

## AVALIAÇÕES QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE UM MENINO AUTISTA: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Carolina Lampreia\*

**RESUMO.** O conceito de autismo sofreu várias reformulações ao longo do tempo. Seu diagnóstico conta atualmente com dois instrumentos oficiais – CID 10 e DSM IV – e uma série de outros. A partir do estudo de caso de um menino autista, em que foram utilizados o DSM IV, o CARS e o PEP-R, o presente trabalho pretendeu confrontar os dados quantitativos proporcionados por estes instrumentos com uma análise qualitativa dos dados do PEP-R. Os resultados mostraram concordância quanto ao diagnóstico de autismo e aos prejuízos nas áreas social, de linguagem e imitação. Contudo, a análise qualitativa dos resultados do PEP-R mostrou competências não reveladas pelos três instrumentos. Isto recomenda uma análise qualitativa, mais discriminativa do perfil de habilidades da criança autista.

**Palavras-chave:** autismo, instrumentos de avaliação, perfil de habilidades.

## QUANTITATIVE AND QUALITATIVE EVALUATIONS OF AN AUTISTIC BOY: A CRITICAL ANALYSIS

**ABSTRACT.** The concept of autism has undergone several changes throughout time. Today two official instruments – ICD 10 and DSM IV – are used for its diagnosis together with several other instruments. A previous research has evaluated an autistic boy using the DSM IV, CARS and PEP-R. The present article compares quantitative data produced by this research with a qualitative analysis of PEP-R data. Results indicate agreement concerning the diagnosis of autism and impairments on social interaction, language and imitation. However, a qualitative analysis of PEP-R data indicates abilities not shown by the three instruments. The article concludes with the assertion that qualitative analyses may produce a better discrimination of the abilities of autistic children.

**Key words:** autism, assessment instruments, abilities profile.

A noção de autismo tem sofrido uma série de mudanças ao longo do tempo. Sua definição e, concomitantemente, seu diagnóstico têm variado a partir da busca de uma maior elaboração conceitual, fruto do grande aumento de pesquisas na área. Aliados a isto, vários outros instrumentos de avaliação têm sido desenvolvidos com o intuito de proporcionar um perfil mais refinado dos prejuízos e competências da criança sob investigação. Contudo, podemos questionar em que medida estes instrumentos conseguem realmente traçar um perfil mais fidedigno das habilidades da criança autista avaliada. É o que o presente artigo se propõe a analisar, a partir de uma análise qualitativa dos resultados de um estudo de caso de um menino autista.

A primeira descrição do autismo infantil, realizada por Kanner (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. Posteriormente, ele reviu sua definição, restringindo-a ao auto-isolamento e à insistência na preservação da rotina (Eisenberg & Kanner, 1956). Hoje, o termo autismo costuma ser usado para se referir a um espectro de síndromes com características em comum – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, de acordo com o DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ou Transtornos Globais do Desenvolvimento, de acordo

\* Docente do Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

**Endereço para correspondência:** Departamento de Psicologia, PUC, Rua Marquês de São Vicente, 225, Rio de Janeiro – RJ.  
E-mail: lampreia@psi.puc-rio.br

Agradeço a Cleonice Bosa pelos valiosos comentários.

com o DSM IV-TR; ou ainda Transtornos do Espectro Autista, conforme vários autores na literatura, como Filipek e cols., 1999 – ou a uma dessas síndromes – Transtorno Autista, conforme o DSM IV, ou Autismo de Kanner, como mencionado em Wing, 1996a.

Além disso, o próprio Transtorno Autista abrange um *spectrum* muito heterogêneo de quadros comportamentais – algumas crianças apresentam uma história de desvio do desenvolvimento desde os primeiros dias ou meses de vida, enquanto outras somente após um ou dois anos de suposta normalidade; algumas falam, outras são mudas; algumas apresentam retardo mental, outras não. O quadro é, portanto, bastante heterogêneo.

A história do diagnóstico oficial sofreu uma série de mudanças, ao longo do tempo. O termo autismo surgiu oficialmente pela primeira vez na CID 9 (Classificação Internacional de Doenças), em 1975, e foi categorizado como uma psicose da infância. Até então, o DSM I e o DSM II, respectivamente em 1952 e 1968, se referiam apenas à esquizofrenia de tipo infantil. Foi Rutter (1978) que, através de uma vasta revisão da literatura, propôs que o autismo fosse concebido como um transtorno do desenvolvimento e diagnosticado através da tríade de prejuízos que prevalece até os dias atuais – interação social, comunicação, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades.

Como o diagnóstico se apóia em descrições fenomenológicas em vez de critérios etiológicos, o resultado é que ele não é aplicado de maneira consistente, havendo assim uma população muito heterogênea de crianças autistas.

O diagnóstico do autismo conta atualmente com dois instrumentos oficiais: a CID 10, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993), e o DSM IV, da Associação Norte-americana de Psiquiatria (APA, 1994). Estes instrumentos são muito similares, dada a tentativa deliberada de unificá-los, e avaliam três áreas de desenvolvimento que estão qualitativamente prejudicadas no autismo – a interação social, a comunicação e os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Contudo, os itens de avaliação que compõem cada uma destas áreas são formulados de forma bastante genérica. Por exemplo, o segundo item de interação social do DSM IV (2000) diz: “fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento” (p. 70). Como decidir o que é um “fracasso”? A timidez pode ser enquadrada como um fracasso? E o primeiro item de padrões restritos e repetitivos diz: “preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e

restritos de interesse, anormais em intensidade e foco” (p. 70). Qual é critério de delimitação de “anormalidade”?

É possível que esta falta de uma melhor especificação dos comportamentos a serem avaliados tenha ensejado a enorme proliferação de outros instrumentos avaliativos ao longo dos anos. Um documento que visa dar subsídios ao rastreamento e diagnóstico dos Transtornos do Espectro Autista, elaborado por quinze autores de diferentes centros acadêmicos dos EUA e de iniciativa da *Child Neurology Society* e da *American Academy of Neurology* (Filipek e cols., 1999), se refere a nada menos que doze instrumentos.

Estes instrumentos podem ser questionários ou instrumentos de observação direta. Os primeiros, como, por exemplo, o ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) (Lord, Rutter e Le Couteur, 1994), o PIA (The Parent Interview for Autism) (Stone & Hogan, 1993) e o WADIC (Wing Autistic Disorder Interview Checklist) (Wing, 1996b), devem ser aplicados ao responsável pela criança avaliada. Os instrumentos de observação, como o ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) (Lord, Rutter, Goode, Heemsbergen, Jordan, Mawhood e Schopler, 1989) e o CARS (Childhood Autism Rating Scale) (Schopler, Reichler e Renner, 1988), requerem uma observação direta da criança.

#### UMA ANÁLISE QUALITATIVA DOS RESULTADOS DO PEP-R

As questões que serão debatidas no presente trabalho surgiram a partir destas discussões e no contexto de uma outra pesquisa (Lampreia, Gikovate e Araújo, 1999). Nela, foram avaliadas oito crianças através do DSM IV (1994), do CARS (Schopler, Reichler e Renner, 1988) e do PEP-R (Psychoeducational Profile-Revised) (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing e Marcus, 1990). Esta avaliação suscitou uma série de questões relativas às informações proporcionadas pelos diferentes instrumentos, mas principalmente pelo PEP-R, um instrumento mais refinado que o DSM IV e o CARS.

Podemos, através de uma análise qualitativa do instrumento, nos perguntar, por um lado, em que medida os diferentes itens do PEP-R avaliam áreas importantes para se obter um quadro mais compreensivo do repertório comportamental da criança, como, por exemplo, a área da atenção. Por outro lado, um determinado item pode avaliar outra área além daquela que ele se propõe avaliar e, dessa maneira, proporcionar dados que permitem

reconsiderar a avaliação inicial. Por exemplo, um item que avalia a área motora fina pode também fornecer dados a respeito da área da linguagem, como será visto a seguir. Mas isto não está no instrumento.

Estas questões e as análises resultantes serão aqui avaliadas a partir dos dados de um dos sujeitos da pesquisa acima mencionada. Procurar-se-á analisar quantitativa e qualitativamente o seu desempenho nos diferentes itens das áreas social, de linguagem e de imitação. O foco nas áreas social e da linguagem se deve ao fato de serem consideradas fundamentais na caracterização do autismo, e na de imitação porque ela pode ser considerada um pré-requisito essencial para a aquisição de outros comportamentos, como beber água em um copo ou encaixar peças em um quebra-cabeça.

Além disso, será avaliado em que medida o sujeito apresenta indiretamente comportamentos tidos como ausentes pelo instrumento, na maneira como foi proposta a sua aplicação. Isto é, o sujeito pode não responder afirmativamente a nenhum dos itens do instrumento que avaliam, por exemplo, o comportamento verbal, mas responder a itens que requerem compreensão verbal.

## MÉTODO

### Sujeito

Gustavo<sup>1</sup>, sujeito da presente pesquisa, já tinha sido avaliado pelo DSM III-R e diagnosticado como autista por um neurologista que, aos 4 anos e 10 meses, o encaminhou para esta segunda avaliação. Ele mora com a família e participa de um programa educacional.

### Procedimento

A avaliação ocorreu, em uma única sessão, em uma sala única com três ambientes: dois menores, onde foi realizada a entrevista com a mãe e onde ficaram os observadores, e o maior, onde foi realizada a avaliação da criança.

Os instrumentos de avaliação foram: uma anamnese médica e o DSM-IV, aplicados pelo mesmo neurologista que havia encaminhado o sujeito; o CARS, que foi aplicado pelo neurologista e um observador; e o PEP-R, que foi aplicado por dois avaliadores. Os registros do PEP-R foram realizados pelo mesmo observador e posteriormente revisados pelo avaliador principal.

A Anamnese Médica incluiu dados a respeito da gestação, parto, desenvolvimento, avaliação do problema

e exame físico. Ela foi elaborada com base na experiência clínica do neurologista e na revisão de alguns trabalhos pertinentes ao roteiro de avaliação em autismo, sobretudo quanto ao item “avaliação do problema” (Gillberg, 1989a; Gillberg, 1989b; Baron-Cohen, Allen e Gillberg, 1992; Wing, 1969; Rimland, 1964).

O DSM-IV é uma classificação dos transtornos mentais desenvolvida com finalidades clínicas, de pesquisa e educacionais. Sua maior prioridade é oferecer um manual útil para a prática clínica, além de facilitar as pesquisas, melhorar a comunicação entre clínicos e pesquisadores e permitir o aperfeiçoamento da coleta de informações clínicas. O transtorno autista é uma das cinco categorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento e inclui primordialmente a avaliação de três áreas: (1) interação social, (2) comunicação, (3) padrões repetitivos de comportamento, interesses e atividades, avaliadas através de quatro itens cada uma. O critério de diagnóstico para o transtorno autista é: um total de seis ou mais itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2) e um de (3). O DSM-IV deve ser empregado por indivíduos com treinamento clínico apropriado e experiência em diagnóstico (APA, 1994).

O CARS é uma escala de avaliação que tem como objetivo identificar crianças com autismo e distingui-las de crianças com atraso no desenvolvimento sem autismo. Inclui quinze itens comportamentais: relação com pessoas; imitação; resposta emocional; uso do corpo; uso de objetos; adaptação à mudança; resposta visual; resposta auditiva; resposta e uso do paladar, cheiro e tato; medo ou nervosismo; comunicação verbal; comunicação não-verbal; nível de atividade; nível e consistência de resposta intelectual; impressões gerais.

As avaliações podem ser feitas a partir de diferentes fontes de observação, tais como: testagem psicológica ou participação em sala de aula; relato dos pais; registros históricos, desde que incluam a informação requerida para todos os itens.

Na aplicação do CARS são tomadas notas em uma folha de avaliação, sendo a avaliação, propriamente dita, feita somente após a obtenção de todos os dados. Cada item é pontuado da seguinte maneira: 1 ponto – normal, 2 pontos – levemente anormal, 3 pontos – moderadamente anormal e 4 pontos – severo, admitindo-se intervalos de 0,5 ponto. A soma da pontuação dos quinze itens permite o diagnóstico de acordo com o seguinte critério: < 30 pontos = normal, > 30 < 36,5 pontos = autismo leve a moderado, > 37 pontos = autismo severo (Schopler, Reichler e Renner, 1988).

O PEP-R é um inventário concebido como instrumento educacional para planejamento de

<sup>1</sup> Nome fictício.

programas educacionais especiais individualizados. Ele avalia tanto atrasos no desenvolvimento como comportamentos típicos do autismo, com o propósito de diagnóstico, baseados no CARS, devendo ser aplicado entre os 6 meses e 12 anos de idade.

Ele oferece informações relativas a sete áreas de desenvolvimento (imitação, percepção, motora fina, motora grossa, integração olho-mão, cognição, cognitivo-verbal), envolvendo um total de 131 itens. Ele também identifica níveis de anormalidades de comportamento típicos do autismo, em quatro áreas (relacionamento e afeto; brincar e interesse por materiais; respostas sensoriais; linguagem), num total de 43 itens.

Os materiais de avaliação incluem uma série de brinquedos e materiais pedagógicos apresentados à criança como atividades estruturadas de brincar e as técnicas de aplicação incluem instruções verbais, gestos, demonstrações e ajuda física. O avaliador observa, avalia e anota a resposta da criança durante o teste. Cada item de desenvolvimento pode ser avaliado como: aprovado, emergente ou reprovado, enquanto os itens de comportamento devem ser avaliados como: adequado, moderado ou grave.

Ao final da aplicação é feita a avaliação de desenvolvimento e comportamental, de acordo com critérios proporcionados pelo instrumento (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing e Marcus, 1990).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Anamnese

Segundo o relato da mãe, Gustavo nasceu a termo, com 3000gr de peso e Apgar normal. Teve complicações respiratórias no parto e, com um mês de idade, pneumonia. Começou a andar com um ano e dois meses e a falar frases com dois anos, mas na maior parte das vezes em que aprendia uma palavra a esquecia. Aos dois anos, após uma otite, parou de responder ao chamado de seu nome, progressivamente parou de falar e passou a ficar socialmente isolado. Houve suspeita de surdez.

Na época desta segunda avaliação, ainda segundo o relato da mãe, falava poucas palavras e o final de algumas frases, tinha dificuldade de socialização, de concentração e para ficar sentado. Não apontava para chamar a atenção e só procurava atrair a atenção do adulto quando queria algo. Brincava pouco com outras crianças, mas gostava de brincar com a irmã. Eventualmente, olhava no olho. Estava começando a imitar movimentos e a brincar de faz-de-conta. Gostava de tudo sempre no mesmo lugar e em ordem.

A bisavó materna teve PMD e a mãe se considera uma pessoa deprimida. Ao exame físico, apresentou

agitação psicomotora e maneirismos, como olhar com o olho semifechado. A mãe relatou que chegou a apresentar automutilação, mas parou.

O entrevistador observou que o relato da mãe nem sempre estava de acordo com a sua própria observação direta da criança.

### DSM-IV e CARS

Os resultados apresentados na tabela 1 indicam que Gustavo foi diagnosticado como autista pelo DSM IV, apresentando 3 itens em social, 2 itens em comunicação e 1 item em estereotípias.

**Tabela 1.** Diagnóstico pelo DSM-IV e CARS e Escala Comportamental do PEP-R.

DSM IV autista	CARS autista severos	Área	PEP-R			
			A <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	G <sup>3</sup>	A+M/T <sup>4</sup>
		Relacionamento	3	0	9	3/12
		Materiais	1	3	5	3/12
		Sensorial	5	3	4	8/12
		Linguagem	0	0	11	0/11

<sup>1</sup> Adequado; <sup>2</sup> Moderado; <sup>3</sup> Grave; <sup>4</sup> Adequado + Moderado/Total

Pelo CARS foi diagnosticado como autista severo (44,5 pontos), apresentando dez itens pontuados como moderados/severos (relação com pessoas, imitação, resposta emocional, adaptação a mudança, resposta visual, resposta auditiva, comunicação verbal e não-verbal, nível de atividade e impressão geral), quatro itens pontuados como leves (uso do corpo, uso de objeto, medo ou nervosismo, nível de resposta intelectual) e um item pontuado como normal (resposta/uso paladar, cheiro, tato).

**Tabela 2.** Diagnóstico pelo CARS.

Item	Pontos*
1- relação com pessoas	3,5
2- imitação	4
3- resposta emocional	3
4- uso do corpo	2
5- uso de objeto	2
6- adaptação a mudança	3,5
7- resposta visual	3
8- resposta auditiva	4
9- resposta/uso paladar, cheiro, tato	1,5
10- medo ou nervosismo	2
11- comunicação verbal	4
12- comunicação não-verbal	3
13- nível de atividade	3,5
14- nível de resposta intelectual	2
15- impressão geral	3,5
<b>Total</b>	<b>44,5</b>

\* 1/1,5 – normal; 2/2,5 – leve; 3/4 – moderado

**PEP-R (escala comportamental)**

Embora o PEP-R não seja um instrumento de diagnóstico, sua escala comportamental avalia comportamentos considerados característicos do autismo e, por esta razão, pode ajudar a especificar semelhanças e diferenças naquelas crianças diagnosticadas como autistas a partir de outros instrumentos.

Os dados da escala comportamental do PEP-R mostram que o desempenho de Gustavo foi nulo em linguagem, isto é, ele não respondeu a nenhum dos itens avaliados. Em relacionamento, apenas três itens foram avaliados como adequados e moderados num total de doze, sendo nove itens avaliados como graves. Em materiais, cinco itens sobre oito foram avaliados como graves. E na área sensorial, oito itens foram avaliados como adequados ou moderados sobre doze. (ver tabela 1)

**PEP-R (escala de desenvolvimento)**

A tabela 3 apresenta os dados relativos às diferentes áreas de desenvolvimento avaliadas pelo PEP-R. A segunda coluna apresenta o número de itens que a criança passou – incluindo-se aí os emergentes – sobre o número de itens que, dada a sua idade cronológica, deveria ter passado. A última coluna da tabela 3 apresenta a idade cronológica e a idade de desenvolvimento, tal como medida pelo PEP-R, com o resultante Quociente de Desenvolvimento<sup>2</sup>.

**Tabela 3.** Escala de Desenvolvimento do PEP-R.

Áreas	Total passa'/deveria passar pela idade	
imitação	0/15	IC/ID <sup>2</sup> : 58m./16m.
percepção	9/13	QD <sup>3</sup> = 27,58
motora fina	4/14	
motora grossa	10/17	
integração mão-olho	3/11	
desenvolv. cognitivo	1/21	
cognitivo verbal	1/15	

<sup>1</sup> 'total passa' = itens efetivamente passados + itens emergentes

<sup>2</sup> Idade Cronológica/Idade Desenvolvimento

<sup>3</sup> Quociente de Desenvolvimento

Os resultados mostram que Gustavo apresentou um atraso significativo em muitas áreas da escala. Seu desempenho foi nulo em imitação (não apresentou nenhum item) ou quase nulo em desenvolvimento cognitivo e cognitivo verbal (apresentou apenas um item de cada uma dessas duas áreas avaliadas). Nas áreas motora fina e integração mão-olho, seu

<sup>2</sup> Quociente de Desenvolvimento do PEP-R: Idade de Desenvolvimento/Idade Cronológica x 100.

desempenho foi insuficiente, por apresentar, respectivamente, apenas quatro itens em catorze e três itens em onze. Apenas nas áreas de percepção e motora grossa passou em mais de 50% dos itens.

A análise quantitativa dos dados acima mostra que houve concordância entre os três instrumentos quanto ao diagnóstico de autismo. Houve também concordância quanto a sérios prejuízos nas áreas social, de linguagem e de imitação, mencionadas na introdução.

Na área social, Gustavo apresentou três itens pelo DSM IV, 3,5 pontos pelo CARS e nove itens graves em doze na escala comportamental do PEP-R. Na área de linguagem, apresentou dois itens pelo DSM IV, 4 pontos em comunicação verbal e 3 em comunicação não-verbal pelo CARS e nenhum item no PEP-R comportamental. Quanto à imitação, obteve 4 pontos pelo CARS.

A análise qualitativa que será vista a seguir irá privilegiar as áreas social e de linguagem, por caracterizarem o autismo, e da imitação, por ser um pré-requisito para a aquisição de uma série de comportamentos, como mencionado anteriormente.

Procurou-se responder às seguintes perguntas:

1. na área da linguagem, embora o sujeito seja não-verbal, será que ele tem linguagem receptiva (compreensão da fala e de gestos) e alguma forma de linguagem expressiva (uso da fala e de gestos)?
2. na área da imitação, será que o sujeito que não imita tem atenção, problemas sensoriais e/ou perceptuais? O que ele é capaz de imitar?
3. na área social, seu relacionamento é nulo? Que forma de relacionamento tem?

Para responder a estas perguntas, foram considerados todos os itens das duas escalas do PEP-R, já que um item que avalia, por exemplo, a área motora fina, como o acionar o interruptor da luz (119), pode dar indicações sobre a linguagem receptiva, como será discutido a seguir.

O que podemos concluir a respeito de Gustavo? Que respostas os dados acima, junto com os dados dos outros instrumentos de avaliação, fornecem para estas perguntas?

A resposta à primeira pergunta, a respeito da área da linguagem, é que, embora o sujeito seja pouco verbal, segundo o relato da mãe, ou não-verbal, segundo os instrumentos de avaliação, algum tipo de linguagem expressiva, na forma de gestos, ele tem: apresentou um item de uso de gesto quando pediu ajuda ao avaliador para abrir a tampa do vidro (item 61 de cognitivo verbal). Ele também apresentou algum tipo de linguagem receptiva, na forma de compreensão

da fala – quando acionou o interruptor da luz (119 da área motora fina) – assim como compreensão de gestos – quando respondeu a gestos como “vem cá” (59 – percepção), indicou locais corretos para formas geométricas (19 – percepção), indicou locais pelo tamanho (25 – percepção), colocou peças pelo tamanho (26 – integração mão-olho). Estes itens indicam que o sujeito tem alguma compreensão, não só de gestos propriamente ditos mas também da situação que lhe pede fazer algo.

**Tabela 4.** Escala de Desenvolvimento do PEP-R.

<b>Imitação</b>	<b>Percepção</b>	
52. brinca esconde-esconde	→ <sup>1</sup> 3. acompanha visualmente	+
129. responde imitação ações	- 4. busca visual linha média	+
130. responde imitação sons	- 35. se orienta som castanholha	+
142. dá tchau	- 57. se orienta som apito	-
11. enrola argila	- 111. se orienta som sino	+
113. imita c/brinquedo barulho	- 59. responde a gestos	+
15. imita ações com objetos	- 120. se interessa por livro	-
14. imita sons animais	- 7. apresenta dominância ocular	+
41. imita movs. mots. grossos	- 19. indica locais corretos	+
124. repete palavras	- 25. indica locais pelo tamanho	+
123. repete sons	- 23. completa quadro de objetos	-
6. manipula caleidoscópio	- 32. emparelha blocos com discos	-
13. manipula boneco	- 108. encontra bala sob xícara	+
100. repete 2 e 3 dígitos	-	-
<b>Motora fina</b>	<b>Motora grossa</b>	
9. cutuca com dedos	- 47. carrega bola	+
65. tira contas do eixo	- 48. empurra bola	+
10. agarra pinos	- 50. sobe em cadeira	+
119. aciona interruptor luz	+ 37. anda sozinho	+
99. coloca em cesta	- 68. transfere objetos de mãos	+
66. coloca contas no eixo	- 60. toma suco em copo	+
109. pega pinçando	+ 44. joga bola	+
67. usa mãos cooperativamente	- 51. se empurra em plataforma	-
1. desenrosca tampa	+ 24. olha para pegar peças	-
2. sopra bolas sabão	+ 38. bate palmas	-
63. enfia contas barbante	- 40. pula p/frente e trás em 2 pés	-
86. corta papel c/tesoura	- 72. dominância manual	-
87. identifica e entrega objetos	- 45. chuta bola	+
12. modela argila como tigela	- 39. fica sobre um pé só	-
<b>Integração mão-olho</b>	46. apresenta dominância pé	+
71. rabisca espontaneamente	- 43. pega bola	+
20. encaixa formas	+ 64. balança contas em barbante	-
26. coloca peças por tamanho	+	
94. coloca blocos em caixa	- <b>Desempenho cognitivo</b>	
93. empilha blocos	+ 53. encontra objeto escondido	+
80. emparelha letras	-	
74. copia círculo	- <b>Cognitivo verbal</b>	
79. traça formas	- 61. gestos pedindo ajuda	+
30. encaixa peças quebra-cabeça	-	
73. copia linha vertical	-	
78. colore em linhas	-	

<sup>1</sup> + passa no item; - não passa no item

Devemos observar que, quando avaliamos a linguagem apenas através das categorias linguagem e cognitivo verbal do PEP-R, na realidade estamos avaliando a fala e não a linguagem no sentido mais amplo de significação, simbolização.

O resultado da avaliação da imitação é que, embora Gustavo não seja capaz de passar em nenhum dos itens específicos desta área no PEP-R e tenha obtido 4 pontos no CARS, o que indica um desempenho grave nesta área, outros itens indicam que ele deve ser capaz de algum tipo de imitação: ele foi capaz de indicar os locais corretos de formas geométricas (19 – percepção), indicar os locais das formas pelo tamanho (25 – percepção), acionar o interruptor da luz (119 – motora fina), desenroscar a tampa (1 – motora fina), soprar bolas de sabão (2 – motora fina), tomar suco no copo (60 – motora grossa), jogar bola (44 – motora grossa), chutar bola (45 – motora grossa), empilhar blocos (93 – integração mão-olho), usar gesto para pedir ajuda (61 – cognitivo verbal). Supõe-se que estes itens tenham sido adquiridos através da imitação.

A imitação parece ter como pré-requisito as áreas da atenção, sensorial e perceptual. Seu mau desempenho na imitação poderia ser atribuído principalmente a problemas de atenção, já que a avaliação desta área foi negativa tanto nos instrumentos quanto no relato da mãe.

O único item no PEP-R para avaliar a amplitude da atenção (159 – materiais) foi pontuado como grave, e no CARS ele obteve 4 pontos para o item que avalia as respostas a sons, o que também deve ser considerado grave.

O mau desempenho na imitação também poderia ser atribuído a problemas sensoriais e perceptuais, já que muitos itens foram avaliados negativamente. Na área sensorial, Gustavo teve os seguintes itens avaliados como graves: exame de blocos (5), reação a cócegas (56), ao som do apito (58), sensibilidade visual (147). E os seguintes itens avaliados como moderados: sensibilidade auditiva (148), interesse por gostos (150), movimentos e maneirismos (156). E na área de percepção, Gustavo não passou, por exemplo, nos seguintes itens: orientação ao som do apito (57), interesse por livro (120). No CARS, a resposta visual foi avaliada com 3 ponto, enquanto as respostas relativas a tato, paladar e cheiro obtiveram 1,5 pontos. Estes dados indicam haver, portanto, um déficit de atenção e em alguns aspectos sensoriais/perceptuais, visuais e auditivos, embora não todos.

Na área social, embora a avaliação seja bastante negativa, há alguma forma de relacionamento: Gustavo teve um desempenho adequado nos itens:

reação a contato físico, contato ocular e buscar ajuda do avaliador (itens 55, 146 e 154 de relacionamento social do PEP-R). Na avaliação do CARS, obteve 3,5 pontos, o que deve ser considerado moderadamente inapropriado.

Em suma, embora o desempenho de Gustavo esteja bastante prejudicado nas áreas da linguagem, imitação, atenção, sensorial, perceptual e social, ele não é nulo. Caberia investigar se há um desempenho diferencial em diferentes situações nestas diferentes áreas que justifique a apresentação de alguns comportamentos.

O que concluir a partir da análise acima ?

Podemos afirmar que o PER-R proporciona dados avaliativos relevantes, pois permite ter-se uma visão geral das diferentes áreas de competência da criança em termos de desenvolvimento, assim como dos prejuízos em áreas que caracterizam o autismo (relacionamento social, materiais, sensorial, linguagem).

Contudo, como todo teste, ele apresenta limitações conceituais e de aplicação. Isto é, ele avalia uma determinada definição de uma categoria e o faz em uma situação específica.

Desta maneira, a questão é em que medida ele “revela” a competência real da criança. Ele pode estar medindo mais do que supõe sua definição e menos do que deveria, se as diferentes categorias fossem definidas de maneira diferente.

A categoria linguagem, para o PEP-R, envolve apenas fala. O que falta avaliar, se adotarmos um conceito mais abrangente de linguagem, que inclua a capacidade de compreensão – linguagem receptiva – e a de comunicação – linguagem expressiva?

Cada item do PEP-R pode avaliar não apenas a sua própria área, mas também outras áreas. Como visto, um item da área de imitação pode estar medindo também a linguagem receptiva. Na verdade, a linguagem está sendo avaliada, no PEP-R, em um grande número de itens incluídos em outras categorias. Seria o caso, então, de ver que outros itens avaliam uma determinada capacidade. Por exemplo, que outros itens avaliam também a linguagem, tomada em um sentido mais amplo do que apenas fala.

Outra questão diz respeito à forma de aplicação do PEP-R que também pode levar a um perfil incompleto da competência da criança. Ele é aplicado em uma situação artificial, fora de contexto e fora do ambiente natural da criança. Por exemplo, a criança pode não dar “tchau” quando se dá “tchau” a ela, numa situação de testagem, mas pode fazê-lo quando vai embora.

Ele também é aplicado por uma pessoa desconhecida, além de haver uma restrição quanto ao tempo. Além disso, tendo-se em vista as peculiaridades da criança autista, como sua possível hipersensibilidade, em que medida o fato de o avaliador se comportar com relação a ela da mesma forma que se comporta ao avaliar uma criança com desenvolvimento típico não prejudica a apresentação de comportamentos por parte da criança autista? Dawson & Lewy (1989) consideram que o baixo limiar para a aversão, junto com a natureza complexa, nova e imprevisível da informação social, pode acarretar na criança autista uma habilidade diminuída para processar a informação social.

Neste sentido, é possível que a criança não seja deficiente no item que está sendo avaliado; que em outras condições, mais apropriadas a suas peculiaridades, ela seja capaz de passar no item.

Finalmente, é preciso observar que o PEP-R apresenta apenas um item para medir a atenção. Mas vários itens, se não todos, dependem da atenção. Se a criança não é capaz de prestar atenção, ela não será capaz de ter um desempenho adequado no teste. Mas será o problema da atenção um problema primário, resultante de uma deficiência neurológica, ou será ele um problema secundário, resultante de sua hipersensibilidade auditiva e possivelmente da situação de teste? É fundamental diferenciar um déficit primário de um déficit secundário. Daí a necessidade de uma avaliação ainda mais fina, que permita discriminar os diferentes problemas encontrados nos instrumentos aqui utilizados.

Para concluir, gostaria de comentar algumas limitações gerais dos instrumentos de avaliação. Pelo menos em alguns casos, a avaliação clínica parece ser mais sensível do que instrumentos estandardizados.

Um amplo estudo sobre problemas de comunicação, envolvendo mais de oito instituições de pesquisa norte-americanas, com o incentivo da *Child Neurology Society* e da *International Neuropsychology Society*, utilizou uma ampla gama de instrumentos de avaliação tais como exame neurológico e psiquiátrico, testes psicométricos estandardizados, DSMs, CID, método taxométrico especialmente desenvolvido para este estudo, etc (Rapin, 1996).

Três observações que constam deste estudo merecem ser salientadas. A primeira é que critérios psicométricos estandardizados tendem a ser mais restritivos e menos sensíveis ao prejuízo da linguagem do que o julgamento clínico baseado no desempenho lingüístico da criança em situações naturais (Rapin e cols. 1996). A segunda observação é que a medida

mais discriminativa para diferenciar os quatro grupos de crianças estudados foi o WADIC, um questionário desenvolvido por Lorna Wing (Fein e cols. 1996). Finalmente, estes mesmos autores afirmam que, para se chegar a decisões diagnósticas ótimas, é melhor usar um processo de consulta que inclua os pais da criança, o professor e o médico. Estas observações parecem relativizar a importância de sofisticados procedimentos de avaliação.

O mesmo pode ser dito a partir de estudos preliminares para a elaboração do DSM IV (Volkmar e cols., 1994) que lançam mão do diagnóstico por clínicos experientes como “regra de ouro” (“gold standard”) para sua aferição. Eles também apresentam observações valiosas a respeito dos instrumentos diagnósticos. Klin, Lang, Cicchetti e Volkmar (2000) comentam que os instrumentos diagnósticos mais confiáveis requerem um treinamento especializado intensivo e nenhum substitui a *expertise* e a experiência clínica. Clínicos experientes levam em conta uma gama mais ampla de fenômenos, além daqueles capturados e definidos nos critérios do DSM IV para o transtorno autista.

Em suma, não se trata de descartar o uso de instrumentos de avaliação<sup>3</sup>. Porém, instrumentos de avaliação são apenas, como o próprio nome o diz, instrumentos. É preciso ter consciência de que sua utilização cega não permite uma avaliação mais compreensiva das capacidades e habilidades da criança.

Estes instrumentos, aliados a uma análise mais qualitativa do seu desempenho, permitem o estabelecimento de um quadro avaliativo mais amplo e, portanto, mais fidedigno. Nada é capaz de substituir nem a experiência e sensibilidade do clínico/avaliador nem a análise acurada do tipo de dado fornecido por um instrumento de avaliação.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *DSM IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Autor.
- Baron-Cohen, S., Allen, J. e Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*. 161, 839-843.
- Dawson, G. & Lewy, A. (1989). Arousal, attention, and the socioemotional impairments of individuals with autism. Em G. Dawson (Org.), *Autism: nature, diagnosis and treatment*. (pp. 49-74). New York: Guilford Press.
- DSM-IV (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (D. Batista, Trad.) (4<sup>a</sup> ed.) Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Eisenberg, L. & Kanner, L. (1956). Early infantile autism, 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry*. xxvi (3), 556-566.
- Fein, D., Allen, D.A., Aram, D.M., Dunn, M.A., Morris, R., Rapin, I. & Waterhouse, L. (1996). Overview and conclusions. Em I. Rapin (Org.), *Preschool children with inadequate communication: developmental language disorder, autism, low IQ*. (pp. 214-228). London: Mac Keith Press.
- Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook Jr., E.H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J.S., Johnson, C.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minshew, N.J., Prizant, B.M., Rapin, I., Rogers, S.J., Stone, W.L., Teplin, S., Tuchman, R.F. & Volkmar, F.R. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 29 ( 6), 439-484.
- Gillberg, C. (1989a). Early symptoms in autism. In C. Gillberg (Org.), *Diagnosis and treatment of autism*. (pp. 23-32). New York: Plenum Press.
- Gillberg, C. (1989b). The first evaluation: treatment begins here. In C. Gillberg (Org.), *Diagnosis and treatment of autism*. (pp. 139-149). New York: Plenum Press.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Klin, A., Lang, J., Cicchetti, D.V. & Volkmar, F.R. (2000). Brief report: interrater reliability of clinical diagnosis and DSM IV criteria for autistic disorders: Results of the DSM IV autism field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 30 (2), 163-167.
- Lampreia, C., Gikovate, C.G. & Araújo, F.R. (1999). *Autismo: diagnóstico e observação*. Relatório de Pesquisa, CNPq.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L. & Schopler, E. (1989). Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 19, 185-212.
- Lord, C., Rutter, M. & Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview – revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 24, 659-685.
- Rapin, I. (Org.) (1996). *Preschool children with inadequate communication: developmental language disorder, autism, low IQ*. London: Mac Keith Press.
- Rapin, I., Allen, D.A., Aram, D.M., Dunn, M.A., Fein, D., Morris, R. & Waterhouse, L. (1996). Classification issues. In I. Rapin (Org.), *Preschool children with inadequate communication: developmental language disorder, autism, low IQ* (pp. 190-213). London: Mac Keith Press.

<sup>3</sup> É preciso salientar que tanto o PEP-R quanto o CARS, utilizados neste estudo, não foram versões adaptadas e validadas para nossa cultura, o que requer certa cautela nos resultados. Está sendo preparado para publicação um estudo que mostrou que alguns itens do livro de imagens do PEP-R foram erroneamente respondidos até mesmo por crianças com desenvolvimento típico, devido à inadequação das figuras para o cotidiano de nossas crianças (Bosa, comunicação pessoal, 08/11/2002). Contudo, esta restrição não chega a invalidar o argumento do presente trabalho.

- Rimland, B. (1964). *Infantile autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 8, 139-161.
- Schopler, E., Reichler, R.J., Bashford, A., Lansing, M.D. & Marcus, L.M. (1990). *Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children. Vol. 1. Psychoeducational profile-revised (PEP-R)*. Austin, Tx: PRO-ED.
- Schopler, E., Reichler, R.J. & Renner, B.R. (1988). *The childhood autism rating scale (CARS)*. Los Angeles, Ca: Western Psychological Services.
- Stone, W.L. & Hogan, K.L. (1993). A structured parent interview for identifying young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 23, 639-652.
- Volkmar, F.R., Klin, A., Siegel, B., Szatmari, P., Lord, C., Campbell, M., Freeman, B.J., Cicchetti, D.V., Rutter, M., Kline, W., Buitelaar, J., Hattab, Y., Fombonne, E., Fuentes, J., Werry, J., Stone, W., Kerbeshian, J., Hoshino, Y., Bregman, J., Loveland, K., Szymanski, L. & Towbin, K. (1994). Field trial for autistic disorder in DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*. 151 (9), 1361-1367.
- Wing, L. (1969). The handicaps of autistic children : a comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 10, 1-40.
- Wing, L. (1996a). Que é autismo ? Em K. Ellis (Org.), *Autismo* (pp. 1-27). Rio de Janeiro: Revinter.
- Wing, L. (1996b). Wing autistic disorder interview checklist (WADIC). In I. Rapin (Org.), *Preschool children with inadequate communication. Developmental language disorder, autism, low IQ* (pp. 247-251). London: Mac Keith Press.
- World Health Organization (1993). *International classification of diseases (10<sup>a</sup> revisão)* Geneva: WHO.

Recebido em 25/11/2002

Revisado em 16/05/2003

Aceito em 30/05/2003