *Retraimento*, *Problemas com o sono*, *Problemas de atenção*, *Comportamento agressivo*, *Problemas afetivos*, *Problemas de ansiedade*, *Problemas invasivos do desenvolvimento*, *Problemas de déficit de atenção/ hiperatividade* e *Problemas de oposição e desafio*.

Para controlar outras possíveis variáveis de importância, além do grupo foram incluídos o sexo e a idade da criança como preditores. Os resultados da MANOVA podem ser vistos na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2: Análise de variância multivariada (MANOVA)

Preditor	Teste	Valor	F	Grau de liberdade da hipótese	Grau de liberdade do erro	Valor p	Eta parcial quadrado
IDADE	Pillai's Trace	0,170	1,641 ^b	12,000	96,000	0,093	0,170
GRUPO	Pillai's Trace	0,731	4,655	24,000	194,000	0,000	0,365
SEXO	Pillai's Trace	0,186	1,830 ^b	12,000	96,000	0,054	0,186
GRUPO*SEXO	Pillai's Trace	0,193	0,863	24,000	194,000	0,652	0,096

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

Como não foi possível verificar a esfericidade pelo teste M de Box ($p < 0,01$), preferiu-se considerar os resultados do Pillai's Trace, mais conservador. Mesmo assim,

podemos notar que a única variável em que foi possível verificar um efeito ao nível de 5% foi o grupo ($F_{(24, 194)}=4,65$ e $p<0,001$) e explica 36,5% da variância total dos dados.

Uma vez que foi verificado o efeito desta variável, procedeu-se para a análise univariada das 12 escalas do CBCL/ 1.5-5. O resultado pode ser observado na Tabela 3, abaixo. Como se pode notar na tabela, todas as variáveis foram diferentes entre os grupos tomando o nível de significância de 5%, com a exceção da variável *Queixas somáticas*. Mesmo assim, como seu valor p foi de 0,056, optou-se por mantê-la na análise post hoc para investigar uma possível diferença entre os grupos par a par.

Tabela 3: Análise univariada (ANOVA)

Preditor	Variável	F	Valor p	Eta parcial quadrado
GRUPO	Reatividade emocional	25,846	0,000	0,326
	Ansiedade/ Depressão	4,735	0,011	0,081
	Queixas somáticas	2,965	0,056	0,053
	Retraimento	51,707	0,000	0,491
	Problemas com o sono	3,842	0,024	0,067
	Problemas de atenção	10,720	0,000	0,167
	Comportamento agressivo	7,126	0,001	0,118
	Problemas afetivos	10,260	0,000	0,161
	Problemas de ansiedade	6,823	0,002	0,113
	Problemas invasivos do desenvolvimento	66,547	0,000	0,554
	Problemas de déficit de atenção/ hiperatividade	5,406	0,006	0,092
	Problemas de oposição e desafio	4,778	0,010	0,082

*O grau de liberdade para todas as variáveis foi igual a 2.

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

A análise post hoc foi realizada comparando os grupos e utilizando a correção de Sidak para comparações múltiplas. Os resultados estão na Tabela 4. Podemos verificar que a variável *Retraimento* e a variável *Problemas invasivos do desenvolvimento* foram diferentes entre os três grupos e a variável *Queixas somáticas* e a variável *Problemas com o sono* não apresentaram diferenças entre os grupos após a correção dos níveis de

significância. Nas demais, foi possível encontrar diferenças entre pelo menos dois dos grupos. Destas, destaca-se a *Reatividade emocional*, que apresentou diferença do Grupo Pesquisa em relação aos outros dois grupos (GC 1 e GC 2), que por sua vez não se mostraram diferentes entre si. As variáveis *Ansiedade/ depressão*, *Problemas de atenção*, *Problemas de ansiedade*, *Problemas de déficit de atenção/ hiperatividade* e *Problemas de oposição e desafio* diferenciaram o Grupo Pesquisa do GC 2, mas não diferenciaram do GC 1.

Tabela 4: Comparações pareadas entre os grupos

(Continua)

Variável	Grupo	Grupos pareados	Diferença média (significante até o nível de 5%)	Erro padrão	Valor p	Intervalo de confiança 95%	
						Limite Inferior	Limite Superior
Escalas-síndromes do CBCL/1.5-5							
Reatividade emocional	GP	GC 1	7,935	2,357	0,003	2,218	13,653
		GC 2	12,199	1,705	0,000	8,065	12,334
	GC 1	GP	-7,935	2,357	0,003	-13,653	-2,218
		GC 2	4,264	2,322	0,193	-1,368	9,896
	GC 2	GP	-12,199	1,705	0,000	-16,334	-8,065
		GC 1	-4,264	2,322	0,193	-9,896	1,368
Ansiedade/ Depressão	GP	GC 1	2,304	2,191	0,650	-3,011	7,618
		GC 2	4,871	1,584	0,008	1,028	8,714
	GC 1	GP	-2,304	2,191	0,650	-7,618	3,011
		GC 2	2,568	2,158	0,556	-2,668	7,803
	GC 2	GP	-4,871	1,584	0,008	-8,714	-1,028
		GC 1	-2,568	2,158	0,556	-7,803	2,668
Queixas somáticas	GP	GC 1	0,797	2,444	0,983	-5,132	6,727
		GC 2	4,162	1,768	0,060	-0,126	8,451
	GC 1	GP	-0,797	2,444	0,983	-6,727	5,132
		GC 2	3,365	2,408	0,418	-2,476	9,207
	GC 2	GP	-4,162	1,768	0,060	-8,451	0,126
		GC 1	-3,365	2,408	0,418	-9,207	2,476
Retraimento	GP	GC 1	8,300	2,579	0,005	2,043	14,558
		GC 2	18,924	1,865	0,000	14,399	23,449
	GC 1	GP	-8,300	2,579	0,005	-14,558	-2,043
		GC 2	10,623	2,541	0,000	4,459	16,787
	GC 2	GP	-18,924	1,865	0,000	-23,449	-14,399
		GC 1	-10,623	2,541	0,000	-16,787	-4,459

Tabela 4: Comparações pareadas entre os grupos

(Continua)

(Continua)							
Problemas com o sono	GP	GC 1	-1,786	2,583	0,868	-8,053	4,480
		GC 2	4,141	1,868	0,084	-0,390	8,480
	GC 1	GP	1,786	2,583	0,868	-4,480	8,053
		GC 2	5,928	2,545	0,064	-0,246	12,101
	GC 2	GP	-4,141	1,868	0,084	-8,673	0,390
		GC 1	-5,925	2,545	0,064	-12,101	0,246
Problemas de atenção	GP	GC 1	2,384	2,289	0,668	-3,205	7,901
		GC 2	7,557	1,655	0,000	3,541	11,572
	GC 1	GP	-2,348	2,289	0,668	-7,901	3,205
		GC 2	5,209	2,255	0,067	-0,261	10,679
	GC 2	GP	-7,557	1,655	0,000	-11,527	-3,541
		GC 1	-5,209	2,255	0,067	-10,679	0,261
Comportamento agressivo	GP	GC 1	-2,573	2,469	0,656	-8,561	3,415
		GC 2	5,276	1,785	0,011	0,945	9,606
	GC 1	GP	2,573	2,469	0,656	-3,415	8,561
		GC 2	7,848	2,432	0,005	1,949	13,748
	GC 2	GP	-5,276	1,785	0,011	-9,606	-0,945
		GC 1	-7,848	2,432	0,005	-13,748	-1,949
Escala-síndromes orientadas pelo DSM no CBCL/1.5-5							
Problemas afetivos	GP	GC 1	1,650	2,494	0,882	-4,401	7,701
		GC 2	7,927	1,804	0,000	3,551	12,303
	GC 1	GP	-1,650	2,494	0,882	-7,701	4,401
		GC 2	6,276	2,457	0,036	0,316	12,237
	GC 2	GP	-7,927	1,804	0,000	-12,303	-3,551
		GC 1	-6,276	2,457	0,036	-12,237	-0,316
Problemas de ansiedade	GP	GC 1	3,661	2,470	0,367	-2,330	9,651
		GC 2	6,596	1,786	0,001	2,264	10,928
	GC 1	GP	-3,661	2,470	0,367	-9,651	2,330
		GC 2	2,935	2,433	0,544	-2,966	8,836
	GC 2	GP	-6,596	1,786	0,001	-10,928	-2,264
		GC 1	-2,935	2,433	0,544	-8,836	2,966
Problemas invasivos do desenvolvimento	GP	GC 1	12,292	2,475	0,000	6,289	18,294
		GC 2	20,617	1,790	0,000	16,276	24,958
	GC 1	GP	-12,292	2,475	0,000	-18,294	-6,289
		GC 2	8,325	2,438	0,003	2,412	14,239
	GC 2	GP	-20,617	1,790	0,000	-24,958	-16,276
		GC 1	-8,325	2,438	0,003	-14,239	-2,412

(Continuação)

Tabela 4: Comparações pareadas entre os grupos

(Conclusão)

Problemas de déficit de atenção/hiperatividade	GP	GC 1	-0,169	2,456	1,000	-6,126	5,789
		GC 2	5,350	1,776	0,010	1,041	9,658
	GC 1	GP	0,169	2,456	1,000	-5,789	6,126
		GC 2	5,518	2,419	0,072	-0,350	11,387
	GC 2	GP	-5,350	1,776	0,010	-9,658	-1,041
		GC 1	-5,518	2,419	0,072	-11,387	0,350
Problemas de oposição e desafio	GP	GC 1	-1,509	1,925	0,820	-6,177	3,160
		GC 2	3,429	1,392	0,045	0,053	6,805
	GC 1	GP	1,509	1,925	0,820	-3,160	6,177
		GC 2	4,938	1,896	0,031	0,339	9,537
	GC 2	GP	-3,429	1,392	0,045	-6,805	-0,053
		GC 1	-4,938	1,896	0,031	-9,537	-0,339

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

4.2 TEA v. TDAH

A ANOVA (Tabela 3) e a análise post hoc com as comparações pareadas entre os grupos (Tabela 4) mostraram diferenças significativas nas variáveis *Reatividade emocional* ($p=0,003$), *Retraimento* ($p=0,005$) e *Problemas invasivos do desenvolvimento* ($p=0,000$), quando comparados o GP (TEA) e o GC 1 (TDAH).

Na análise de regressão logística com odds ratio (OR), observada na Tabela 5, quando comparados TEA v. TDAH as variáveis preditoras *Reatividade emocional* ($p=0,010$), *Retraimento* ($p=0,024$), *Comportamento agressivo* ($p=0,013$) e *Problemas invasivos do desenvolvimento* ($p=0,000$) se mostraram significativas na comparação entre os grupos GP e GC 1.

4.3 TEA v. DT

A ANOVA (Tabela 3) e a análise post-hoc com as comparações pareadas entre os grupos (Tabela 4) mostraram diferenças significativas nas variáveis *Reatividade emocional* ($p=0,000$), *Ansiedade/ depressão* ($p=0,008$), *Retraimento* ($p=0,000$), *Problemas de atenção* ($p=0,000$), *Comportamento agressivo* ($p=0,011$), *Problemas afetivos* ($p=0,000$), *Problemas de ansiedade* ($p=0,001$), *Problemas invasivos do desenvolvimento* ($p=0,000$), *Problemas de déficit de atenção/ hiperatividade* ($p=0,010$) e *Problemas de oposição e desafio* ($p=0,045$), quando comparados o GP (TEA) e o GC 2 (DT).

Na análise de regressão logística com odds ratio (OR), observada na Tabela 5, quando comparados TEA v. DT as variáveis preditoras *Reatividade emocional* ($p=0,022$), *Retraimento* ($p=0,001$) e *Problemas invasivos do desenvolvimento* ($p=0,000$) se mostraram significativas na comparação entre os grupos GP e GC 2.

Logo, a partir das análises post hoc observadas na Tabela 4 e confirmadas na regressão logística com OR na Tabela 5, as escalas-síndromes *Reatividade emocional* e *Retraimento* do CBCL/ 1.5-5 e a escala *Problemas invasivos do desenvolvimento* orientada pelo DSM no CBCL/ 1.5-5 foram as escalas que se mostraram diferentes entre o grupo GP (TEA) e os dois grupos controle, GC 1 (TDAH) e GC 2 (DT).

Tabela 5: Análise de regressão logística com odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%

(Continua)

TEA v. TDAH					TEA v. DT			
Variável	Valor p	OR	IC inferior	IC superior	Valor p	OR	IC inferior	IC superior
Escalas-síndromes do CBCL/1.5-5								
Reatividade emocional	0,010	1,218	1,047	1,416	0,022	1,349	1,045	1,742
Ansiedade/ Depressão	0,642	0,967	0,840	1,113	0,148	0,825	0,636	1,070
Queixas somáticas	0,474	1,036	0,941	1,141	0,290	1,083	0,935	1,254
Retraimento	0,024	1,101	1,013	1,197	0,001	1,536	1,189	1,985
Problemas com o sono	0,316	0,946	0,849	1,054	0,258	0,878	0,701	1,100
Problemas de atenção	0,808	1,015	0,902	1,141	0,881	1,012	0,864	1,186
Comportamento agressivo	0,013	0,846	0,741	0,965	0,956	1,006	0,827	1,223

(Continuação)

Tabela 5: Análise de regressão logística com odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%

(Conclusão)								
Escalas-síndromes orientadas pelo DSM no CBCL/1.5-5								
Problemas afetivos	0,364	0,926	0,784	1,094	0,696	0,965	0,807	1,154
Problemas de ansiedade	0,495	1,047	0,918	1,194	0,384	0,922	0,768	1,107
Problemas invasivos do desenvolvimento	0,000	1,222	1,102	1,357	0,000	1,482	1,215	1,808
Problemas de déficit de atenção/ hiperatividade	0,500	0,960	0,852	1,081	0,524	0,954	0,826	1,102
Problemas de oposição e desafio	0,330	0,928	0,798	1,079	0,079	1,295	0,971	1,727

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

Como visto na Tabela 5, foram realizadas análises de regressão logística, tendo como desfecho a classificação TEA v. TDAH ou TEA v. DT. Para cada um dos pares de desfecho foram testados modelos tendo como preditores as 7 escalas-síndromes do CBCL/ 1.5-5 ou as 5 escalas orientadas pelo DSM no CBCL/ 1.5-5 em modelos completos, totalizando quatro análises de regressão independentes. Como as escalas foram consideradas como variáveis contínuas, foi verificada a linearidade de todas em relação aos respectivos desfechos e não foram observados desvios da linearidade. Todos os modelos mostraram bons ajustes.

4.4 ANÁLISE DA CURVA ROC

Como as escalas-síndromes *Reatividade emocional* e *Retraimento* do CBCL/ 1.5-5 e a escala *Problemas invasivos do desenvolvimento* orientada pelo DSM no CBCL/ 1.5-5 foram as que se mostraram diferentes entre o grupo GP (TEA) e os dois grupos controle, GC 1 (TDAH) e GC 2 (DT) na análise de regressão logística com OR (com $p < 0,05$), foi realizada a análise da Curva ROC para estimar os melhores pontos de corte dessas escalas.

A curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*) é uma técnica indicada para escolher pontos de corte mais adequados de um determinado teste. Portanto, essa curva

indica em um gráfico os diferentes pontos de corte do teste ou escore, segundo seus níveis de sensibilidade (eixo Y) e especificidade (eixo X) (MACHADO, 2013).

Vale lembrar que a sensibilidade é a capacidade de um teste identificar os verdadeiros positivos nos indivíduos verdadeiramente doentes; a especificidade é a capacidade de um teste identificar os verdadeiros negativos nos indivíduos verdadeiramente sadios; o valor preditivo positivo (VPP) é a proporção de indivíduos verdadeiramente positivos em relação aos identificados como positivos pelo teste e o valor preditivo negativo (VPN) é a proporção de indivíduos verdadeiramente negativos em relação aos identificados como negativos pelo teste (RODRIGUES, 2002).

O Gráfico 1, abaixo, mostra a curva ROC realizada para os resultados do GP (TEA) e GC 1 (TDAH).

Legenda: CB1-P01 = Reatividade emocional
 CB1-P04 = Retraimento
 CB3-P03 = Problemas invasivos do desenvolvimento
 Reference line = linha de referência

Gráfico 1: Curva ROC para *Reatividade emocional, Retraimento e Problemas Invasivos do Desenvolvimento*, realizada entre GP (TEA) e GC 1 (TDAH)

Fonte: Autoria Própria.

O Gráfico 2, abaixo, mostra a curva ROC realizada para os resultados do GP (TEA) e GC 2 (DT).

Diagonal segments are produced by ties.

Legenda: CB1-P01 = Reatividade emocional
 CB1-P04 = Retraimento
 CB3-P03 = Problemas invasivos do desenvolvimento
 Reference line = linha de referência

Gráfico 2: Curva ROC para *Reatividade emocional, Retraimento e Problemas Invasivos do Desenvolvimento*, realizada entre GP (TEA) e GC 2 (DT)

Fonte: Autoria Própria.

A área sob a curva (AUC) representa a acurácia do instrumento. De acordo com o critério de Sweet e Picket (1982) apud Muratori et al. (2011), a interpretação do valor da área sob a curva (AUC) segue geralmente a seguinte leitura: $AUC < 0,7$ sugere “baixa” acurácia, AUC de 0,7 a 0,9 sugere “moderada” acurácia e $AUC \geq 0,9$ sugere “alta” acurácia do teste. Os resultados referentes à área sob a curva estão na Tabela 6, a seguir.

Tabela 6: Área sob a Curva 1 (GP v. GC2) e Área sob a Curva 2 (GP v. GC1)

Área sob a Curva 1				Área sob a Curva 2		
GP v. GC 2				GP v. GC 1		
	Reatividade emocional	Retraimento	Problemas Invasivos do Desenvolvimento	Reatividade emocional	Retraimento	Problemas Invasivos do Desenvolvimento
AUC	0,876 (Moderada acurácia)	0,966 (Alta acurácia)	0,969 (Alta acurácia)	0,747 (Moderada acurácia)	0,779 (Moderada acurácia)	0,853 (Moderada acurácia)

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

As tabelas que indicam os pontos de corte com suas respectivas sensibilidades e especificidades estão nos Apêndices A e B.

Para a finalidade deste trabalho, foram escolhidos os pontos de corte que aumentam sensibilidade e especificidade em cada escala, o mesmo critério utilizado por Muratori et al. (2011)¹¹. A Tabela 7, abaixo, apresenta os índices de Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo e Valor Preditivo Negativo obtidos com os melhores pontos de corte para *Reatividade emocional*, *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* quando comparados os grupos GP (TEA) v. GC 2 (DT) e GP (TEA) v. GC 1 (TDAH).

Tabela 7: Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN) com os melhores pontos de corte para *Reatividade emocional*, *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* quando comparados os grupos GP (TEA) v. GC 2 (DT) e GP (TEA) v. GC 1 (TDAH)

GP v. GC 2				GP v. GC 1		
	Reatividade emocional (ponto de corte = 57)	Retraimento (ponto de corte = 58)	Problemas Invasivos do Desenvolvimento (ponto de corte = 64,5)	Reatividade emocional (ponto de corte = 57)	Retraimento (ponto de corte = 65)	Problemas Invasivos do Desenvolvimento (ponto de corte = 67)
Sensibilidade	0,85	0,87	0,91	0,85	0,74	0,85
Especificidade	0,82	0,89	0,96	0,70	0,70	0,70
VPP	0,83	0,89	0,95	0,85	0,83	0,85
VPN	0,84	0,87	0,91	0,70	0,57	0,70

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

A partir da análise da curva ROC, chegamos aos seguintes resultados:

As escalas *Reatividade emocional*, *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* do CBCL/ 1.5-5 apresentaram, neste estudo, boa capacidade de

¹¹ O critério utilizado foi o mesmo, porém os pontos de corte foram diferentes do estudo de Muratori et al. (2011), que serão discutidos na seção seguinte, item 5 Discussão.

identificação de crianças com TEA quando comparadas com outros dois grupos controle (crianças com TDAH e com desenvolvimento típico).

A análise da curva ROC indicou alta sensibilidade e especificidade para *Reatividade emocional* (85% e 82%), *Retraimento* (87% e 89%) e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* (91% e 96%) quando foram comparados o GP (TEA) e o GC 2 (DT). E, ainda, indicou índices menores de sensibilidade e especificidade para *Reatividade emocional* (85% e 70%), *Retraimento* (74% e 70%) e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* (85% e 70%) quando foram comparados o GP (TEA) e o GC 1 (TDAH).

5 DISCUSSÃO

5.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

Escalas que servem à finalidade de rastreamento podem ser utilizadas em ambientes de cuidados primários para detecção de crianças com chance aumentada para TEA e, também, para direcionar as famílias para uma avaliação mais aprofundada do quadro. As avaliações diagnósticas devem ser feitas por equipes multiprofissionais, que inclui além do médico, outros profissionais da área da saúde, como geneticistas, fonoaudiólogos, psicólogos etc. Além disso, para uma avaliação diagnóstica de TEA, alguns instrumentos têm sido utilizados em conjunto com os critérios diagnósticos do DSM, entre eles a ADOS e a ADI-R, como visto na seção 1 Introdução deste trabalho.

Em se tratando de rastreamento, que é o foco desta pesquisa, vale ressaltar o objetivo de reduzir a defasagem significativa entre a idade da primeira preocupação dos pais e a idade do primeiro diagnóstico de TEA, que é constantemente relatado na literatura, de acordo com Muratori et al. (2011).

Retomando nosso objetivo de investigar a sensibilidade do CBCL/ 1.5-5 para rastreamento de TEA, os resultados obtidos a partir das análises realizadas sugerem as seguintes considerações.

As escalas-síndromes *Reatividade emocional* e *Retraimento* do CBCL/ 1.5-5 e a escala *Problemas invasivos do desenvolvimento* orientada pelo DSM no CBCL/ 1.5-5 foram as escalas que se mostraram diferentes entre o grupo GP (TEA) e os dois grupos controle, GC 1 (TDAH) e GC 2 (DT) neste estudo.

O resultado que destaca as escalas *Retraimento* e *Problemas invasivos do desenvolvimento* como variáveis preditoras para TEA é consistente com outros estudos realizados na literatura, como os de Sikora et al. (2008), Ooi et al. (2010) e Muratori et al. (2011). De acordo com esses estudos, o escore significativo da escala-síndrome *Retraimento* é relatado como um padrão comportamental específico indicativo de autismo e que, por isso, deve ser considerada em pesquisas futuras como expressão de dificuldades sociais específicas para TEA – e não só como indicativo de transtornos afetivos ou do humor, como geralmente é utilizada.

Os resultados da presente pesquisa corroboram, assim, os excelentes resultados das escalas *Retraimento* e *Problemas invasivos do desenvolvimento* para rastreamento

de TEA. Além disso, traz como um novo resultado a escala *Reatividade emocional*: foi possível verificar a sua diferença quando comparados o grupo TEA e os outros dois grupos controle, TDAH e DT, embora não tenha apresentado diferença entre estes dois grupos, quando comparados entre si.

Na análise de regressão logística com OR, a escala *Retraimento* teve maior força de associação¹² quando foram comparados o GP (TEA) e o GC 2 (DT) (valor $p=0,001$, $OR=1,536$, 95% ICs [1,189, 1,985]) do que quando foram comparados o GP (TEA) e o GC 1 (TDAH) (valor $p=0,024$, $OR=1,101$, 95% ICs [1,013, 1,197]). A escala *Problemas invasivos do desenvolvimento* também apresentou maior força de associação quando foram comparados o GP (TEA) e o GC 2 (DT) (valor $p=0,000$, $OR=1,482$, 95% ICs [1,215, 1,808]) do que quando foram comparados o GP (TEA) e o GC 1 (TDAH) (valor $p=0,000$, $OR=1,222$, 95% ICs [1,102, 1,357]).

A análise da curva ROC indicou alta sensibilidade e especificidade para *Reatividade emocional* (85% e 82%), *Retraimento* (87% e 89%) e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* (91% e 96%) quando foram comparados o GP (TEA) e o GC 2 (DT). E, ainda, indicou índices menores de sensibilidade e especificidade para *Reatividade emocional* (85% e 70%), *Retraimento* (74% e 70%) e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* (85% e 70%) quando foram comparados o GP (TEA) e o GC 1 (TDAH).

Nota-se que os índices de especificidade diminuem quando se compara o GP e o GC 1. Lembrando que a sensibilidade é a capacidade de um teste identificar casos verdadeiros positivos, o CBCL/ 1.5-5 se mostrou capaz de identificar crianças com TEA como verdadeiras positivas. A baixa especificidade encontrada na comparação GP v. GC 1 não se configura necessariamente como um problema, visto que o CBCL/ 1.5-5 não se propõe a ser um instrumento diagnóstico. Se algumas crianças forem identificadas como falsos positivos para TEA, pode ser que não sejam falsos positivos a partir de um ponto de vista clínico (MURATORI et al., 2011), isto é, podem não ser do espectro autista, mas podem apresentar outros problemas clínicos que requerem também uma avaliação mais específica.

O objetivo em questão, aqui, trata da sua capacidade de rastreamento de TEA e, para isso, o CBCL/ 1.5-5 alcançou a sua finalidade, apresentando bons índices de sensibilidade, que estão de acordo com a literatura. Os resultados apresentados para as

¹² Vale ressaltar que, quando se fala em força de associação, neste caso, é considerando todo o resto constante.

escalas *Reatividade emocional*, *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* podem indicar ao pediatra ou psiquiatra um critério para solicitar uma avaliação mais específica para diagnóstico de TEA.

Os índices de sensibilidade e especificidade das escalas *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* apresentados pelo estudo de Muratori et al. (2011) indicaram sensibilidade igual a 89% e especificidade igual a 92% para *Retraimento* e sensibilidade igual a 85% e especificidade igual a 90% para *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* quando foram comparados o grupo com TEA e o grupo com desenvolvimento típico. E, ainda, sensibilidade igual a 89% e especificidade igual a 65% para *Retraimento* e sensibilidade igual a 85% e especificidade igual a 60% para *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* quando foram comparados o grupo com TEA e o grupo com outros transtornos psiquiátricos.

Devido à perspectiva de concretização de parceria com o grupo de pesquisa do Instituto Stella Maris (Universidade de Pisa) coordenado pelo Prof. Dr. Filippo Muratori, que inclui eventual tratamento conjunto de dados para fins de comparação, optou-se por realizar a análise a seguir com os pontos de corte do referido estudo de Muratori et al. (2011).

Como foi dito na seção anterior, o critério utilizado para escolher os pontos de corte deste estudo foi o mesmo critério utilizado por Muratori et al. (2011): o que aumenta sensibilidade e especificidade. No entanto, os pontos de corte foram diferentes nos dois estudos. Na pesquisa de Muratori et al. (2011), os pontos de corte foram os seguintes: na comparação entre o grupo de crianças com TEA e o grupo de crianças com desenvolvimento típico os pontos de corte foram 65 para *Retraimento* e 65 para *Problemas Invasivos do Desenvolvimento*. Na comparação entre o grupo de crianças com TEA e o grupo de crianças com outros transtornos psiquiátricos os pontos de corte foram 62 para *Retraimento* e 65 para *Problemas Invasivos do Desenvolvimento*¹³.

Adotando tais pontos de corte para os resultados desta pesquisa, chegou-se aos seguintes resultados da Tabela 8.

¹³ Foram consideradas as escalas *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* por serem as mesmas que se destacaram como melhores preditoras em ambos os estudos. A escala *Reatividade emocional* não apareceu no estudo de Muratori et al. (2011) como uma variável preditora significativa.

Tabela 8: Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN) com os pontos de corte de Muratori et al. (2011) para *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* quando comparados os grupos GP (TEA) v. GC 2 (DT) e GP (TEA) v. GC 1 (TDAH)

	GP v. GC 2		GP v. GC 1	
	Retraimento (ponto de corte = 65)	Problemas invasivos do desenvolvimento (ponto de corte = 65)	Retraimento (ponto de corte = 62)	Problemas invasivos do desenvolvimento (Ponto de corte = 65)
Sensibilidade	0,74	0,89	0,77	0,89
Especificidade	1,00	0,96	0,66	0,65
VPP	1,00	0,95	0,82	0,84
VPN	0,80	0,91	0,60	0,79

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

Pode-se atribuir a essa diferença dos pontos de corte as características culturais ou, ainda, as especificidades próprias ao estudo em tela: o número de crianças em cada grupo foi menor e um dos grupos foi composto apenas por crianças com TDAH, e não por crianças com outros transtornos psiquiátricos, como o realizado por Muratori et al. (2011). Porém, mesmo considerando essas diferenças culturais e próprias dos estudos, há que se ressaltar que os resultados encontrados na pesquisa em tela foram similares aos resultados a que chegaram Muratori et al. (2011).

Como as análises indicaram as escalas *Reatividade emocional*, *Retraimento*, *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* como boas preditoras para TEA, foi realizada uma correlação entre os resultados da CARS e essas três escalas do CBCL/ 1.5-5 e, também uma regressão linear a fim de verificar a força de associação e o gradiente biológico¹⁴. Os resultados apresentados na Tabela 9, a seguir, mostram a correlação entre a CARS e as três escalas do CBCL/ 1.5-5.

¹⁴ Gradiente biológico: este aspecto se refere à presença de uma curva dose-resposta. Observar uma frequência crescente de ocorrência de doença à medida que se aumenta a dose ou o nível da exposição reforça a hipótese de causalidade. Entretanto, a observação de um efeito dose-resposta pode ser devida completamente a algum viés (LUIZ; STRUCHINER, 2002).

Tabela 9: Correlação entre resultados da CARS e das escalas *Reatividade emocional*, *Retraimento*, *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* do CBCL/ 1.5-5

Escalas do CBCL/ 1.5-5	CARS	
<i>Reatividade emocional</i>	Correlação de Pearson	0,618
	Valor p	0,000
<i>Retraimento</i>	Correlação de Pearson	0,744
	Valor p	0,000
<i>Problemas invasivos do desenvolvimento</i>	Correlação de Pearson	0,793
	Valor p	0,000

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

Para esta correlação, as variáveis foram tratadas na forma contínua, tanto o desfecho da CARS, como as escalas do CBCL/ 1.5-5. Foram utilizadas todas as crianças da amostra, considerando os três grupos, GP, GC1 e GC2.

Verifica-se que há uma correlação para todas as escalas ($p < 0,001$). A escala *Reatividade emocional* apresentou $r = 0,62$, *Retraimento* apresentou $r = 0,74$ e *Problemas invasivos do desenvolvimento* apresentou correlação de $r = 0,79$.

Este tipo de análise traz duas informações: 1) há uma correlação positiva, isto é, conforme aumenta o valor da CARS aumenta o valor das escalas (o que podemos chamar de gradiente biológico); e 2) força da associação, segundo os parâmetros de Dancey e Reidy (2005) $r \geq 0,70$ indica uma correlação forte e entre $r = 0,40$ a $r = 0,69$ é moderada.

A Tabela 10, abaixo, apresenta a regressão linear entre os resultados da CARS e as três escalas do CBCL/ 1.5-5.

Tabela 10: Regressão linear entre resultados da CARS e das escalas *Reatividade emocional*, *Retraimento*, *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* do CBCL/ 1.5-5

Escalas do CBCL/ 1.5-5	B	Erro padrão	Valor p	IC95%	
				Inferior	Superior
<i>Reatividade emocional</i>	0,730	0,088	0,000	0,556	0,904
<i>Retraimento</i>	0,666	0,057	0,000	0,554	0,778
<i>Problemas invasivos do desenvolvimento</i>	0,693	0,050	0,000	0,593	0,793

Fonte: Pesquisa de campo - São Paulo-SP, 2015.

O valor de B explica os valores da CARS (Y) como decorrentes das escalas do CBCL/ 1.5-5 (X), por meio de um modelo matemático, em que o valor observado de Y e o teórico previsto há uma diferença, ou seja, um resíduo. Logo, os valores da Tabela 10 podem ser interpretados da seguinte maneira: a cada ponto ou unidade da escala *Reatividade emocional* há um aumento da resposta da CARS, isto é, há um incremento

médio de 0,730. Do mesmo modo, a cada ponto de *Retraimento* há um incremento médio de 0,666 e a cada ponto de *Problemas invasivos do desenvolvimento* há um incremento médio de 0,693.

Como visto na seção 1 Introdução, no Inventário dos Comportamentos de Crianças (Child Behavior Checklist – CBCL), cada escala de síndromes de problemas emocionais e comportamentais é composta por um conjunto de problemas/ questões que são respondidas pelos pais. Vejamos agora os itens/ questões do CBCL/ 1.5-5 que foram categorizados em cada escala-síndrome e em cada escala orientada pelo DSM.

Abaixo, seguem os quadros com a lista de comportamentos (questões) que compõem o inventário do CBCL preenchido pelos pais que, agrupados, compõem uma escala-síndrome. Por exemplo, a escala *Reatividade emocional* é composta pelos comportamentos presentes nas questões 21, 46, 51, 79, 82, 83, 92, 97 e 99.

Quadro 1: Questões que compõem as Escalas-Síndromes do CBCL/ 1.5-5

(Continua)

Reatividade emocional (Emotionally Reactive)	Ansiedade/ Depressão (Anxious/ Depressed)	Queixas Somáticas (Somatic Complaints)	Retraimento (Withdrawn)	Problemas com o Sono (Sleep Problems)	Problemas de Atenção (Attention Problems)	Comportamento Agressivo (Aggressive Behavior)
21. Fica perturbado(a) com qualquer mudança na rotina; 46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques); 51. Entra em pânico sem um bom motivo; 79. Muda rapidamente de tristeza para alegria; 82. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos; 83. Fica emburrado(a) facilmente; 92. Fica incomodado com pessoas ou situações novas; 97. Choramanga; 99. É preocupado(a).	10. Fica grudado nos adultos ou é muito dependente; 33. Fica magoado com facilidade; 37. Fica muito nervoso(a) quando separado(a) dos pais; 43. Parece infeliz sem um bom motivo; 47. É nervoso(a) ou tenso(a); 68. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar dele(a); 87. É muito medroso(a) ou ansioso(a); 90. É infeliz, triste ou deprimido(a).	1. Sente dores (sem causa médica, não incluir dor de estômago ou dor de cabeça); 7. Não suporta ter as coisas fora do lugar; 12. Tem prisão de ventre, intestino preso (mesmo quando não está doente); 19. Tem diarreia ou intestino solto (mesmo quando não está doente); 24. Não come bem; 39. Tem dores de cabeça (sem causa médica); 45. Tem náuseas, enjôo (sem causa médica); 52. Sente dores de barriga (sem causa médica); 78. Tem dores de estômago ou cólicas (sem causa médica);	2. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade; 4. Evita olhar os outros nos olhos; 23. Não responde quando pessoas falam com ele(a); 62. Recusa-se a brincar de jogos movimentados; 67. Parece não responder a afeto (carinho); 70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas; 71. Mostra pouco interesse pelas coisas ao seu redor; 98. Isola-se, não se relaciona com os outros.	22. Não quer dormir sozinho(a); 38. Tem dificuldades para pegar no sono; 48. Tem pesadelos; 64. Resiste a ir para a cama à noite; 74. Dorme menos do que a maioria das crianças durante o dia e/ ou noite; 84. Fala ou chora durante o sono; 94. Acorda frequentemente à noite.	5. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo; 6. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo; 56. É desajeitado(a), tem má coordenação motora; 59. Muda de uma atividade para outra rapidamente; 95. Foge.	8. Não suporta esperar; quer tudo imediatamente; 15. É desafiador(a); 16. Quer ter suas vontades atendidas na hora; 18. Destroía coisas de sua família ou de outras crianças; 20. É desobediente; 27. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal; 29. Fica frustrado com facilidade; 35. Mete-se em muitas brigas; 40. Bate nos outros; 42. Machuca animais ou pessoas em intenção; 44. É mal-humorado(a);

Quadro 1: Questões que compõem as Escalas-Síndromes do CBCL/ 1.5-5

(Continuação)

(Conclusão)

Reatividade emocional (<i>Emotionally Reactive</i>)	Ansiedade/ Depressão (<i>Anxious/ Depressed</i>)	Queixas Somáticas (<i>Somatic Complaints</i>)	Retraimento (<i>Withdrawn</i>)	Problemas com o Sono (<i>Sleep Problems</i>)	Problemas de Atenção (<i>Attention Problems</i>)	Comportamento Agressivo (<i>Aggressive Behavior</i>)
		86. É muito preocupado(a) com organização ou limpeza; 93. Vomita (sem causa médica).				53. Ataca fisicamente as pessoas; 58. Seu comportamento não muda com punição; 66. Grita muito; 69. É egoísta ou não divide; 81. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou fácil de se irritar; 85. Faz birra ou é esquentado(a); 88. Não é cooperativo(a); 96. Exige que prestem muita atenção nele(a).

Fonte: Autoria Própria.

Como o CBCL também apresenta uma lista de problemas orientados pelo DSM IV, seguem abaixo os comportamentos que compõem as escalas orientadas pelo DSM:

Quadro 2: Questões que compõem as escalas orientadas pelo DSM

(Continua)

Problemas Afetivos (<i>Affective Problems</i>)	Problemas de Ansiedade (<i>Anxiety Problems</i>)	Problemas Invasivos do Desenvolvimento (<i>Pervasive Developmental Problems</i>)	Problemas de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (<i>Attention Deficit/ Hyperactivity Problems</i>)	Problemas de oposição e desafio (<i>Oppositional Defiant Problems</i>)
13. Chora muito; 24. Não come bem; 38. Tem dificuldades para pegar no sono; 43. Parece infeliz sem um bom motivo; 49. Come demais; 50. Sente-se cansado(a) demais; 71. Mostra pouco interesse pelas coisas ao seu redor; 74. Dorme menos do que a maioria das crianças durante o dia e/ ou noite;	10. Fica grudado nos adultos ou é muito dependente; 22. Não quer dormir sozinho(a); 28. Não quer sair de casa; 32. Tem medo de certos animais, situações ou lugares; 37. Fica muito nervoso(a) quando separado(a) dos pais; 47. É nervoso(a) ou tenso(a); 48. Tem pesadelos;	3. Tem medo de tentar coisas novas; 4. Evita olhar os outros nos olhos; 7. Não suporta ter as coisas fora do lugar; 21. Fica perturbado(a) com qualquer mudança na rotina; 23. Não responde quando pessoas falam com ele(a); 25. Não se dá bem com outras crianças;	5. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo; 6. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo; 8. Não suporta esperar, quer tudo imediatamente; 16. Quer ter suas vontades atendidas na hora;	15. É desafiador(a); 20. É desobediente; 44. É mal-humorado(a); 81. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou fácil de se irritar; 85. Faz birra ou é esquentado(a); 88. Não é cooperativo(a).

<p style="text-align: right;">(Continuação)</p> <p style="text-align: center;">Quadro 2: Questões que compõem as escalas orientadas pelo DSM</p> <p style="text-align: right;">(Conclusão)</p>				
Problemas Afetivos (<i>Affective Problems</i>)	Problemas de Ansiedade (<i>Anxiety Problems</i>)	Problemas Invasivos do Desenvolvimento (<i>Pervasive Developmental Problems</i>)	Problemas de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (<i>Attention Deficit/ Hyperactivity Problems</i>)	Problemas de oposição e desafio (<i>Oppositional Defiant Problems</i>)
89. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia; 90. É infeliz, triste ou deprimido(a).	51. Entra em pânico sem um bom motivo; 87. É muito medroso(a) ou ansioso(a); 99. É preocupado(a).	63. Balança a cabeça ou o corpo repetidamente; 67. Parece não responder a afeto (carinho); 70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas; 76. Tem problemas de fala; 80. Tem comportamento estranho; 92. Fica incomodado com pessoas ou situações novas; 98. Isola-se, não se relaciona com os outros.	36. Mete-se em tudo; 59. Muda de uma atividade para outra rapidamente.	

Fonte: Autoria Própria.

Após observar os Quadros 1 e 2 e levando em consideração os resultados a que chegamos, que destacam as escalas *Reatividade emocional*, *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* como aquelas que se mostraram diferentes entre o grupo com TEA e os dois grupos controle (TDAH e DT), é possível problematizar se os comportamentos que compõem as escalas do CBCL têm sentido para os fatores que apontam.

Se notarmos os comportamentos que compõem cada escala acima, é fácil perceber que a maioria deles é esperada em um quadro de espectro autista, tais como os comportamentos listados nos itens: 4. Evita olhar os outros nos olhos, 21. Fica perturbado(a) com qualquer mudança na rotina, 25. Não se dá bem com outras crianças, 67. Parece não responder a afeto (carinho), 70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas, 76. Tem problemas de fala e 98. Isola-se, não se relaciona com os outros.

A escala *Problemas Invasivos do Desenvolvimento*, apesar de contemplar a maioria dos comportamentos referentes ao espectro autista, nos chama a atenção por apresentar apenas dois itens relativos à linguagem: a questão 23. Não responde quando pessoas falam com ele(a) e a questão 76. Tem problemas de fala. Tais itens são muito abrangentes e fazem parte de outros problemas e transtornos psiquiátricos e/ ou

fonoaudiológicos, tais como o Distúrbio Específico de Linguagem (DEL). Crianças com DEL têm dificuldade de expressar oralmente o que sentem ou pensam, tornando-se, algumas vezes, crianças retraídas ou agressivas. Os dois itens relativos à linguagem desta escala do CBCL deixam de contemplar, assim, aspectos importantes e fundamentais pertencentes ao espectro autista, que aparecem no DSM V no segundo item de comunicação e interação social: “déficits em comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, que vão desde comunicação verbal e não verbal mal integradas, passando por anormalidades no contato visual e na linguagem corporal, ou déficits de compreensão e uso da comunicação não verbal, até a total falta de expressão facial ou gestos”¹⁵. Os aspectos relativos à linguagem que se encontram comprometidos no espectro autista são heterogêneos e se manifestam de modo diferente em cada criança, mas é importante considerar que se trata de um comprometimento que não se restringe à fala, mas que envolve aspectos relacionados à interação social. Para Grzadzinski, Huerta e Lord (2013), o atraso na fala não configura um sintoma específico de TEA.

Vale ressaltar que a avaliação oriunda dos instrumentos é sempre complementar à observação e à experiência clínica. Os instrumentos não capturam a complexidade dos casos e nem a manifestação do espectro em cada criança, de modo que uma análise qualitativa e, muitas vezes, interdisciplinar se faz necessária para mostrar competências e habilidades não reveladas pelos instrumentos.

Podemos questionar em que medida os instrumentos estandardizados conseguem traçar um perfil fidedigno das habilidades de uma criança autista, pois, como todo instrumento, tem suas limitações conceituais e metodológicas. É preciso levar em conta que sua utilização cega não permite uma avaliação mais abrangente das competências e das habilidades da criança. Em se tratando de detecção de autismo, é indispensável que os resultados de tais instrumentos sejam associados à experiência e à sensibilidade clínica, assim como a outros instrumentos de identificação e diagnóstico de autismo.

Retomando a proposição de Lampreia (2003), é válido ressaltar que estes instrumentos, aliados a uma análise mais qualitativa do desempenho de crianças autistas, permitem o estabelecimento de um quadro avaliativo mais amplo e, portanto, mais fidedigno. Nada é capaz de substituir nem a experiência e a sensibilidade do

¹⁵ As citações do DSM foram retiradas da home page da American Psychiatric Association: <http://www.dsm5.org>. As traduções foram feitas pela autora.

clínico/avaliador nem a análise acurada do tipo de dado fornecido por um instrumento de avaliação.

Voltando agora nossa atenção apenas para os comportamentos que compõem as escalas *Retraimento* e *Problemas invasivos do desenvolvimento*, que são as questões 2, 3, 4, 7, 21, 23, 25, 62, 63, 67, 70, 71, 76 80, 92, 98, vemos que alguns comportamentos se repetem em ambas as escalas. Isso se deve à proximidade do que essas escalas pretendem indicar, que são os comportamentos referentes às dificuldades de interação social, à comunicação e aos padrões repetitivos e estereotipados de comportamento, características que configuram um quadro de TEA.

Como, em nossas análises, tais escalas foram as que se mostraram diferentes entre o grupo TEA e os outros dois grupos controle (TDAH e DT), foi realizada uma análise de correlação de Spearman entre esses comportamentos/ questões citados acima e cada item da CARS, a fim de observar se essas questões são tão específicas para autismo quanto os itens da CARS, uma escala considerada padrão ouro para identificação de TEA (ver Apêndice C).

Os resultados indicaram que todos os índices de correlação entre as questões do CBCL/ 1.5-5 que compõem as escalas *Retraimento* e *Problemas invasivos do desenvolvimento* e todos os itens da CARS foram significativos, quando correlacionados um a um. Com uma única exceção, que se refere à questão 7. Não suporta ter as coisas fora do lugar.

Tal análise de correlação de Spearman não responde diretamente aos objetivos desta tese, mas foi um dos achados importantes que vale à pena ser considerado, uma vez que estamos investigando o potencial uso do CBCL/ 1.5-5 para rastreamento de TEA.

Desse modo, pode-se afirmar que as análises realizadas neste estudo chegaram a resultados que corroboram com outros achados na literatura sobre o estudo do uso do CBCL/ 1.5-5 para identificação de TEA, como os de Sikora et al. (2008), Ooi et al. (2010) e Muratori et al. (2011) e, assim, confirmam o potencial uso desse instrumento para rastreamento de TEA.

5.2 DISCUSSÃO DE CASOS

A discussão de casos que se segue não pretende ser um estudo de caso no sentido clínico, uma vez que em nenhum momento aconteceu uma intervenção clínica. Utilizamo-nos dos relatos obtidos a partir da aplicação dos instrumentos CARS e

CBCL/ 1.5-5 a fim de ressaltar aspectos singularidades do desenvolvimento de cada criança.

Sustentados pelo suporte teórico psicanalítico, estabelecemos como eixos de análise os quatro eixos teóricos extraídos da AP3, já descritos na seção 3.6 Análise de discussão de casos, que são: o brincar e a fantasia; o corpo e sua imagem; manifestação diante das normas e posição frente à lei; a fala e a posição na linguagem. O fio condutor que permeia as análises é marcado pelos elementos que compõem os lugares e as relações que possibilitam a emergência do sujeito psíquico.

Dessa forma, foram escolhidas quatro crianças¹⁶, duas com diagnóstico de TEA e duas pré escolares com desenvolvimento típico:

- Antônio: uma criança com TEA, avaliada aos 4 anos, pertencente ao Grupo Pesquisa;
- Alice: uma criança com TEA, avaliada aos 3 anos, pertencente ao Grupo Pesquisa;
- Heitor: uma criança com desenvolvimento típico, avaliada aos 5 anos, pertencente ao Grupo Controle 2;
- Clarice: uma criança com desenvolvimento típico, avaliada aos 5 anos, pertencente ao Grupo Controle 2.

No Quadro 3, a seguir, podemos visualizar a pontuação dessas crianças no CBCL/ 1.5-5 e na CARS:

Quadro 3: Pontuação das crianças no CBCL/ 1.5-5 e na CARS

Nome da criança	GRUPO	CARS	CBCL/1.5-5
Antônio	GP	33 (autismo leve-moderado)	<i>Reatividade emocional Problemas invasivos do desenvolvimento Problemas de déficit de atenção/ hiperatividade</i>
Alice	GP	41 (autismo grave)	<i>Retraimento Problemas invasivos do desenvolvimento</i>
Heitor	GC 2	17 (sem autismo)	Ausência de sintomas clínicos
Clarice	GC 2	17 (sem autismo)	Ausência de sintomas clínicos

Fonte: Autoria Própria.

5.2.1 Antônio: “curioso, gosta de explorar os ambientes”

Antônio (4 anos) é o filho do meio de uma família com três crianças. Foi amamentado até 1 ano e 9 meses de idade, período em que a mãe já percebia que ele se

¹⁶ Os nomes aqui citados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes.

incomodava quando tinha muita gente em casa. Rosa, sua mãe, conta que desde os primeiros 4 meses já percebia que o filho não sorria muito, ficava incomodado com barulhos altos e muito irritado quando a mãe recebia visitas em casa. Muitas vezes, ela tinha que levá-lo para o quarto, para que ele se acalmasse.

Quando Antônio estava com 2 anos, Rosa percebeu que ele parou de falar as poucas palavras que havia aprendido, como “mamã”, “papá”, “dá”. A maneira como brincava também chamou a atenção de sua mãe: era capaz de passar horas enfileirando brinquedos, como carrinhos e blocos coloridos. Além disso, “não interagiu como as outras crianças”.

Aos 3 anos, a pediatra de Antônio foi a primeira pessoa a falar em hipótese diagnóstica de autismo, o que a fez encaminhá-lo para um CAPSi. Lá, Antônio começou um trabalho de avaliação interdisciplinar (com psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional) e, paralelamente, foi encaminhado para uma ONG de tratamento para crianças autistas, onde começou a participar de terapia de grupo e a fazer sessões de fonoaudiologia. Ao mesmo tempo, também foi encaminhado para um centro de referência em diagnóstico de autismo (lugar onde foi realizada esta avaliação), onde foi avaliado por outra equipe interdisciplinar (com neurologista, psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo), que confirmou a hipótese inicial de sua pediatra.

Uma vez diagnosticado, Antônio se inseriu em intervenções terapêuticas diversas tanto no CAPSi como na ONG, que incluiu sessões com fonoaudiólogo, grupos terapêuticos, método ABA. No momento em que Antônio foi avaliado, já fazia tais tratamentos. Logo, pode-se dizer que, neste caso, há efeitos das intervenções terapêuticas em seu comportamento.

Antônio é falado por sua mãe como uma criança que “é o clone do pai”, “é a cara dele, até o andar é igual!”. Há um lugar de sujeito destinado a essa criança no cenário familiar e, também, uma filiação¹⁷ quando se fala de algumas características suas – é parecido com o pai. Além disso, Rosa sabe contar vários detalhes da história do filho, desde o nascimento, as mudanças que observou nos seus primeiros meses de vida e o que a levou a indagar-se se havia algo de diferente com ele.

¹⁷ Filiação no sentido de que há um lugar construído para a criança nessa família. E lugar, no sentido psicanalítico, refere-se a uma dimensão metafórica, como ressalta Bernardino (2006, p. 26-27): “não se trata somente de ter um quarto, um berço ou um nome, mas de ocupar uma posição subjetiva, de fazer uma diferença com sua chegada, de modificar as posições familiares estabelecidas até então”. É um ser que entra na família para dar seguimento a uma história de várias gerações. Em outros termos, trata-se de, além de uma herança genética, uma herança simbólica, pois se refere à transmissão de histórias familiares, de aspectos culturais, linguísticos e tradicionais de uma comunidade em particular. Desta combinatória se constituirá a subjetividade da criança.

Não se percebe no discurso de Rosa sintomas de rejeição em relação a Antônio, pelo contrário, ela reconhece vários aspectos positivos no filho, fala dele como uma criança que “tem suas limitações, não tem noção do perigo, nem do tempo”, mas que é “muito carinhoso, curioso, gosta de explorar os ambientes”. Rosa diz que se sente sobrecarregada com todas as atividades e demandas do filho, mas isso não a impede de apostar nele como um sujeito, que tem “as suas vontades e desejos e que sabe dizer o que quer e o que não quer”. Ela conta que, quando contrariado, Antônio se irrita, joga no chão tudo o que vê pela frente; e, ao contrário, quando está satisfeito com algo, a abraça, grita, sorri.

Antônio fala poucas palavras, quando brinca de chutar a bola, por exemplo, chega a gritar “gol!”, mas tem dificuldades em compor frases. Consegue falar apenas frases curtas, como “tô com fome”, “vamo comer” (sic). Tem autonomia para escovar os dentes, fazer o seu café (faz um chocolate e um pão), avisar quando precisa ir ao banheiro, se arrumar para dormir (pega o seu cobertor e deita na cama sozinho). Mas a mãe ainda ajuda com atividades relacionadas à higiene. É seletivo para comer, gosta de comer macarrão, arroz, feijão e carne.

A mãe entende bem o que ele quer, sabe reconhecer os seus pedidos, “sei quando ele quer trocar de roupa, quando está com dor, quando está com fome”. Ela diz que indaga sempre o filho com frases do tipo “o que você quer, Antônio, diga!”, e que o estimula a falar tanto com ela como com outras pessoas. Rosa toma para si a maior parte dos cuidados com o filho, ela conta que o pai está sempre “cansado e não dá muita atenção para ele”.

Apesar das dificuldades, nota-se que a mãe de Antônio não deixa de apostar no filho, nas suas mudanças, nos efeitos dos seus tratamentos. Ela sorri quando conta de seus avanços, comparece com assiduidade aos locais de tratamento do filho, participa quando é convocada, estimula o filho em casa e acompanha os seus resultados dia a dia.

Antônio aceita bem a aproximação de outras pessoas, não se irrita ou se angustia com a proximidade de desconhecidos. O seu brincar apresenta sintomas autísticos, tais como a repetição e o interesse restrito por alguns objetos e uma pobreza na expressão simbólica, que é possível observar através da maneira como Antônio manuseia os objetos: ele consegue pegar alguns bonecos e esboçar uma cena em que estão passeando, mas não constrói uma história a partir disso. Ele enfileira carrinhos, bonecos, blocos de montar. Sabe identificar os animais de brinquedo, imitando alguns sons, como os de cachorro e vaca. O seu brincar revela uma expressão de uma posição

típica do autista, pois parece mais colado à mecânica dos objetos, do que às possibilidades de criação que eles proporcionam, isto é, não há criação de enredo, de cenário, de faz de conta, apenas uma exploração dos objetos.

Podemos demarcar aí uma diferença no uso dos objetos entre crianças autistas e crianças com desenvolvimento típico. Em crianças típicas podemos ver que as primeiras explorações dos objetos pela criança situam-na em um momento de separação eu-outro. O que representa, para Winnicott (1971/1975), o *objeto transicional*.

Para entender esse conceito, é preciso nos remeter aos meses que sucedem o parto, quando se considera que a criança vive uma ilusão de unidade com a mãe. Nesse primeiro momento, a criança se sentiria como parte de sua mãe. Em um segundo momento, porém, será necessário romper com essa ilusão, para que a criança possa, aos poucos, separar-se afetivamente de sua mãe e relacionar-se com outras pessoas. Esse momento de transição entre a ilusão de completude e a separação eu-outro (mãe-bebê) terá como marca um objeto, escolhido ao acaso pela criança, que Winnicott (1971/1975) chamará de *objeto transicional*. Esse objeto funciona como um suporte físico que simboliza, para a criança, a presença de sua mãe. Winnicott (1971/1975) chega a afirmar que o fato de ele não ser a mãe é tão importante quanto o fato de representá-la. Em outros termos, o *objeto transicional* é um suporte que possibilita à criança separar-se de sua mãe de forma saudável, investindo no mundo externo e, aos poucos, brincar, fantasiar, criar, fazendo outros usos desse objeto que no início funcionava apenas como um suporte – tal como um paninho que pode ser inicialmente utilizado como *objeto transicional* pela criança, mas que pode, aos poucos, tornar-se outros objetos, como uma capa, uma roupa, um cobertor, na brincadeira, no faz de conta. Ou ainda, quando a criança se desprende de seu *objeto transicional*, pode investir em outros, de forma criativa.

A teoria de Winnicott (1971/1975) sobre os *objetos transicionais* é marcada por outro conceito, o de *mãe suficientemente boa*, que seria a personagem responsável por criar as condições de ilusão e de desilusão. É preciso que, num primeiro momento, a mãe (ou o cuidador que a substitua) propicie ao bebê a oportunidade de que os cuidados oferecidos correspondam exatamente às suas necessidades, e nisso consiste a ilusão: “a mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 26).

Desde o nascimento, portanto, o bebê está envolvido com o problema da relação entre o que é objetivamente percebido por ele e aquilo que é subjetivamente concebido.

Essa área intermediária seria um momento propício para a ilusão. Não se pode conceber, de acordo com Winnicott (1971/1975), que o bebê saiba desde o início o que deve ser criado. A mãe apresenta o seio ao bebê em seu impulso potencial de alimentá-lo. “A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a *ilusão* de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 27). Assim, pode-se dizer que há uma correspondência entre o que a mãe supre e o que a criança pode criar. O *objeto transicional* está situado nessa correspondência, nessa área de transição, como o seu nome já anuncia. Para Winnicott (1971/1975, p. 28):

Do objeto transicional pode-se dizer que se trata de uma questão de concordância, entre nós e o bebê, de que nunca formulemos a pergunta: ‘Você concebeu isso ou lhe foi apresentado a partir do exterior?’. O importante é que não se espere decisão alguma sobre esse ponto. A pergunta não é para ser formulada.

Após propiciar a oportunidade para a ilusão, a principal tarefa da mãe seria propiciar a desilusão, que seria um momento marcado pela frustração, em que o desmame é o principal expoente. Se tudo corre bem no processo ilusão-desilusão, “o bebê pode vir a lucrar com a experiência da frustração”, como ressalta Winnicott (1971/1975, p. 25). A *mãe suficientemente boa* começa com uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê e, à medida que o tempo passa, vai se adaptando cada vez menos, de modo gradativo. É aí que o bebê desenvolveria sua capacidade de tolerar a frustração, de não ter o seio e nem a presença de sua mãe sempre e à hora em que necessitar. Surge, nesse momento, as suas primeiras experiências com o mundo externo e a sua capacidade de simbolizar. O *objeto transicional* entraria, nesse momento, como uma primeira possessão “não-eu” da criança. Trata-se de uma área intermediária, é uma experiência que possibilita à criança a capacidade de criar. Para o autor, é uma área intermediária entre a “realidade psíquica interna” e o “mundo externo”, que na criança é ocupada pelo brincar e que, mais tarde, na fase adulta, seria substituída pela criação artística, pelo sentimento religioso e pelos sonhos.

Essa fase de transição nos lembra a fase do narcisismo primário, que foi descrita por Freud (1914b/1996) em seu ensaio intitulado *Sobre o narcisismo: uma introdução*. O narcisismo primário seria marcado por um investimento da libido no próprio corpo da criança (autoerotismo) e, também, por uma revivescência do narcisismo dos pais, que vêem a criança com perfeição, como “*Sua Majestade, o Bebê*”. O narcisismo seria uma

fase intermediária necessária entre o autoerotismo e o *amor objetal*, que seria marcado por um investimento libidinal nos objetos, o que foi chamado por Freud (1914b/1996) de *amor objetal*. Se, num primeiro momento, a criança tem as suas primeiras experiências de satisfação com o seu próprio corpo, num segundo momento, ela irá escolher outros objetos para investir sua libido. Os primeiros objetos de amor de uma criança são as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção, isto é, sua mãe ou quem quer que a substitua. Esse segundo momento caracteriza o *amor objetal*, quando a criança já diferencia eu-outro e consegue investir no outro como alguém diferente dela. Retomando o conceito de *objetos transicionais* proposto por Winnicott (1971/1975), podemos afirmar que ele entraria nesse momento de transição, quando a criança se descola de uma ilusão de completude com sua mãe e começa a investir nos outros e no mundo externo como objetos que são diferentes dela.

E para as crianças autistas, como funcionariam os objetos? Frances Tustin, psicanalista inglesa, que trabalhou mais de trinta anos junto a crianças autistas, chegou a identificá-los como *objetos autísticos*.

Tustin (1990) retoma a teoria freudiana sobre o narcisismo para dizer que há evidências de que o autismo poderia estar situado em uma fase pré narcisística, isto é, na fase autoerótica. De modo que, o autismo não estaria associado ao narcisismo, uma vez que a criança não tem o senso de que seria um “eu” diferente do “outro”. Logo, a sua relação objetal é diferente da que é realizada por uma criança com desenvolvimento típico. Para a autora, é como se a criança autista ficasse presa, desde os primeiros meses, em uma condição autoerótica. Consequentemente, não desenvolveria sua fase de *amor objetal*, já anunciada por Freud (1914b/1996).

Para Tustin (1990, p. 49), o funcionamento da criança autista é muito diferente, pois:

ela está em um mundo dominado pelas sensações no qual ela procura mais as *sensações* do que os objetos como tais. Ela não responde às pessoas como pessoas, mas principalmente em termos das sensações que elas provocam. Ela está em um estado primitivo de busca de correspondência, em termos de sensação, do mundo exterior que coincidam com seus padrões inatos.

Tustin (1990) ressalta que para a criança autista, os *objetos autísticos* são dominados por sensações que impedem o seu desenvolvimento mental e emocional. A autora retoma a formulação winnicottiana sobre os *objetos transicionais*, para afirmar que estes propiciam uma criação e um desenvolvimento da fantasia, enquanto os *objetos*

autísticos funcionariam como uma barreira (e não como uma ponte) para a realidade externa. “Elas [as crianças autistas] bloqueiam a percepção de uma realidade que pode ser compartilhada com outros seres humanos em sua cultura” (TUSTIN, 1990, p. 92).

Para a autora, “uma característica importante dos *objetos autísticos* é que eles não são usados em termos da função para a qual eles foram planejados. Antes, eles são usados de forma idiossincrática para cada criança” (TUSTIN, 1990, p. 86).

Sendo assim, em vez de empurrar um carrinho no chão, a criança autista apenas o carrega, aperta em suas mãos, como se ele tivesse propriedades mágicas de protegê-la do perigo. De um ponto de vista realístico, parece sem sentido usá-lo dessa maneira; do ponto de vista da criança, apertar o carrinho em sua mão é absolutamente essencial.

Para as crianças autistas, os brinquedos não são usados em suas funções de brinquedos. Como afirma Tustin (1990, p. 86):

Há uma qualidade de ‘faz-de-conta’ no jogo da fantasia e uma percepção de separação física do objeto que inexiste no uso pela criança autista de seus objetos autistas. Eles têm uma qualidade bizarra e ritualística e a criança tem uma preocupação rigidamente intensa com eles, que não é um aspecto do jogo da fantasia. Os objetos que algumas crianças autistas giram obsessivamente têm uma qualidade semelhante.

A definição de *objetos autísticos* de Tustin (1990) sugere que o corpo da criança parece estar fundido ao objeto, de modo que este não possui o status de objeto no sentido comum do termo. À diferença dos *objetos transicionais* de Winnicott (1971/1975) que já indicam uma diferenciação entre “eu” e “outro” (uma possessão não-eu), os *objetos autísticos* não apontam uma separação eu-outro. Pelo contrário, eles apontam uma colagem do corpo da criança com o objeto, funcionando como “possessões-eu”, segundo Tustin (1990). Para ela, esses objetos não são sociáveis e não carregam em si a possibilidade de representação (eles não representam a mãe, mas são considerados como parte/pedaços dela), como são os objetos transicionais. Para uma criança autista, a realidade exterior e tudo o que se refere ao “não-eu” pode ser estranho e assustador, o que a leva a focar sua atenção nos objetos, amuletos contra a perigosa realidade externa. O uso constante de *objetos autísticos* significaria que a criança tem pouca possibilidade de aprender a tolerar a frustração. Uma possibilidade de intervenção com a criança autista pela via do brincar deve certamente levar em consideração o uso dos objetos e a sua peculiar maneira de interagir com eles e através deles.

O brincar de Antônio é marcado por características tais como as descritas acima por Tustin (1990). Em vez de construir cenas em que é possível ver o faz de conta,

Antônio é capaz de ficar muito tempo enfileirando brinquedos e de separá-los por suas cores ou por outras categorias (separar bonecos de animais, por exemplo). Em vez de criação e faz de conta, há repetição mecânica de rituais. É como afirma Jerusalinsky (2008) acerca do brincar característico da criança autista: em casos de uma ausência de produção imaginária, o jogo da criança pode parecer colado à mecânica dos objetos, pode não ter referência ao faz de conta (posição típica do autista).

A construção da imagem corporal de Antônio não é unificada, isto é, não há um reconhecimento de si como uma imagem integrada, ele reconhece partes do corpo no espelho, identifica barriga, pés, cabeça, mãos e boca, mas não compõe uma única imagem a partir dessas partes fragmentadas. Não usa fraldas e avisa quando quer ir ao banheiro, de forma que há controle esfinteriano. Apesar disso, não há autonomia de hábitos de higiene, como tomar banho e se limpar após fazer as necessidades fisiológicas. Além disso, Antônio é seletivo para comer, ele se alimenta apenas com uma variedade muito reduzida de alimentos fixos, faltaria aí o que Jerusalinsky (2008, p. 132) chama de “princípio de substituíbilidade próprio da ordem simbólica”, caracterizando assim a formação de um sintoma clínico.

É válido lembrar que a imagem corporal da criança autista é marcada por um excesso de sensibilidade ou por “um mundo dominado pelas sensações”, como diria Tustin (1990, p. 49). A autora ressalta ainda que as crianças autistas não manifestam emoções associadas com sociabilidade, elas pouco diferenciam o que é interior e exterior e vivem em termos de superfícies e aparências superficiais. O retraimento apareceria como uma proteção contra o mundo exterior, a criança parece estar protegida pelo sentimento de estar encoberta por suas próprias sensações físicas, que seriam uma forma de proteção contra a desordem e a confusão da loucura. Não há um senso de separação eu-outro.

Como lembra Jerusalinsky (2008), o corpo da criança é um sistema de significações que são atribuídas a ela desde que nasce e que, aos poucos, lhe possibilita ver-se e reconhecer-se como uma imagem psíquica unificada. A discrepância na atividade, no movimento, na diferenciação estético-sexual, nas expressões de autorreconhecimento e a manifestação de inibições são demonstrativas da presença de sintomas clínicos.

Antônio tem dificuldades para obedecer a regras, tende a fazer apenas o que quer e o que gosta, mas quando sua mãe fala com ele, tende a obedecê-la mais do que ao pai. Quando contrariado, demonstra claramente sua insatisfação, chora, joga brinquedos no

chão e, quando não gosta de alguma brincadeira, ele diz “para!”. Jerusalinsky (2008) considera que as formações da lei são marcadas por atitudes como: observância de limites, restrição dos próprios impulsos em concordância com a situação, permeabilidade do sujeito à marcação de tempos e atividades (interiorização de regras). De modo geral, a falta ou a intermitência de tais atitudes podem ser demonstrativas da presença de sintomas clínicos.

Sua fala é marcada por dificuldades, não consegue formar frases com mais de quatro palavras, não consegue dizer “eu”, apresenta ecolalia. Fala algumas frases curtas. Para Jerusalinsky (2008), as restrições gramaticais, sintáticas e de vocabulário costumam indicar falhas da posição do sujeito na linguagem, podendo configurar expressões de sintomas clínicos.

Apesar de haver falhas na posição subjetiva desta criança, nota-se que há um desenvolvimento que está em curso, uma construção de uma posição autista com sintomas clínicos de acordo com os eixos teóricos da AP3. Como resultado da aplicação da AP3, temos a presença de *risco psíquico*, uma vez que há entraves (sintomas clínicos) no processo de constituição subjetiva, quais sejam: dificuldades no brincar e na fantasia, na imagem do corpo, na manifestação diante das normas e posição frente à lei, na posição na fala e na linguagem.

A pontuação de Antônio na CARS foi de 33, indicado autismo leve-moderado. Rosa conta que além dos tratamentos, Antônio frequenta uma escola municipal de ensino regular, que aprende rápido e que tem reagido bem às intervenções terapêuticas.

Na CARS, as respostas de Antônio apontam uma criança que busca o contato com os outros, que aceita bem a interação social e que, muitas vezes, chama a mãe para compartilhar brinquedos. Apresenta comportamentos repetitivos e estereotipados, como balanceio, *flapping*. Enfileira brinquedos como carrinhos e blocos de montar, às vezes morde alguns brinquedos e fica algum tempo examinando as peças antes de brincar. Faz contato visual por alguns segundos, mas rapidamente desvia, não sustenta o olhar do outro por muito tempo. Antônio é muito intolerante a qualquer mudança de rotina, fica muito nervoso, irritado, agitado, grita e corre. Não gosta de lugares e situações novas. Sua agitação é, muitas vezes, difícil de conter. Há presença de sintomas de autismo pela CARS.

Seu resultado no CBCL/ 1.5-5 apresentou sintomas clínicos nas seguintes variáveis: *Reatividade emocional*, *Problemas invasivos do desenvolvimento*, *Problemas de déficit de atenção/ hiperatividade*. Tais sintomas são formados pelos seguintes

comportamentos/ questões (de acordo com o Quadro 1 e o Quadro 2 vistos acima): 21. Fica perturbado(a) com qualquer mudança na rotina; 46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar; 83. Fica emburrado(a) facilmente; 92. Fica incomodado com pessoas ou situações novas e 97. Choraminga para *Reatividade emocional*. Questões 21. Fica perturbado(a) com qualquer mudança na rotina; 63. Balança a cabeça ou o corpo repetidamente; 76. Tem problemas de fala; 80. Tem comportamento estranho; 92. Fica incomodado com pessoas ou situações novas; 98. Isola-se, não se relaciona com os outros para *Problemas invasivos do desenvolvimento*. E, por fim, as questões 5. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo; 6. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo(a); 8. Não suporta esperar, quer tudo imediatamente; 16. Quer ter suas vontades atendidas na hora; 36. Mete-se em tudo; 59. Muda de uma atividade para outra rapidamente para *Problemas de déficit de atenção/ hiperatividade*. O resultado de Antônio neste instrumento corrobora o poder de predição de duas das escalas do CBCL/ 1.5-5 que foram identificadas nas análises estatísticas como as que foram capazes de diferenciar o grupo TEA dos dois grupos controle, que são *Reatividade emocional* e *Problemas invasivos do desenvolvimento*. Os sintomas detectados pelo CBCL/ 1.5-5 no caso de Antônio são condizentes com o quadro de TEA.

5.2.2 Alice: “ela adora cantar”

Alice (3 anos) é a penúltima filha de uma família com quatro crianças. Seu pai e sua mãe são muito presentes na sua educação, ambos vão juntos à avaliação e sabem contar detalhes do nascimento e do desenvolvimento da filha.

As primeiras preocupações com Alice surgiram ainda nos primeiros meses de vida, era uma criança que reagia pouco quando os pais falavam com ela, não fazia muito contato visual, “ficava muito quieta”. A mãe, Sandra, conta que chegou a desconfiar que a filha fosse surda.

Entre os dois e os três anos de idade, Alice passou por exames para avaliar uma possível surdez, que foi negada. Sua pediatra, então, foi a pessoa que a encaminhou para um centro de referência em diagnóstico de autismo (lugar onde foi realizada esta avaliação), onde foi avaliada por uma equipe interdisciplinar (com neurologista, psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo), que confirmou o diagnóstico de TEA. Após a avaliação interdisciplinar, Alice foi encaminhada para um projeto de uma instituição

universitária que é referência no atendimento a crianças autistas através do método ABA.

No momento da avaliação, Alice não manteve contato visual com a pesquisadora, demonstrou mais interesse nos objetos da sala do que nas pessoas, como maçaneta da porta, tomada, bolsa, lavatório. Apesar de não retribuir quando se falava com ela, Alice emitia um tom de voz melódico, através do qual conseguiu demonstrar interesse e compartilhar a atenção, ainda que por tempo reduzido. Assim que ouviu a filha emitir o som melódico, a mãe logo disse “ela tá cantando, ela adora cantar” (sic).

Alice não fala nenhuma palavra, apenas emite esse tom de voz que lembra a melodia de uma música. Não faz contato visual, apresenta atrasos significativos na aquisição de habilidades nos domínios da comunicação, da socialização, da coordenação motora e da construção de sua autonomia (ainda usa fraldas).

O seu brincar também é marcado por dificuldades, manuseia os objetos sem dar uma finalidade criativa para eles. Geralmente, coloca-os na boca, morde, não consegue criar uma encenação, um faz de conta a partir do uso dos objetos. O uso de objetos feito por Alice lembra a proposição de Tustin (1990) acerca dos *objetos autísticos*. E, para Jerusalinsky (2008), o seu brincar seria a manifestação de um sintoma clínico, posto que é marcado por uma ausência de produção imaginária. Há sintoma clínico quando “a criança somente manipula os objetos fazendo-os funcionarem do ponto de vista da mecânica, da forma, ou dos atributos físicos que os caracterizam” (JERUSALINSKY, 2008, p. 129).

A sua imagem do corpo também está comprometida, Alice não reconhece partes de seu corpo, não consegue dizer “eu”, não há expressão da criança que fale dela em primeira pessoa. A ausência de expressões de autorreconhecimento e a manifestação de inibições são demonstrativas da presença de sintomas clínicos, como já mencionado por Jerusalinsky (2008).

Sua manifestação diante das normas e posição frente à lei se expressa por meio de uma indiferença. Sandra conta que não dá para dizer que a filha “é desobediente, eu não sei, ela parece não se importar”. Logo, pode-se dizer que Alice tem dificuldades para obedecer a regras, pois não as toma como referências. Para Jerusalinsky (2008), isso significa uma ausência da interiorização de regras e de uma instância de interdição que sustente as diversas formas que a lei pode adotar.

Sua fala e posição na linguagem está significativamente marcada por entraves. Fala significativa não é utilizada. Alice emite sons melódicos, que lembra sons de

músicas que talvez sejam significativos para ela, mas nem sempre há uma intenção comunicativa nesses sons. Ela é capaz de emití-los mesmo quando está sozinha. Quando está na presença de outras pessoas, chega a compartilhar a atenção, mas por pouco tempo e sempre por intermédio de algum objeto.

Como resultado da aplicação da AP3, a avaliação de Alice apontou a presença de *risco psíquico*, uma vez que há sintomas clínicos no processo de constituição subjetiva em todos os eixos: dificuldades no brincar e na fantasia, na imagem do corpo, na manifestação diante das normas e posição frente à lei, na posição na fala e na linguagem.

Sua pontuação na CARS foi de 41, indicando autismo grave. Alice apresenta sintomas típicos do quadro de TEA em vários aspectos: indiferença nas relações sociais, o contato iniciado por ela é mínimo; tem dificuldades na imitação, consegue imitar sons após algum tempo (com atraso); apresenta comportamentos estereotipados, como movimentos estranhos e repetitivos com os dedos, falta de jeito e pouca coordenação motora, balanceio; demonstra pouco interesse por brinquedos e manuseia os objetos de maneira incomum, concentrando-se mais em mover partes do objeto do que em brincar com ele; incomoda-se com mudanças de rotina; evita olhar os outros nos olhos, fica muito tempo com o olhar parado, olhando fixamente para o espaço e segura os objetos muito próximo aos olhos; a fala está ausente, emite apenas sons melódicos; tem dificuldades de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal. Há presença de sintomas graves de autismo pela CARS.

Seu resultado no CBCL/ 1.5-5 apresentou sintomas clínicos nas seguintes variáveis: *Retraimento e Problemas invasivos do desenvolvimento*. Tais sintomas são formados pelos seguintes comportamentos/ questões (de acordo com o Quadro 1 e o Quadro 2 vistos acima): 2. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade; 4. Evita olhar os outros nos olhos; 23. Não responde quando pessoas falam com ele(a); 67. Parece não corresponder a afeto (carinho); 70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas; 98. Isola-se, não se relaciona com os outros para *Retraimento*. Questões 3. Tem medo de experimentar coisas novas; 4. Evita olhar os outros nos olhos; 7. Não suporta ter as coisas fora do lugar; 21. Fica perturbado(a) com qualquer mudança na rotina; 23. Não responde quando pessoas falam com ele(a); 25. Não se dá bem com outras crianças; 63. Balança a cabeça ou o corpo repetidamente; 67. Parece não corresponder a afeto (carinho); 70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas; 76. Tem problemas de fala; 80. Tem comportamento estranho; 92. Fica incomodado com pessoas ou situações

novas; 98. Isola-se, não se relaciona com os outros para *Problemas invasivos do desenvolvimento*. O resultado de Alice neste instrumento corrobora o poder de predição das duas escalas do CBCL/ 1.5-5 que foram identificadas nas análises estatísticas como as que apresentaram diferenças significativas entre os grupos estudados, que são *Retraimento* e *Problemas invasivos do desenvolvimento*, sendo consistente com outros estudos realizados na literatura, como os de Sikora et al. (2008), Ooi et al. (2010) e Muratori et al. (2011). Os sintomas detectados pelo CBCL/ 1.5-5 no caso de Alice são condizentes com o quadro de TEA.

Além disso, é digno de nota que o retraimento, além de ser uma característica explorada nos estudos com o CBCL/ 1.5-5, também aparece como característica marcante em alguns casos clássicos de crianças autistas tratadas por psicanalistas, como Tustin (1990) e Alvarez (1994).

Alvarez (1994) tratou por mais de 20 anos um menino diagnosticado com autismo infantil aos 4 anos de idade – chamado Robbie, um marco no seu trabalho clínico e teórico. Entre as características principais apresentadas pelo menino no início do tratamento, ela o descreve como uma criança muito retraída, que falava pouco, nunca havia usado a palavra “eu” e que não tinha muita agilidade com o corpo, “com uma aparência descoordenada, frouxa, como se não tivesse ossos” (ALVAREZ, 1994, p. 26).

A sua observação e análise desse caso e de tantos outros, a fez chegar a algumas conclusões: a de que o retraimento está presente na vida de uma criança autista desde o início. Ela retoma o estudo de Kanner para lembrar que este já havia descrito um “extremo isolamento desde o início da vida” (ALVAREZ, 1994, p. 210).

Para a autora, o severo isolamento autista nos levaria a perguntas como: a criança se sente sozinha? Há maneiras diferentes de estar só? Como seria ser ela? Como é estar com ela? Existem variações nesse sentimento de isolamento?

Tustin (1990) apontou uma direção possível para a compreensão desse isolamento ou retraimento autista. Ela propõe que essa característica pode ser uma forma defensiva da criança, uma maneira de se defender da realidade externa (não-eu) que a amedronta. De modo que o retraimento pode ser entendido como uma estratégia defensiva ou protetora.

Logo, tanto no caso de Antônio como no caso de Alice, foi possível refletir a partir de um constructo psicanalítico acerca do retraimento manifesto no comportamento da criança. E, ainda, como uma tendência estatística está associada a uma tendência psíquica, considerada à luz da psicanálise. O retraimento de uma criança autista foi

cl clinicamente observado e pesquisado por Tustin (1990) e Alvarez (1994) e, também, foi significativamente observado nos perfis de problemas emocionais e comportamentais baseados em achados empíricos obtidos a partir da resposta ao CBCL.

Sendo assim, é interessante observar que a escala *Retraimento* CBCL/ 1.5-5 tenha se destacado neste estudo, assim como no de outros autores. Tal resultado aponta para uma característica significativa do quadro de TEA.

5.2.3 Heitor: “eu sou o Gato de Botas!”

Heitor (5 anos) é filho único de sua mãe, seu pai faleceu há cerca de dois anos, ele chega a dizer “o meu pai morreu”, mas fala disso com tranquilidade e diz que sua mãe “é muito legal” e que gosta muito dela. Ambos moram juntos e Heitor parece ser muito companheiro de sua mãe. A avaliação foi realizada na brinquedoteca de uma Escola Municipal de São Paulo, onde Heitor estuda.

Ele é uma criança inteligente, não apresenta dificuldades na linguagem, sabe expressar bem suas vontades e desejos. Seu brincar apresenta faz de conta, recurso do qual ele se utiliza com muita habilidade.

Heitor apresenta facilidade em brincar de faz de conta, inventa várias brincadeiras com os animais, dos quais diz gostar muito. Brinca com os animais da fazenda, do mar e em um momento, ao ouvir o canto de um passarinho fora da sala, ele pula a janela (de altura baixa, suficiente para permitir que a criança pule de dentro para fora e de fora para dentro sem se machucar) para ir ao encontro dele, e fica olhando até ele voar. Em seguida, volta para a sala, brinca de ser um guerreiro que usa armadura e também com os carrinhos. Gosta de compartilhar os seus brinquedos e as brincadeiras que elabora.

Suas modalidades do brincar estão próximas do que afirma Jerusalinsky (2008) sobre os casos de intensa atividade imaginativa: o brincar da criança pode trazer histórias, personagens, metáforas, que configuram formas de simbolização, de elaboração de dificuldades, conflitos, preocupações. A intensa atividade imaginativa de Heitor pode, ao mesmo tempo, indicar um desenvolvimento típico que está em curso e, também, uma tentativa de elaborar a perda do pai e de ser um grande companheiro para sua mãe.

A relação de Heitor com o brincar nos lembra as proposições de Winnicott (1957/2008): no brincar a criança põe em jogo sua agressividade e dramatiza situações

que vive com angústia. A brincadeira da criança se constitui como elo entre a realidade interna e a realidade externa.

Freud (1907/1996), em conferência realizada nos salões do editor e livreiro vienense Hugo Heller, esboçou uma aproximação entre a fantasia e o brincar infantil, e também com a temática da criação literária. Freud (1907/1996, p. 135) inaugura o texto com a seguinte afirmação:

Se ao menos pudéssemos descobrir em nós mesmos ou em nossos semelhantes uma atividade afim à criação literária! Uma investigação dessa atividade nos daria a esperança de obter as primeiras explicações do trabalho criador do escritor. E, na verdade, essa perspectiva é possível. Afinal, os próprios escritores criativos gostam de diminuir a distância entre a sua classe e o homem comum, assegurando-nos com muita frequência de que todos, no íntimo, somos poetas, e de que só com o último homem morrerá o último poeta.

É nesse momento em que Freud aproxima o poeta e a criança: “O escritor criativo faz o mesmo que a criança que brinca. Cria um mundo de fantasia que ele leva muito a sério, isto é, no qual investe uma grande quantidade de emoção [...]” (FREUD, 1907/1996, p. 135-136). Ele supõe, assim, que a obra literária é uma continuação, ou um substituto, do que foi o brincar infantil, posto que nunca renunciamos a nada, apenas substituímos uma coisa por outra.

Assim, Freud (1907/1996) afirma que a ênfase colocada nas lembranças é uma continuação (ou substituto) do brincar infantil, tal como a fantasia. Em outros termos, a fantasia e a obra literária se assentam em lembranças infantis, com a diferença de que a primeira geralmente provoca repulsa em alguns adultos, e a segunda, pelo contrário, provoca efeitos emocionais de grande prazer.

Mais do que expressões da fantasia infantil, o brincar expressa formulações singulares da criança sobre a sua história, das narrativas que ela formula sobre si mesma, sobre sua família, sobre sua inscrição nos laços sociais.

Jerusalinsky (2008, p. 125) chega a afirmar que há “uma diferença fundamental entre o adulto e a criança que faz com que, nesta, o imaginário ocupe uma posição privilegiada: a de constituir o lugar de ensaio (no sentido do drama teatral) e antecipação do que ainda está por vir”.

Freud (1920/1996) já afirmara que essa encenação de um drama ou de uma experiência desprazerosa faz parte do brincar infantil. Ao observar seu neto de 1 ano e meio de idade, considerado um “bom menino”, que não incomodava os pais à noite e obedecia às regras, ele nota que a criança não chorava quando a mãe o deixava por

algumas horas. Havia um jogo que ele gostava de repetir, que era pegar um carretel de madeira com um pedaço de cordão amarrado em volta dele, atirar sobre a borda de sua cama de modo que ele desaparecesse de sua vista e, em seguida, puxar o carretel de volta. Freud percebeu que quando atirava o carretel, o menino repetia a expressão “o-o-ó” e quando puxava de volta, dizia “da”, que foi interpretado como *fort* (ir, partir) e *da* (aí está). Essa então era a brincadeira de desaparecimento e retorno, incansavelmente repetida, que foi interpretada por Freud (1920/1996) como sendo uma encenação do desaparecimento da mãe da criança. O jogo permitia ao menino passar de uma situação passiva, que era a experiência de ver a partida de sua mãe, para um papel ativo, que era o jogar e repetir o jogo várias vezes. Alvarez (1994, p. 176) retoma esse exemplo do brincar com o carretel (*fort-da*), para lembrar que o brincar da criança pode funcionar em um nível razoavelmente bom quando esta “tem confiança na acessibilidade de seu objeto, mas que precisa trabalhar sucessivas vezes e encenar as lacunas e rupturas em sua segurança”.

Marcando aqui uma diferença em relação ao brincar de Antônio e Alice, Heitor nos permite ver claramente um exemplo de como o brincar infantil pode ser atravessado por metáforas, faz de conta e representações. A sua forma de brincar e de manusear objetos não é uma repetição mecânica, mas expressão de sua fantasia ou, ainda, tentativas de elaboração de suas angústias.

Ao pôr em cena o seu brincar, Heitor expressa suas fantasias inconscientes e, ao mesmo tempo, elabora sua história.

A criança adquire experiência brincando. A brincadeira é uma parcela importante da sua vida. As experiências tanto externas como internas podem ser férteis para o adulto, mas para a criança essa riqueza encontra-se principalmente na brincadeira e na fantasia. Tal como as personalidades dos adultos se desenvolvem através de suas experiências da vida, assim as crianças evoluem por intermédio de suas próprias brincadeiras e das invenções de brincadeiras feitas por outras crianças e por adultos. Ao enriquecerem-se, as crianças ampliam gradualmente sua capacidade de exagerar a riqueza do mundo externamente real. A brincadeira é a prova evidente e constante da capacidade criadora, que quer dizer vivência (WINNICOTT, 1957/2008, p. 163).

Para Winnicott (1971/1975), o brincar tem um lugar e um tempo, não está dentro (realidade psíquica interna) e também não está fora (realidade externa). O brincar se situa em um *espaço potencial* entre a criança e a mãe. Para o autor, a brincadeira é universal e é própria da saúde:

o brincar facilita o desenvolvimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros (WINNICOTT, 1971/1975, p. 63).

Além do brincar, a proximidade de Heitor com sua mãe se expressa de outras formas. A mãe, Tereza, conta que ele não dorme sozinho, ambos dividem a mesma cama. Além disso, ele não gosta de mudança de rotina e nem que tirem as suas coisas do lugar, gosta que fiquem sempre arrumadas do seu jeito. A mãe conta que ele geralmente arruma o seu quarto, os seus brinquedos e os seus materiais da escola. Embora não configurem um sintoma clínico pelos instrumentos que foram utilizados, tais características podem ser entendidas, no caso de Heitor, como uma tentativa de elaboração da ausência do pai.

Ele apresenta iniciativa na interação com o outro, convida para brincar junto, faz demandas à pesquisadora, mostra interesse pelos brinquedos da sala, propõe e aceita brincadeiras diversas. Sustenta bem o diálogo e o olhar. Tereza conta que o filho é “muito carinhoso e atencioso”.

Lembrando que a imagem inconsciente do corpo contém traços da diferenciação sexual (gestualidade, postura), dos esquemas motores e do autorreconhecimento (JERUSALINSKY, 2008), Heitor identifica-se por “eu” no espelho. Quando solicitado a fazer um desenho de si, desenha a figura de um personagem, o “Gato de Botas”, e respondendo à pergunta de quem seria na imagem, responde: “sou eu, oras, eu sou o Gato de Botas!”. Isso não parece interferir em sua imagem corporal, que parece estar em constituição, mas parece estar mais próximo de um brincar, um faz de conta. Heitor apresenta uma imagem corporal unificada de si mesmo, tem autonomia nos hábitos de higiene, alimenta-se sozinho e apresenta variedade na alimentação que lhe é oferecida.

Sua manifestação diante das normas e posição frente à lei parece bem estabelecida, obedece a regras, atende aos pedidos da pesquisadora. É cooperativo e expressa boa vontade quando, ao final da avaliação, é solicitado a auxiliar na arrumação dos brinquedos. Observa-se, nesse caso, as proposições de Jerusalinsky (2008) acerca das formações da lei: a observância de limites, a restrição dos próprios impulsos em concordância com a situação, a permeabilidade do sujeito à marcação de tempos e atividades significam a interiorização, por parte do pequeno sujeito, de uma instância de interdição que sustenta nele as diversas formas que a lei pode adotar.

A criança expressa, na sua fala e posição na linguagem, as posições do sujeito na língua. Heitor tem facilidade para se comunicar e estabelecer um diálogo com a pesquisadora. Para Jerusalinsky (2008), isso significaria uma boa capacidade de se situar em relação às significações que são colocadas em jogo, de sustentar as relações com o outro e com os objetos que os enunciados proferidos em determinada situação colocam, de fazer circular pela linguagem a demanda e o desejo, de reconhecer na linguagem a demanda e o desejo dos outros, de perceber o enigma que lhe coloca o enunciado de novas significações, e de produzir, ele próprio, significações novas.

O resultado de Heitor na AP3 apontou um processo de constituição subjetiva em curso, sem sintomas clínicos de desenvolvimento.

Seu resultado na CARS indicou ausência de autismo (17 pontos) e seu resultado no CBCL/ 1.5-5 não apresentou sintomas clínicos.

5.2.4 Clarice: “o coração voltou a bater”

Clarice (5 anos) é a filha mais velha de uma família com duas crianças. Seu irmão mais novo tem nove meses, o que gera alguns comportamentos de ciúme em relação à mãe, quando está com ele. A avaliação foi realizada na sala de leitura de uma Escola Municipal de São Paulo, onde Clarice estuda.

Madalena, sua mãe, conta que a filha “é muito amorosa, fácil de fazer amizade com meninos, ela não tem muita paciência com meninas, é muito autoritária, gosta de mandar” (sic). Segundo a mãe, ela gosta de brincadeiras em que ela pode liderar e propor as regras. Não tem paciência para brincadeiras tipicamente femininas, como bonecas, casinha etc. Na escola, Madalena conta que geralmente Clarice briga com as meninas e que perde a paciência muito rápido quando está com elas.

No seu brincar há riqueza de recursos imaginativos. Clarice elabora um cenário rico em detalhes e histórias, onde muitos personagens da família (a mãe, o pai, o filho, a filha, o bebê, os avós) circulam por diferentes situações, numa “casa bem grande”, numa “fazenda com montanhas”, num “jardim com muitos bichos que se alimentam”, num “hospital para cuidar do bebê”. Em alguns momentos, alguns personagens, entre eles o bebê (que ela diz ser o “irmão da menina Maria Joaquina”) e alguns animais morrem, e logo em seguida renascem, momento em que ela diz que “o coração voltou a bater”. A primeira “casa grande” que ela monta também é destruída para, logo em seguida, ser reconstruída com mais riqueza de detalhes que a anterior. A nova casa,

reconstruída, apresenta parede, porta, janelas, um jardim com muitas árvores e, ao final do jardim, algumas montanhas. Clarice expressa, no seu brincar, uma capacidade de elaboração, de construir algo a partir do que foi anteriormente destruído, o que é um recurso muito significativo para o seu desenvolvimento.

Isso indica uma boa capacidade de elaboração – e, talvez, de resiliência em Clarice, isto é, uma capacidade de se reorganizar e de reconstruir algo a partir de alguma adversidade, de superação.

Como vimos em Winnicott (1957/2008; 1971/1975), a capacidade de brincar é saudável na infância. No brincar, Clarice põe em cena suas angústias e sua agressividade, que provavelmente estão relacionadas à chegada do novo irmão. O ciúme gerado a partir disso e a insegurança do lugar que antes ocupava de forma solitária diante do pai e da mãe, podem ser encenados no jogo de destruir/morrer e construir/voltar a viver. Assim como o brincar de Heitor, as modalidades do brincar de Clarice também indicam uma boa capacidade de elaboração, de fazer metáforas, faz de conta e representações. A sua forma de brincar pode ser interpretada como expressão de sua fantasia ou, ainda, como tentativa de elaboração de suas angústias.

Outra questão importante que apareceu nesta avaliação foi certa confusão identificatória com a figura paterna. Nem sempre, é verdade, a criança faz identificações com exatidão, mas, na brincadeira de Clarice, o pai, a princípio, era pai apenas do bebê, depois, apareceu como pai do bebê, pai da menina (ela mesma) e pai da mãe. Essa confusão identificatória pode estar relacionada à insegurança provocada pela chegada do irmão mais novo, que talvez a tenha deixado em dúvidas sobre o seu lugar na família. Será que sua mãe ainda será a mesma para ela? Será que o pai ainda é seu pai? Que lugar está destinado para ela com a chegada do irmão? Ainda será amada como antes?

Segundo Madalena, a filha gosta de brincadeiras tais como teatro, música, dança, e também gosta de ouvir e de inventar histórias. O seu gosto por encenações e histórias pode ser uma saída para dramatizar cenas familiares, elaborar situações de angústia e conflitos, como já ressaltados por Freud (1920/1996) e Winnicott (1971/1975).

Sua construção da imagem do corpo parece estar em curso, identifica-se por “eu” no espelho e também faz um desenho de si, onde se identifica com uma figura humana, uma menina loira de cabelos compridos. Além disso, tem autonomia nos hábitos de higiene, alimenta-se sozinha e apresenta variedade na alimentação que lhe é oferecida.

Clarice atende às demandas da pesquisadora, sustentando bem o diálogo e o olhar. Atende também aos pedidos que lhe são feitos, mostra-se cooperativa e expressa boa vontade quando, ao final da avaliação, é solicitada a auxiliar na arrumação dos brinquedos, o que indica uma boa relação com as regras e posição frente à lei. Madalena conta que Clarice “não é de ser muito desobediente, mas que de uns tempos para cá tem sido muito teimosa, principalmente com o pai” (sic). Esse tempo pode se referir ao tempo em que chegou o seu irmão mais novo, o que pode ter provocado em Clarice alguns sintomas emocionais. Na perspectiva de Jerusalinsky (2008), isso poderia ser caracterizado como um sintoma de estrutura, pois a criança demonstra que diferencia seu lugar do dos adultos, sabe que existem regras e as aplica às situações sociais, no entanto, a chegada de um novo irmão foi um acontecimento que a afetou, não indicando ausência de regras, mas sim uma dificuldade ocasional em lidar com elas.

Sua fala e posição na linguagem está se constituindo, ela sustenta bem o diálogo com o outro. Há uma dificuldade relacionada à troca de letras, que se refere à troca do fonema /s/ pelo /x/, que pode ser tanto uma característica típica para uma criança de sua idade, como uma forma de se mostrar mais infantilizada diante da mãe, que nos últimos meses tem se dedicado mais ao filho mais novo. Para Jerusalinsky (2008), a entrada do sujeito no campo da linguagem não pode ser medida somente pelo vocabulário, pelo domínio da sintaxe e da gramática, mas principalmente pelo lugar desde o qual o sujeito se enuncia. Clarice apresenta boa capacidade de se situar em relação às significações que são colocadas em jogo e de sustentar as relações com o outro, além de produzir, ela próprio, significações novas.

O resultado de Clarice na AP3 apontou um processo de constituição subjetiva em curso, com a apresentação de alguns sintomas de estrutura relacionados à fala e a posição na linguagem, que são: troca de letras ou sílabas e fala infantilizada.

Seu resultado na CARS indicou ausência de autismo (17 pontos) e seu resultado no CBCL/ 1.5-5 não apresentou sintomas clínicos.

6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa apresentou algumas discussões que se articulam na interação de áreas do saber diversas: a psicologia do desenvolvimento, a psicanálise e a saúde coletiva.

Trata-se de uma proposta que corrobora estudos que propõem instrumentos de baixo custo e de fácil aplicação (no caso, o CBCL/ 1.5-5) para fins de rastreamento de quadros pertencentes aos transtornos do espectro de autismo. Isso permite que diminua a defasagem significativa entre a idade da primeira preocupação dos pais e a idade do primeiro diagnóstico de TEA ao direcionar a família para avaliações mais específicas voltadas para o diagnóstico de TEA. Há benefícios da intervenção a tempo, o que é significativo para a área da saúde mental e da saúde coletiva, dado que a escassez e a necessidade de utilização de instrumentos de rastreamento para TEA no Brasil são apontadas na literatura como pontos fundamentais para melhorar a eficácia dos encaminhamentos na rede pública de saúde (MACHADO, 2013).

Este trabalho, por tratar de um tema caro às áreas da saúde e do desenvolvimento infantil, relativo ao rastreamento de transtorno do espectro de autismo, pretendeu articular saberes de áreas diversas na tentativa de construir uma articulação interdisciplinar.

Como qualquer trabalho de pesquisa, guarda suas limitações, tais como:

- o número de participantes em cada grupo de pesquisa poderia ter sido maior, considerando que é um estudo de sensibilidade que envolve comparação inter-grupos;
- algumas crianças que pertenciam ao grupo com TDAH (GC 1) estavam em tratamento há pelo menos 6 meses, algumas com medicação, o que configura uma possível alteração nos resultados obtidos com a aplicação do CBCL/ 1.5-5 – o ideal para um estudo de sensibilidade seria incluir apenas crianças em fase de triagem, isto é, sem tratamento medicamentoso;
- os resultados do CBCL/ 1.5-5 são gerados a partir de respostas dos pais, de modo que as suas interpretações sobre os comportamentos da criança devem ser levadas em consideração. No entanto, é estabelecido pela literatura que os pais conhecem os seus filhos muito bem e são, muitas vezes, informantes confiáveis sobre o desenvolvimento da criança (MURATORI et al., 2011).

Considerando tais limitações, pode-se dizer que este trabalho é um estudo inicial, que pode contribuir para futuras pesquisas que visem a aprofundar a investigação do

potencial uso do CBCL/ 1.5-5 para rastreamento de TEA. Ainda que inicial, a pesquisa apontou resultados importantes: as análises indicaram que o CBCL/ 1.5-5 pode ser utilizado para fins de rastreamento de TEA, ressaltando as escalas *Reatividade emocional*, *Retraimento* e *Problemas Invasivos do Desenvolvimento* como as que mostraram diferenças significativas entre os três grupos. Além disso, as análises indicaram que há maiores índices de sensibilidade do CBCL/ 1.5-5 quando se comparou o grupo com TEA e o grupo com desenvolvimento típico, revelando boa capacidade para identificação de crianças com TEA em situações de rastreamento.

Além disso, também se constitui como uma tentativa de articular assistência e pesquisa, considerando tal articulação necessária especialmente nos estudos referentes à saúde coletiva e ao desenvolvimento infantil.

Vale lembrar que, em se tratando de detecção de autismo, é indispensável que os resultados de tais instrumentos sejam associados à experiência e à sensibilidade clínica, assim como a outros instrumentos de identificação e diagnóstico.

Neste estudo, fizemos uma análise de uma dimensão tendencial referente ao quadro de autismo à luz de uma dimensão psíquica considerada a partir da psicanálise. Em outros termos, como manifestações de tendência oriundas do estudo estatístico se manifestaram em quatro casos de forma singular. Essa análise nos permitiu investigar as especificidades das relações das crianças com objetos, assim como das relações estabelecidas com o outro (a mãe ou cuidador).

Nos casos das crianças autistas, Antônio e Alice, foi possível refletir psicanaliticamente acerca do retraimento, clinicamente observado e pesquisado pelas psicanalistas Tustin (1990) e Alvarez (1994). Sendo a noção de retraimento uma escala presente no CBCL/ 1.5-5, que se destacou como uma variável preditora para detecção de TEA tanto neste estudo como em outros já citados na literatura (SIKORA et al., 2008; OOI et al., 2010; MURATORI et al., 2011), é digno de nota que uma tendência estatística pôde ser associada a uma tendência psíquica, à luz da psicanálise. Dessa forma, essa pesquisa apresentou como alicerces psíquicos (psicanalíticos) podem se expressar estatisticamente em um estudo de sensibilidade e em manifestações no comportamento de crianças autistas.

Foi possível, ainda, apresentar as diferentes modalidades do brincar entre crianças autistas e crianças com desenvolvimento típico. Heitor e Clarice manifestaram, através das modalidades do brincar, que o desenvolvimento típico é marcado por uma boa capacidade de elaboração, de fazer metáforas, de fazer de conta e de representações. Tais

crianças nos mostraram como as modalidades do brincar, atravessadas pelas relações com os objetos, podem ser interpretadas como expressão de sua fantasia ou, ainda, como tentativa de elaboração de suas angústias.

Pode-se dizer, com isso, que este trabalho demonstrou como a clínica psicanalítica pode se beneficiar de um estudo estatístico, que mostra uma tendência que deve ser levada em conta na avaliação e no tratamento de cada caso.

Sem nos aprofundarmos nas controvérsias atuais em torno do debate etiológico sobre o autismo, é válido ressaltar que há diferentes posicionamentos que devem ser levados em consideração para fins de tratamento.

Ritvo (1992) lembra que a questão das disposições orgânicas e dos aspectos relacionais ocupou Freud por muito tempo, até que propôs a noção de “série complementar”, enunciada em 1915 numa nota acrescentada à terceira edição de seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Diante das controvérsias teóricas de seu tempo a respeito da discussão dos fatores constitucionais e acidentais no desenvolvimento humano, ele culmina por postular uma série complementar da interação de constituição com o meio. Freud reconhece, assim, que nem a hereditariedade nem o meio atuam de modo isolado, mas necessariamente em interação:

a constituição sexual hereditária apresenta-nos uma grande variedade de disposições, conforme seja herdado, com particular intensidade, um ou outro dos instintos parciais, sozinho ou em combinação com os outros. A constituição sexual forma, portanto, junto com o factor da experiência infantil, uma ‘série complementar’ exatamente semelhante àquela que já sabemos existir entre disposição e experiência casual do adulto (FREUD, 1917/1996, p. 365).

Seguindo essa linha de pensamento que aposta na interação entre fatores orgânicos e ambientais na etiologia do autismo, Alvarez (1994) defende a posição de uma causação múltipla de natureza complexa e interativa entre esses fatores. Um dano orgânico severo pode sobrecarregar o relacionamento de uma mãe sadia e feliz com o nascimento de seu bebê.

Para entendermos a maneira como os fatores inatos interagem com o ambiente, talvez nem precisemos de uma cadeia causal única, com dois fatores contribuindo no início; precisamos, ao contrário, de uma dupla hélice em que a hereditariedade e o ambiente giram um em torno do outro [...]. O dano cognitivo, no final desse processo, pode estar totalmente fora de proporção em relação à hereditariedade original deficiente ou ao ambiente original inadequado, ou inclusive a ambos. A severidade e a profundidade da condição de autismo de alguma forma se presta a fortes reações e a explicações convincentes, mas excessivamente simplistas. Algo tão

terrivelmente inumano em uma criança humana parece necessariamente ter uma etiologia singular igualmente terrível e poderosa (ALVAREZ, 1994, p. 197-198).

Alvarez (1994) considera, assim que uma abordagem que leva em conta uma teoria etiológica baseada numa causalidade linear seria uma limitação.

Jerusalinsky (2014), em consonância com o que propõe a autora, afirma que não existe manifestação psicopatológica que não inclua alguma condição genética ou neurológica. Ele ressalta que “sermos psicanalistas não implica na negação da existência de tais domínios. Até mesmo porque o discurso psicanalítico consiste, precisamente, em fazer com que os outros discursos possam falar livremente” (JERUSALINSKY, 2014, p. 158).

Para o autor, fora as contribuições freudianas ao campo das artes, da literatura, da pedagogia, da antropologia, da linguística, da sociologia, a psicanálise introduz no campo da psicopatologia a causalidade psíquica. Essa via causal psíquica se articula com um vasto conjunto de variáveis subjetivas, orgânicas e, também, do discurso social.

“A causalidade psíquica costuma ter um papel determinante no que se refere ao grau de manifestação fenotípica do gene ou do conjunto de genes afetados” (JERUSALINSKY, 2014, p. 163). O autor enfatiza que a epigenética esclarece hoje as vias bioquímicas pelas quais opera a incidência do ambiente circundante – entendendo esse ambiente como o discurso social, a linguagem, a relação do sujeito com os outros. Isso significa que uma afecção genética em um quadro sindrômico, como por exemplo, na Síndrome de Down, pode ter alterações significativas a partir da causalidade psíquica. Isto é, a criança com a síndrome pode ter o seu desenvolvimento social, cognitivo e subjetivo alterado de acordo com as circunstâncias que se ofereçam para ela – sem que sua base genética tenha sido alterada. Jerusalinsky (2014) aponta que a causalidade psíquica pode provocar um efeito progressivo ou deteriorante para o curso do desenvolvimento da criança.

O autor ressalta, ainda, que a psicanálise tem demonstrado há mais de cem anos a permeabilidade do sujeito à incidência psíquica. Há uma variabilidade dos efeitos de qualquer condição genética em função das condições que sejam oferecidas para o desenvolvimento da criança, entendendo tais condições também como a relação com o outro, posto que “já está demonstrado que as condições genéticas iniciais podem ser modificadas no grau de sua expressão pela intervenção do outro” (JERUSALINSKY, 2014, p. 164).

A partir de um ponto de vista psicanalítico, Bleichmar (2005) considera que é no inconsciente que se deve buscar a causalidade psíquica. Para ela, a causalidade não está no mundo exterior, por isso ser considerado um absurdo, quando se trata de análise de crianças, afirmar frases como “isso acontece a esta criança porque a mãe fez tal coisa”. A causalidade deve ser procurada no inconsciente, pois é aí onde se observam os efeitos do outro e as incidências das figuras primordiais, inscritas e processadas de maneira singular.

No campo das investigações sobre o autismo, Jerusalinsky (2014) ressalta que mesmo demonstradas as suas causas genéticas e/ou neurológicas, não há que se abrir mão dos processos de construção do sujeito. Talvez esta seja a grande contribuição da psicanálise neste estudo: a de lembrar que é necessário supor e constituir um sujeito mesmo antes de seu nascimento e ao longo do seu crescimento, pois o seu desenvolvimento será marcado pelas inscrições simbólicas instauradas pelo outro que cuida dele, pelo investimento psíquico (causalidade psíquica) em jogo nessa relação e pelos outros que farão parte de sua história.

Voltando-se para as características do autismo, para melhor entendê-lo e estudá-lo, uma direção possível seria buscar compreender a relação de crianças autistas com os objetos, assim como a sua relação com outras pessoas.

Laznik (2004, p. 25) nos fala da importância da intervenção a tempo e dos primeiros sinais de autismo possíveis de serem detectados ainda nos primeiros meses de vida: o não-olhar entre o bebê e sua mãe e de um sinal clínico que ela chamou de “não instauração do circuito pulsional completo”. Esta teorização sobre o fracasso da instauração do circuito pulsional completo merece uma breve digressão.

A autora considera que a falha no estabelecimento desse circuito pode indicar uma falha estrutural no psiquismo da criança. Ela retoma Freud¹⁸ para lembrar que ele propõe o trajeto pulsional em três tempos. Num primeiro tempo, chamado de ativo, o bebê vai em busca do objeto externo (seio ou mamadeira) para se apoderar dele. Um segundo tempo, chamado de reflexivo ou autoerótico, é aquele em que a criança toma o objeto como uma parte do próprio corpo (chupar a mão, o dedo ou uma chupeta). Um terceiro tempo seria aquele em que a criança vai se fazer objeto de um outro sujeito, marcado por cenas em que a criança estende o pé em direção à boca da mãe e ambos

¹⁸ No ensaio de 1915 intitulado *Pulsion et destin des pulsions*, traduzido como *Os instintos e suas vicissitudes* na versão brasileira da Imago (FREUD, 1915/1996).

experimentam um prazer compartilhado nesse jogo. Laznik (2004) sustenta a tese de que a criança autista não alcança esse terceiro tempo do circuito pulsional.

Se retomarmos as proposições de Freud (1914b/1996) acerca do narcisismo, basta lembrarmos que a criança autista não consegue passar da fase autoerótica para a fase do *amor objetal* (TUSTIN, 1990), ou seja, não consegue tornar-se capaz de amar a outros (pessoas, objetos), nem de fazer a diferenciação entre “eu” e “outro”.

Daí as características do retraimento terem se tornado tão significativas neste estudo, posto que manifestam a tendência de uma criança autista ficar voltada para si mesma, tendendo a isolar-se.

Para Bleichmar (2005), uma das questões centrais do autismo é a ausência dos indícios de prazer com os objetos. Prazer este que se inicia no autoerotismo, pré requisito que abre a via para a relação com os objetos de prazer e, também, com o outro, gerador desses objetos. Por isso, a importância de se atentar para os indícios de prazer na infância. Onde estão os sinais de prazer na criança? Onde a criança se regozija, ao brincar com a mãe, com o pai, com seus brinquedos? Ela é capaz de construir representações junto aos objetos residuais da relação com o outro (como os *objetos transicionais* winnicottianos)? O seu brincar apresenta metáforas?

O que as proposições teóricas psicanalíticas nos permitiram fazer, neste trabalho, foi lançar um olhar sobre as diferentes manifestações psíquicas de crianças autistas identificadas com o CBCL/ 1.5-5, que serviu ao propósito deste estudo, que foi o de avaliar evidências de sensibilidade para rastreamento de TEA.

Outros estudos com o CBCL/ 1.5-5 são necessários para que se compreenda melhor os seus alcances e limites. Por isso, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas a fim de que seja utilizado como instrumento útil ao rastreamento de TEA, o que possibilitaria o encaminhamento efetivo para diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T. M. **Manual for the child behavior checklist/ 4-18** and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.
- ALBORES-GALLO, L. et al. Difficulties in assessing and measuring autism. A discussion. **Salud Mental**. v. 31, n. 1, p. 37-44, 2008.
- ALVAREZ, A. **Companhia Viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BARON-COHEN, S.; ALLEN, J.; GILLBERG, C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. **British Journal of Psychiatry**. v. 161, p. 839-843, 1992.
- BARON-COHEN, S. et al. Psychological markers in the detection of 95 autism in infancy in a large population. **The British Journal of Psychiatry**, v. 168, p. 158-163, 1996.
- BECKER, M. **Tradução e validação da entrevista *Autism Diagnostic Interview-revised* (ADI-R) para diagnóstico de autismo no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2009.
- BERNARDINO, L. M. F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.
- BLEICHMAR, S. **Clínica psicanalítica e neogênese**. São Paulo: Annablume, 2005.
- BORDIN, I. A.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da Versão Brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados Preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria** (São Paulo). São Paulo, v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.
- BRYSON, S. E.; ROGERS, S. J.; FOMBONNE, E. Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 8, p. 506-516, 2003.
- CAMPANA, N. T. C. **Uso de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) na detecção de sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.
- CDC. Prevalence of autism spectrum disorders – autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006. In: **Surveillance Summaries**, December 18, 2009 - 58(SS10); 1-20.
- CDC. Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. In: **Surveillance Summaries**, March 28, 2014 - 63(SS02); 1-21.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows**. Porto Alegre, Artmed, 2006.

DI PAOLO, A. F. **Estudo exploratório dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos para avaliar qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

DUARTE, C. S. et al. The CBCL and the Identification of Children with Autism and Related Conditions in Brazil: Pilot Findings. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 33, n. 6, December 2003.

DUTRA, F. G.; BERNARDINO, L. M. F. A avaliação psicanalítica na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Orgs.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008

FREUD, S. (1895) Projeto para uma psicologia científica. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1907) Escritores criativos e devaneio. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914a) A história do movimento psicanalítico. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914b) Sobre o narcisismo: uma introdução. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915) Os instintos e suas vicissitudes. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1917) Conferência XXIII – Os caminhos para a formação dos sintomas. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920) Além do princípio do prazer. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

GRZADZINSKI, R.; HUERTA, M.; LORD, C. DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes. **Molecular Autism**. v. 4, n. 12, 2013. Disponível em: <<http://www.molecularautism.com/content/4/1/12>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

HRDLICKA, M.; DUDOVA, I. Controversies in autism: is a broader model of social disorders needed? **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**. v. 7, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://www.capmh.com/content/7/1/9>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

HULTMAN, C. M.; SANDIN, S.; LEVINE, S. Z.; LICHTENSTEIN, P.; REICHENBERG, A. **Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-based study and a meta-analysis of epidemiological studies**. *Molecular Psychiatry*. v. 16, 2011. Disponível em: <<http://www.nature.com/mp/journal/v16/n12/pdf/mp2010121a.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

JERUSALINSKY, A. Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos – AP3. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Orgs.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

_____. Como funciona a causalidade psíquica nos quadros genéticos ou neurológicos. In: MURATORI, F.; LERNER, R. (Orgs.). **Os enlaces do corpo e da escrita na criança e no adolescente**. São Paulo: Instituto Langage, 2014.

KUPFER, M. C. M. O sujeito na psicanálise e na educação: bases para a educação terapêutica. **Educação e Realidade**, 35(1), p. 265-281, 2010.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**. v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

_____. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 16-30, março 2010.

LAMPREIA, C. Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 57-65, 2003.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2004.

LERNER, R. **Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade**. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Orgs.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

LUIZ, R. R.; STRUCHINER, C. J. **Inferência causal em epidemiologia: o modelo de respostas potenciais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

LORD, C.; RUTTER, M.; LE COUTEUR, A. Autism diagnostic interview revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. **J Autism Dev Disord**. v. 24, p. 659-685, 1994.

LOSAPPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008.

MACHADO, F. P. **Proposta de adaptação dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) para questionário para pais e sua aplicabilidade.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013.

MATSON, J. L.; BEIGHLEY, J.; TURYGIN, N. Autism diagnosis and screening: Factors to consider in differential diagnosis. **Research in Autism Spectrum Disorders**. v. 6, p. 19-24, 2012.

MURATORI, F. et al. The CBCL 1.5-5 and the identification of preschoolers with autism in Italy. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**. Cambridge University Press, p. 1-10, 2011.

NORRIS, M.; LECAVALIER, L. Screening Accuracy of Level 2 Autism Spectrum Disorder Rating Scales: A Review of Selected Instruments. **Autism**, v. 14, n. 4, p. 263–284, 2010.

OOI, Y. P. et al. Identification of Autism Spectrum Disorders Using the Child Behavior Checklist in Singapore. **Journal of Autism Developmental Disorder**, PMID 20405192, 2010.

PAULA, C. S. et al. Brief Report: prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: a pilot study. **J Autism Dev Disord**, v. 41, p. 1738-1742, 2011.

PEREIRA, A. M. **Autismo infantil: tradução e validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

PEREIRA, A.; RIESGO, R.S.; WAGNER, M.B. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. **Jornal de Pediatria, (Rio J)**, v. 6, n. 84, 2008.

RITVO, L. B. **Influência de Darwin sobre Freud: um conto de duas ciências.** Rio de Janeiro: Imago, 1992

ROBINS, D. L. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorder**. v. 31, n. 2, p. 131-44, 2001.

RODRIGUES, P. C. **Bioestatística.** 3a ed. Niterói: EdUFF, 2002.

SATO, F. P. **Validação da versão em português de um questionário para avaliação de autismo infantil.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

SCHOPLER, E. et al., **The Childhood autism Rating Scale (CARS).** 10th ed., Los Angeles, CA; Western Psychological Services, 1988.

SIKORA, D. M. et al. Does parent report of behavior differ across ADOS-G classifications: analysis of scores from the CBCL and GARS. **Journal of autism and developmental disorders**. v. 38, n. 3, p. 440-448, Mar 2008.

TUSTIN, F. **Barreiras autistas em pacientes neuróticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

VOLKMAR, F. R.; PAULS, D. Seminar Autism. **Lancet**. V. 362, p. 1133-41, 2003.

WING, L.; POTTER, D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? **Ment Retard Dev Disabil Res Rev**. n. 8, v. 3, p. 151-61, 2002.

WINNICOTT, Donald Woods. [1971]. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. [1957]. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro. LTC – livros técnicos e científicos Ltda., 2008.

WOODS, J. J.; WETHERBY, A. M. Early identification of and intervention for infants and toddlers who are at risk for autism spectrum disorder. **Language, speech and hearing services in schools**, v. 34, n. 3, p. 180-193, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Pontos de corte, Sensibilidades e Especificidades – GP v. GC 1

Reatividade emocional			Retraimento			Problemas invasivos do desenvolvimento		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
49,00	1,00	0,00	49,00	1,00	0,00	49,00	1,00	0,00
50,50	0,89	0,39	50,50	1,00	0,13	50,50	1,00	0,13
53,00	0,89	0,48	53,50	0,98	0,39	51,50	0,98	0,35
57,00	0,85	0,70	58,00	0,87	0,52	54,00	0,98	0,48
60,50	0,72	0,70	61,50	0,78	0,65	57,50	0,96	0,65
			62,00	0,77	0,66			
63,50	0,61	0,78	65,00	0,74	0,70	61,00	0,93	0,65
66,00	0,41	0,83	68,50	0,63	0,78	64,50	0,91	0,65
						65,00	0,89	0,65
68,00	0,33	0,83	71,50	0,57	0,87	67,00	0,85	0,70
69,50	0,22	0,91	74,50	0,41	0,87	69,00	0,78	0,70
71,50	0,15	0,91	77,50	0,28	0,87	71,00	0,70	0,78
75,00	0,07	0,96	80,50	0,15	0,91	73,00	0,67	0,83
78,50	0,04	0,96	83,50	0,09	0,96	74,50	0,57	0,91
81,50	0,04	1,00	86,50	0,04	1,00	76,00	0,41	0,91
88,00	0,02	1,00	89,50	0,02	1,00	78,00	0,28	0,96
94,00	0,00	1,00	92,00	0,00	1,00	80,00	0,22	1,00
						81,50	0,17	1,00
						84,00	0,11	1,00
						87,00	0,07	1,00
						89,50	0,04	1,00
						93,00	0,02	1,00
						96,00	0,00	1,00

APÊNDICE B

Pontos de corte, Sensibilidades e Especificidades – GP v. GC 2

Reatividade emocional			Retraimento			Problemas invasivos do desenvolvimento		
Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
49,00	1,00	0,00	49,00	1,00	0,00	49,00	1,00	0,00
50,50	0,89	0,44	50,50	1,00	0,47	50,50	1,00	0,22
53,00	0,89	0,62	53,50	0,98	0,76	51,50	0,98	0,42
57,00	0,85	0,82	58,00	0,87	0,89	54,00	0,98	0,60
60,50	0,72	0,96	61,50	0,78	0,98	57,50	0,96	0,78
63,50	0,61	0,98	65,00	0,74	1,00	61,00	0,93	0,84
66,00	0,41	0,98	68,50	0,63	1,00	64,50	0,91	0,96
						65,00	0,89	0,964
68,00	0,33	0,98	71,50	0,57	1,00	67,00	0,85	0,98
69,50	0,22	0,98	74,50	0,41	1,00	69,00	0,78	1,00
71,50	0,15	1,00	77,50	0,28	1,00	71,00	0,70	1,00
75,00	0,07	1,00	80,50	0,15	1,00	73,00	0,67	1,00
80,00	0,04	1,00	83,50	0,09	1,00	74,50	0,57	1,00
88,00	0,02	1,00	86,50	0,04	1,00	76,00	0,41	1,00
94,00	0,00	1,00	89,50	0,02	1,00	78,00	0,28	1,00
			92,00	0,00	1,00	80,00	0,22	1,00
						81,50	0,17	1,00
						84,00	0,11	1,00
						87,00	0,07	1,00
						89,50	0,04	1,00
						93,00	0,02	1,00
						96,00	0,00	1,00

APÊNDICE C

Tabela de Correlação de Spearman entre questões do CBCL/1.5-5 e itens da CARS

			Questões do CBCL/ 1.5-5															
Correlação de Spearman			2. Comport a-se de maneira muito infantil para a sua idade	4. Evita olhar os outros nos olhos	23. Não respond e quando pessoas falam com ele(a)	62. Recu sa-se a brinc ar de jogos movi ment ados	67. Parec e não respo nder a afeto (cari nho)	70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas	71. Mostra pouco interes se pelas coisas ao seu redor	98. Isola-se, não se relacio na com os outros	3. Tem medo de tenta r coisa s nova s	7. Não suport a ter as coisas fora do lugar	21. Fica perturbado(a) com qualqu er mudan ça na rotina	25. Não se dá bem com outras criança s	63. Balança a cabeça ou o corpo repetida mente	76. Tem proble mas de fala	80. Tem compo rtamen to estranh o	92. Fica incom odado com pessoa s ou situaç ões novas
I t e n s d a C A R S	1. Relações pessoais	Coefi cient e de corre lação	0,445	0,538	0,573	0,283	0,315	0,456	0,490	0,530	0,332	0,198	0,367	0,402	0,413	0,587	0,689	0,400
		Valor p	0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,035	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	2. Imitação	Coefi cient e de corre lação	0,474	0,511	0,616	0,246	0,246	0,399	0,454	0,551	0,363	0,100	0,278	0,208	0,340	0,614	0,673	0,470
		Valor p	0,000	0,000	0,000	0,008	0,008	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,289	0,003	0,027	0,000	0,000	0,000
	3. Resposta emocional	Coefi cient e de	0,559	0,511	0,668	0,349	0,405	0,530	0,574	0,558	0,259	0,037	0,441	0,308	0,424	0,543	0,675	0,342

	corre lação																
	Valor p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,693	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
4. Uso corporal	Coefi cient e de corre lação	0,427	0,525	0,555	0,266	0,313	0,440	0,493	0,498	0,349	0,150	0,392	0,287	0,457	0,460	0,683	0,428
	Valor p	0,000	0,000	0,000	0,004	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,112	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000
5. Uso de objetos	Coefi cient e de corre lação	0,526	0,623	0,656	0,331	0,392	0,502	0,541	0,578	0,282	0,066	0,360	0,375	0,460	0,606	0,775	0,392
	Valor p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,486	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
6. Resposta a mudanças	Coefi cient e de corre lação	0,358	0,343	0,388	0,169	0,302	0,316	0,375	0,422	0,208	0,168	0,643	0,219	0,316	0,425	0,545	0,390
	Valor p	0,000	0,000	0,000	0,073	0,001	0,001	0,000	0,000	0,026	0,074	0,000	0,019	0,000	0,000	0,000	0,000
7. Resposta visual	Coefi cient e de corre lação	0,484	0,585	0,621	0,283	0,391	0,433	0,494	0,520	0,311	0,183	0,472	0,299	0,380	0,584	0,729	0,423
	Valor p	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,051	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
8. Resposta	Coefi	0,437	0,505	0,523	0,239	0,383	0,312	0,412	0,458	0,298	0,190	0,380	0,208	0,261	0,458	0,660	0,335

	auditiva	cient e de corre lação																
	Valor p		0,000	0,000	0,000	0,010	0,000	0,001	0,000	0,000	0,001	0,043	0,000	0,027	0,005	0,000	0,000	0,000
9. Paladar, olfato e tato	Coefi cient e de corre lação		0,391	0,471	0,529	0,272	0,260	0,460	0,495	0,472	0,251	0,099	0,303	0,187	0,328	0,513	0,666	0,392
	Valor p		0,000	0,000	0,000	0,003	0,005	0,000	0,000	0,000	0,007	0,293	0,001	0,046	0,000	0,000	0,000	0,000
10. Medo ou nervosismo	Coefi cient e de corre lação		0,343	0,462	0,564	0,202	0,403	0,439	0,447	0,425	0,268	0,208	0,331	0,228	0,371	0,486	0,639	0,371
	Valor p		0,000	0,000	0,000	0,031	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,027	0,000	0,015	0,000	0,000	0,000	0,000
11. Comunicaç ão verbal	Coefi cient e de corre lação		0,533	0,503	0,675	0,275	0,362	0,432	0,523	0,610	0,335	0,134	0,373	0,245	0,315	0,751	0,700	0,435
	Valor p		0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,154	0,000	0,009	0,001	0,000	0,000	0,000
12. Comunicaç ão não-verbal	Coefi cient e de corre lação		0,481	0,594	0,686	0,314	0,436	0,532	0,579	0,602	0,299	0,125	0,325	0,254	0,463	0,618	0,797	0,423
	Valor p		0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,184	0,000	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000

		p																
	13. Nível de atividade	Coeficiente de correlação	0,372	0,328	0,528	0,239	0,439	0,507	0,524	0,442	0,098	0,080	0,347	0,365	0,375	0,440	0,479	0,259
		Valor p	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000	0,000	0,000	0,000	0,297	0,397	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005
	14. Resposta intelectual	Coeficiente de correlação	0,461	0,578	0,585	0,217	0,424	0,517	0,545	0,557	0,195	0,086	0,387	0,340	0,376	0,562	0,688	0,369
		Valor p	0,000	0,000	0,000	0,020	0,000	0,000	0,000	0,000	0,038	0,363	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	15. Impressões gerais	Coeficiente de correlação	0,470	0,570	0,623	0,270	0,406	0,493	0,558	0,568	0,263	0,157	0,414	0,323	0,361	0,601	0,786	0,425
		Valor p	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,096	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000