

LEVANTAMENTO DE PROTOCOLOS E MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO AUTISTA APLICÁVEIS NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Survey protocols and diagnostic methods applicable in the autism speech therapy clinic: a literature review

Tábatta Martins Gonçalves⁽¹⁾, Cristiane Monteiro Pedruzzi⁽²⁾

RESUMO

A Fonoaudiologia, no âmbito das ciências da saúde que estudam a comunicação humana, assume grande importância tanto no diagnóstico quanto no tratamento daquelas pessoas com autismo. Entretanto, ainda são poucos os fonoaudiólogos que publicam regularmente sobre o tema, o que demonstra ser uma área que necessita de mais estudos. O transtorno autista caracteriza-se por um prejuízo no desenvolvimento da interação social, da comunicação e do comportamento. Seu diagnóstico deve ser criterioso e considerar os três campos acima. É comum o fonoaudiólogo ser o primeiro profissional procurado pelos pais de crianças autistas; portanto, ele deve saber identificar esses casos. O objetivo da pesquisa foi levantar métodos e protocolos de avaliação e diagnóstico do transtorno autista, disponíveis na literatura nacional, cujas aplicações possam ser da prática clínica fonoaudiológica. A partir de várias referências, encontraram-se dez protocolos: sete traduzidos e validados da língua estrangeira para o português brasileiro e três desenvolvidos no próprio Brasil. Não foram encontradas publicações nacionais que utilizassem quatro dos dez instrumentos apresentados para fins de triagem ou diagnóstico de casos suspeitos ou com risco para autismo. Evidencia-se, também, a pouca participação do fonoaudiólogo nesse processo. Além disso, nenhum desses instrumentos foi considerado preciso para diagnosticar esse transtorno. É importante salientar que é necessária uma reflexão crítica à realidade do que ocorre, ainda, no processo de diagnóstico do autismo.

DESCRITORES: Transtorno Autístico; Diagnóstico; Programas de Rastreamento; Métodos

■ INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia, no âmbito das ciências da saúde, que estuda a comunicação humana, assume grande importância tanto no diagnóstico quanto no tratamento daquelas pessoas com transtorno autístico. O Transtorno Autista caracteriza-se por um prejuízo no desenvolvimento da interação

social, da comunicação e do comportamento, sendo este muitas vezes restrito e repetitivo. Apresentado nos primeiros anos da infância, deve se manifestar em crianças até os três anos de idade¹. As manifestações do transtorno variam muito de criança para criança, a considerar o grau de comprometimento e a idade das mesmas².

Segundo a Classificação Internacional de Doenças¹ – décima edição – o autismo infantil enquadra-se dentro dos Transtornos Globais do Desenvolvimento que inclui também o Autismo Atípico e a Síndrome de Asperger. Já no Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais² – DSM IV, o autismo enquadra-se dentro dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), em uma categoria denominada Transtorno Autista

⁽¹⁾ Estudante de graduação em Fonoaudiologia pela UNCISAL, Maceió, Alagoas, Brasil.

⁽²⁾ Fonoaudióloga; Professora assistente do Curso de Fonoaudiologia da UNCISAL, Maceió, Alagoas, Brasil; Mestre em Ciências pelo Programa Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Conflito de interesses: inexistente

Infantil. Os dois manuais para a classificação das doenças mentais (DSM IV e a CID-10) têm o mesmo objetivo: elaborar critérios para classificar as doenças. O CID-10 é organizado pelos pesquisadores americanos, enquanto que o DSM-IV pelos pesquisadores europeus. Por isso, diferem em algumas nomenclaturas.

A etiologia desse transtorno ainda é muito discutida. Atualmente, há um grupo de pesquisadores, principalmente franceses, em consenso de que a origem é multifatorial, com predisposição genética ainda não bem estabelecida e influências ambientais para o surgimento do autismo³.

O responsável pela emissão do diagnóstico do transtorno autista é, em princípio, o médico psiquiatra⁴. Porém, por estar inserido no Código Internacional de Doenças (CID-10), pode ser realizado por qualquer médico capacitado. No entanto, uma equipe multiprofissional, com a presença do fonoaudiólogo, deve avaliar o paciente antes do diagnóstico ser divulgado. Pois, mais importante que anunciar para os pais que seu filho apresenta um quadro de autismo, é evidenciar as características da criança, de um modo geral, ressaltando as suas habilidades para ampliar o seu desenvolvimento global.

O diagnóstico precoce é de extrema importância para uma intervenção a tempo de alterar o desenvolvimento da criança. Como o autismo ocorre logo nos primeiros anos de vida, caso contrário não é autismo, quanto antes iniciar a estimulação, melhores serão os índices de alteração no quadro do transtorno. Portanto, é necessário um diagnóstico diferencial, porque, somente, exames orgânicos não identificam o autismo³, é importante a avaliação multiprofissional. Além disso, a avaliação precisa ser realizada pormenorizadamente para que não ocorra qualquer dúvida quanto a possíveis comorbidades como autismo e surdez, autismo e Síndrome de Down e autismo e cegueira⁵. É comum na primeira queixa dos pais de crianças com o transtorno autista, a referência da pouca ou da ausência de comunicação pré-verbal e verbal por parte dos filhos. É comum, também, que os pais procurem atendimento para criança autista, suspeitando de que seu filho apresente, somente, a perda auditiva⁶.

Alguns estudiosos criaram seus métodos e protocolos de avaliação e diagnóstico do autismo, sendo que, alguns desses podem ser aplicados por diversas áreas de conhecimento, dentre elas a Fonoaudiologia^{7,8}.

Nesse contexto, este estudo tem por objetivo fazer um levantamento de métodos e protocolos de avaliação e diagnóstico do transtorno autista,

disponíveis na literatura nacional, cuja aplicação possa ser da prática clínica fonoaudiológica.

■ MÉTODO

Com o intuito de atingir o objetivo do estudo, realizou-se buscas nas bases de dados SciELO; LILACS; Portal Periódicos da Capes; BIREME, Portal Domínio Público; e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, no intervalo de tempo de agosto de 2011 a julho de 2012. Utilizaram-se, assim, os descritores Autismo, Avaliação e Diagnóstico.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos, teses e dissertações em língua portuguesa nacionais nos últimos 20 anos. Foram excluídos todos aqueles que não abordavam o diagnóstico do autismo como foco principal e cujo conteúdo não era de estudo fonoaudiológico.

■ REVISÃO DA LITERATURA

A partir de várias referências, foram selecionadas, somente, dez literaturas publicadas nacionalmente, nas quais se validam métodos e protocolos que abordam como tema central o diagnóstico de autismo e que podem ser de aplicabilidade na clínica fonoaudiológica. Percebeu-se que em sua maioria são protocolos traduzidos e adaptados do inglês para o português brasileiro.

O primeiro deles é a *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* publicada em 1988 cujo estudo teve duração de 15 anos e contou com 1.500 crianças autistas para sua validação nos Estados Unidos da América (EUA)⁷. Ela pode demonstrar a diferença entre os graus de severidade de autismo: leve, moderado e grave. Por ela também distinguir o autismo do retardo mental, e ser passível de aplicação em crianças a partir de dois anos de idade, tornou-se bastante utilizada. Portanto, em 2008, sua tradução e validação para a língua portuguesa falada no Brasil foi publicada, denominada CARS-BR⁹.

Essa escala pontua 15 campos, sendo: 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. Cada sub-item pode pontuar a criança de um a quatro, configurando uma pontuação mínima de 15 e máxima de 60. Quanto maior a pontuação, maior a aproximação e a gravidade do autismo. Caso a criança atinja de 15 a 30 pontos pode ser

considerada como não-autista, entre 30 e 36 pontos considera-se como autismo leve-moderado e entre 36 e 60 pontos como autista grave.

A comunicação é um campo a ser avaliado por esta escala, sendo este o principal objeto de estudo da Fonoaudiologia, o que faz crer que o fonoaudiólogo possa utilizá-la em sua prática clínica. Todavia, isso não é proposto de forma explícita. Assim como, também não explicita qualquer outro profissional específico para utilizar o instrumento. A sua elaboração foi realizada por médicos e sua aplicação é realizada por meio de entrevista com os pais ou responsáveis pela criança e a observação direta da mesma.

As críticas realizadas a esse instrumento são de que ele tem tendência a diagnosticar crianças com déficit cognitivo como autista na faixa etária entre dois e três anos¹⁰, ou mesmo aquelas cuja idade mental corrigida equivale a esta faixa etária¹¹. Para que não haja erros, essa entrevista deve ser aplicada por um profissional treinado, pois sua interpretação pode ser confusa e equivocada¹².

Esse instrumento só pode ser aplicado em crianças acima de dois anos de idade e sua confiabilidade é para crianças a partir de três anos. Por isso, é um instrumento que não favorece o diagnóstico precoce, visto que pesquisas já vem apontando para a identificação de sinais e características precoces de autismo nos primeiros meses de vida^{8,13,14}.

A avaliação transdisciplinar baseada no programa *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – TEACCH*¹⁵ (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com *deficits* relacionados à Comunicação) para crianças autistas possui uma proposta que, embora não seja diagnóstica e sim avaliativa, poderia atender a este propósito visto a classificação utilizada.

Esse método avaliativo é composto por quatro protocolos subdivididos em critérios, os quais avaliam Interação Social, Funções Comunicativas, Aspecto Cognitivo e Comportamento. Cada critério pode obter como resposta: Passou (P), Emergente (E) ou Falhou (F) que, numericamente, correspondem a P=3, E=2 e F=1. A quantificação não tem por objetivo classificar o grau do autismo (leve, moderado, grave), ainda que possa ser interpretado dessa maneira. Esse instrumento lista habilidades que o aplicador deve conhecer e desenvolver estratégias para avaliá-las diante das respostas da criança.

Um dos princípios do programa *TEACCH* é de que o profissional que atenda a criança com transtorno autista seja generalista, transdisciplinar¹⁵. Ou seja, independente da sua área de formação

deve ser capaz de atuar com toda e qualquer manifestação que o autismo acarreta, sendo totalmente responsável por aquele a que se dispõe a acompanhar. Sendo assim, esse método avaliativo pode ser utilizado por qualquer profissional que se dedique a estudar e capacitar-se a atuar com crianças com transtorno autista, tendo sido este o único instrumento encontrado nesse levantamento que contou com a participação de uma fonoaudióloga em sua elaboração.

O que é interessante nessa metodologia avaliativa são os diversos critérios analisados com relação às habilidades prejudicadas no transtorno autista. Porém, possui denominações que podem dar sentido ambíguo ao aplicador não familiarizado com os termos, tornando-se complexo e exigindo uma capacitação do profissional na área. Além disso, não cita estratégias que podem ser utilizadas, a fim de facilitar a avaliação destes critérios. Aparentemente, restringe algumas funções a determinado aspecto.

Dentro do campo de funções comunicativas, por exemplo, a habilidade de linguagem compreensiva, limita-se às situações em que se solicita algo à criança e se a mesma atende ou não à solicitação. A linguagem compreensiva é bem mais complexa que a efetivação de ações. Trata-se de compreender todos os meios de comunicação, como por exemplo a língua, as expressões corporais e a música. Enfim, captar e interpretar a mensagem que pessoas e o meio ambiente transmitem¹⁶.

A escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA) foi traduzida, adaptada e validada para uso no Brasil em 1999¹⁷ e um novo estudo de validade foi realizado em 2008¹⁸. Trata-se de um protocolo de triagem e sua aplicabilidade é fácil e pode ser realizada por qualquer profissional. Ela pode ser utilizada para identificar casos de autismo e também para acompanhamento da evolução daqueles que estão em tratamento. Sua tradução, adaptação e validação para uso no Brasil também considerou os critérios de diagnóstico do DSM-IV, visto que na data de sua criação¹⁹, ainda não havia sido publicado, tendo como referência o DSM III, DSM III –R e o CID-10 para tais critérios.

A ATA é considerada sensível para identificar casos suspeitos de autismo visto que é fortemente correlacionada com a CARS, internacionalmente utilizada²⁰. Possui a vantagem de que parece ser mais sensível ao discriminar os quadros de retardo mental do autismo, porém pode ser precipitado afirmar isso.

A amostra da pesquisa na qual foi validada no Brasil, foi na faixa etária de idades entre dois e dezoito anos¹⁰. A CARS é pouco sensível para crianças na faixa etária entre dois e três anos. Além

disso, entre os dois estudos de validade, o ponto de corte em que se detecta maior sensibilidade para identificar sintomas autísticos foi divergente, sendo de quinze no primeiro¹⁷ e vinte e três no segundo¹⁸.

A *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)* foi traduzida para a língua portuguesa brasileira, recebendo o nome de Escala de Rastreo Precoce de Autismo²¹. É composta por 23 questões que devem ser respondidas por pais ou responsáveis de crianças com risco para o autismo, cuja faixa etária é de 18 a 24 meses de idade. As respostas podem ser concluídas em poucos minutos, pois são do tipo positiva (sim) ou negativa (não), considerando suas observações quanto ao comportamento dessas crianças, a fim de que se identifiquem precocemente aquelas com o transtorno autístico.

A aplicação da escala M-CHAT não é exclusiva do médico, sendo assim, o fonoaudiólogo pode fazer uso desta. Todavia, a M-CHAT não tem valor diagnóstico, sua utilização objetiva selecionar casos suspeitos de autismo para uma avaliação detalhada.

A criação dessa escala foi realizada nos Estados Unidos da América e sua validação foi composta por uma amostra de 1293 crianças, das quais apenas 171 eram acompanhadas em serviços especializados em rastreamento precoce, que concluiu valores satisfatórios de especificidade e sensibilidade²².

Não há estudos sobre a aplicabilidade da *M-CHAT*, na versão brasileira além daquele que a traduziu. Porém os estudos internacionais apontam que esse instrumento é capaz de identificar casos suspeitos de autismo entre 20 e 40 meses de idade²³. Outro estudo conclui que a M-CHAT pode classificar de forma mais precisa as crianças com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), que tem funcionamento intelectual inferior e adaptativo²⁴.

Há pesquisas que concluem que esse instrumento tende a apontar como falso positivo os casos em que crianças nasceram de muito baixo peso e prematuros²⁵. Como, também, nos casos de crianças que possuem *deficit* cognitivo, sensorial e motor^{25,26}.

A entrevista *Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)* foi traduzida em 2009²⁷, como instrumento diagnóstico do autismo para uso no Brasil. Contém seis sessões que se subdividem em 93 itens. A primeira sessão colhe dados referentes ao paciente e sua família, englobando aspectos do processo diagnóstico e escolaridade. A segunda sessão investiga o desenvolvimento e os seus marcos. A terceira engloba questões quanto à comunicação, a quarta, quanto à interação social e quinta, quanto aos comportamentos repetitivos e estereotipados.

A última sessão é relativa aos comportamentos gerais.

Essa entrevista está relacionada aos casos em que a criança deve ter idade mental equivalente a dois anos, pois pode-se obter um falso diagnóstico de autismo nos casos de crianças com retardo mental severo. É possível obter três diagnósticos por meio desta: Autismo; não-autismo; e traços autísticos, sem autismo clássico.

Entretanto, esse instrumento não é capaz de especificar a gravidade do quadro. Sua aplicação deve ser ministrada por profissional especializado direcionada aos pais e/ou cuidadores que acompanharam e acompanham a criança desde seu nascimento até seus cinco anos de idade. O tempo necessário para a conclusão da entrevista é de uma hora e meia a duas horas e meia.

Assim como a M-CHAT, não há na literatura brasileira, pesquisas utilizando a versão traduzida da ADI-R. Na literatura internacional há pesquisas que investigam validade desta entrevista em sua versão original²⁸. Nessas há dados que afirmam que a CARS é mais sensível para identificar crianças mais novas com transtorno autista do que a ADI-R, pois esta o faz mais facilmente quando as crianças demonstram sintomas mais graves e o QI é relativamente inferior²⁹. A ADI-R não tem forte relação com outras escalas que investigam o autismo. Porém, quando o domínio comportamental é excluído, torna-se mais próximo, o que faz crer que na ADI-R os itens relativos aos comportamentos e interesses estereotipados não são relevantes para o aspecto diagnóstico³⁰.

O *Autism Screening Questionnaire (ASQ)* ou *Social Communication Questionnaire (SCQ)*³¹ é composto por 40 questões do tipo sim/não que envolvem perguntas sobre a história pregressa atual e situações de vida atual relevantes às características autísticas. Pode ser autoaplicável ou pode ser lido pelo entrevistador. Foi traduzido e validado para o português falado no Brasil em 2008, recebendo o nome de Questionário de Avaliação do Autismo ou Questionário de Comunicação Social³².

Esse questionário foi aplicado nos pais de crianças com suspeita de transtorno autista, que se encontravam na faixa etária de 30 meses²⁴, menor idade de aplicação deste questionário. A conclusão da aplicação do SCQ foi de que, se reduzir o ponto de corte do questionário, é capaz de detectar mais precisamente crianças com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), cujo funcionamento intelectual é inferior e adaptativo. Utilizado para rastreo de crianças pré-escolares (três a cinco anos de idade), o SCQ demonstrou ser útil para identificar crianças com problemas de desenvolvimento para posterior avaliação específica para autismo³³.

Os instrumentos descritos até o momento apontam que, quando há comprometimentos intelectuais, comumente, podem oferecer resultados de falso positivo. Já o SCQ demonstra que pode ser utilizado como instrumento de triagem em pessoas com Síndrome de Down para identificação de TID. Por isso, sugere-se que o SCQ faça parte da avaliação global de crianças com Síndrome de Down³⁴.

A escala *Autism Behavior Checklist (ABC)*³⁵ foi adaptada e validada para o português brasileiro desde 2005, sendo denominada como Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA)³⁶.

Essa escala possui a finalidade de triar casos suspeitos de autismo com bases nos comportamentos não adaptativos. É composta por 57 itens a serem investigados, por meio de questionamentos aos pais ou responsáveis pela criança a ser acompanhada, os resultados possíveis de ser encontrados são: alta, moderada ou baixa probabilidade para autismo.

Em uma pesquisa brasileira³⁷, o ICA – Inventário de Comportamentos Autísticos – demonstrou que o resultado pode variar de acordo com quem responde ao questionário, profissionais ou pais da criança, demonstrando pouco grau de concordância entre ambos, sendo de maior grau de discordância em pacientes de instituição privada.

Enquanto que em outra pesquisa³⁸, associando o ICA e CARS, demonstrou bom grau de concordância entre si, seja pelas respostas de pais, seja pelas repostas de profissionais. Porém, isoladamente, estes instrumentos não podem definir o diagnóstico. Vale ressaltar que, nesta última pesquisa, a instituição era pública, o que corrobora com a conclusão da pesquisa anterior, quando constatou maior grau de discordância nas respostas de instituição privada em comparação as resposta de instituição pública.

A Ficha de Acompanhamento Infantil⁸ – que é um instrumento dividido por quatro faixas etárias (de zero a seis meses, de seis aos nove meses, dos 15 aos 18 meses e dos 24 aos 30 meses), as quais contêm subitens que podem oferecer três respostas: 1-Nunca; 2-Às vezes; e 3-Sempre. O modo de aplicar a ficha de acompanhamento infantil é por meio de entrevista aos pais até a faixa etária em que a criança se encontra na data da aplicação. A observação da criança, realizada pelo entrevistador, também serve de parâmetro para o preenchimento da Ficha, caso ela se encontre na faixa etária que se está investigando.

Esse é um instrumento encontrado no levantamento que investiga o comportamento esperado em crianças desde os primeiros meses de vida. Sendo, assim, de grande relevância para investigação e

detecção precoce de sinais de risco para o transtorno autista. É baseado na teoria psicanalítica, que se propõe em investigar a relação criança-mãe-família. Propõe que, nos casos em que se identifiquem os sinais de risco para autismo, se inicie as intervenções terapêuticas conjuntas pais-filhos.

No estudo em questão, não se faz referências aos casos em que as crianças possuem alguma comorbidade (síndromes, *deficits* sensoriais e motores). Também não refere a singularidade dos casos de prematuridade A Ficha de Acompanhamento Infantil utiliza-se de parâmetros como as faixas etárias descritas no instrumento, porém não se sabe se deve-se utilizar da idade corrigida nos casos de prematuridade, considerando-se a maturidade destes recém nascidos, pois a literatura científica refere que os atrasos na aquisição de certas habilidades são comuns em crianças nascidas pré-termo.

Não foram encontrados estudos que aplicassem esse instrumento como método de triagem ou diagnóstico de autismo, a não ser aquele em que foi validado, necessitando-se então de mais estudos a fim de confirmar a sensibilidade e especificidade desse instrumento.

No entanto, outros protocolos de investigação de sinais precoces para o autismo com base na teoria psicanalítica já estão em aplicação e em constantes pesquisas. O IRDI – indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – foi elaborado a partir de uma pesquisa multicêntrica no Brasil, principalmente, observando o comportamento de crianças em creches. Ele possui 31 indicadores subdivididos em faixas etárias (0 a 04 meses incompletos, 04 a 08 meses incompletos, 08 a 12 meses incompletos e de 12 a 18 meses) os quais são analisados por profissionais capacitados na área³⁹. Já a pesquisa do Préaut têm o objetivo de identificar precocemente transtornos de comunicação que possam estar associados ao espectro autístico, nos dois primeiros anos de vida. O préaut investiga dois sinais (S1 e S2) relacionados ao circuito pulsional, o qual está envolvido no processo de constituição do sujeito. O préaut surgiu para validar um conjunto de instrumentos de determinação das perturbações precoce da comunicação dos quatro aos nove meses de idade e avaliar os riscos de evolução para o autismo. Após este período, outros instrumentos podem complementar o préaut, como o questionário de avaliação de comunicação (QDC) aos 12 meses e o CHAT aos 24 meses⁴⁰. Os sinais indicados pelo préaut são a ausência da busca do bebê pelo olhar da mãe e a ausência de provocações do bebê de reações alegres na mãe⁴⁰.

Durante a prática clínica fonoaudiológica tem-se observado que este profissional por vezes é o primeiro a ser procurado por responsáveis de

crianças com traços autísticos, cuja principal queixa é de ausência de fala. O fonoaudiólogo deve ser capaz de identificar as características deste distúrbio e saber direcionar o caso às demais profissões como Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional, dentre outros. Portanto, deve contribuir para o fechamento do diagnóstico do Transtorno Autista, bem como ao atendimento integral do sujeito. Entretanto, somente o médico, seja ele psiquiatra, neurologista, pediatra ou de qualquer outra especialização, pode fechar o diagnóstico desse Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. Com isso, é comum que a observação clínica fonoaudiológica ou mesmo a própria linguagem do sujeito sejam pouco valorizadas, pois há uma tendência a considerar apenas os protocolos como métodos diagnósticos, muitos dos quais nem há necessidade de contato direto do profissional com a criança. Porém, como demonstra este estudo, esses protocolos não são precisos isoladamente e é necessário que se faça uso destes associados às observações clínicas de todos os profissionais envolvidos no atendimento da pessoa com características autísticas.

■ CONCLUSÃO

Ao analisar esses instrumentos de métodos e protocolos de avaliação e diagnóstico do transtorno autista, percebe-se que apenas três deles foram elaborados no Brasil, não sendo, portanto, traduções adaptadas e validadas. Além disso, apenas a metodologia de avaliação baseada

no programa TEACCH obteve a participação de uma fonoaudióloga em sua criação. Nenhum dos instrumentos citados neste estudo pode enunciar o diagnóstico de transtorno autista com precisão, isoladamente.

Isso justifica-se, justamente, pela complexidade e variabilidade desse Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. Porém, o profissional pode utilizar esses instrumentos para identificar os sinais de risco para o autismo.

Poucas foram as pesquisas, ao nível nacional, que fizeram uso desses instrumentos com fins de triagem ou diagnóstico do transtorno autista. E as pesquisas realizadas nacionalmente fizeram uso de apenas seis dos dez protocolos encontrados neste estudo.

A Fonoaudiologia ainda tem muito que avançar em suas pesquisas em relação ao transtorno autístico, auxiliando, dessa forma, no processo de diagnóstico e no tratamento das pessoas autistas.

É fundamental a continuidade de pesquisas nesta área da linguagem, pois ela constitui a subjetividade de uma pessoa, o que está diretamente associado ao quadro de autismo.

É necessária a crítica à realidade do que ocorre, ainda, no processo de diagnóstico do autismo. Os critérios dos manuais das doenças mentais e os protocolos de avaliação assumem, muitas vezes, o destaque. A observação clínica do fonoaudiólogo e a própria linguagem utilizada pela criança permanecem, muitas vezes, em segundo plano no processo de avaliação.

ABSTRACT

The speech therapy, as the health science that studies human communication, plays a major role both on the diagnosis and on the treatment of people with autism. However, there are only few speech therapists who make regular publications on the theme – revealing that this is an area where more studies need to be made. The autistic disorder is characterized by a developmental deficit on social interaction, communication and behavior. The diagnosis must be substantial and the three fields above are to be taken into account. Frequently, the speech therapist is the first professional the parents look for; thus, such professional must be able to identify those cases. The objective of this research was to assess methods and protocols of assessment and diagnosis of the autistic disorder, available in Brazilian literature, that could be applied to the clinical speech therapy. Based on several references, ten protocols were found: seven were translated and validated from a foreign language into Brazilian Portuguese and three were developed in Brazil. No Brazilian publications were found using four out of the ten instruments that aimed at screening or diagnosing suspected cases or under risk of autism. It is also clear the minor participation of the speech therapist in such process. Additionally, none of those instruments was considered accurate enough to diagnose such disorder. It is of major importance stressing the need of a critical point of view regarding the reality of things that still happen in the process of diagnosing autism.

KEYWORDS: Autistic Disorder; Diagnosis; Tracking Programs; Methods

■ REFERÊNCIAS

1. OMS. CID – 10: Classificação estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2000. 354p.
2. APA. DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2002.
3. Costa MIF, Nunesmaia HGS. Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(1):24-3.
4. Ribeiro JMLC. A Criança autista em trabalho. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005.
5. Orrú SE. Autismo, Linguagem e Educação: Interação social no cotidiano escolar. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2007.
6. Sousa EC, Lima FT, Tamanaha AC, Perissinoto J, Azevedo MF, Chiari BM. A associação entre a suspeita de perda auditiva e a ausência de comunicação verbal em crianças com transtorno do espectro autístico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(3):487-90.
7. Schopler E, Reichler R, Renner BR. The Childhood Autism Rating Scale (CARS). 10th ed. Los Angeles, CA:Western Psychological Services; 1988.
8. Paravidini JLL. A identificação e o diagnóstico precoce de sinais de risco de autismo infantil. [Tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP; 2002.
9. Pereira A, Riesgo RS, Wagner MB. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. *J Pediatr.* 2008;84(6):487-94.
10. Saemundsen E, Magnússon P, Smári J, Sigurdardóttir S. Autism diagnostic interview-revised and The Childhood Autism Rating Scale: convergence and discrepancy in diagnosing autism. *J Autism and Dev. Disord.* 2003;33(3):319-28.
11. Lord C. Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *J Child Psychol Psychiatry.* 1995;36:1365-82.
12. Spencer SJ, Sharifi P, Wiznitzer M. Autism spectrum disorders: screening, diagnosis, and medical evaluation. *Semin Pediatr Neurol.* 2004;(11):186-95.
13. Garcia ML, Lampreia C. Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. *Psicol Reflex Crit.* 2011;24(2):300-8.
14. Breitschwerdt JCB, Schwartzman JS. Avaliação de sinais precoces em transtorno do espectro autista, por meio da observação de vídeos. São Paulo, 2010.
15. Kwee CS, Sampaio TMM, Atherino CCT. Autismo: Uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. *Rev CEFAC.* 2009;11(Supl2):217-26.
16. Fernandes E. Linguagem e pensamento. In: *Linguagem e Surdez.* São Paulo, Ed Artmed: 2003.
17. Assumpção Jr FB, Kuczynski E, Rego MG, Rocca CC. Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): Validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(1):23-9.
18. Assumpção Jr FB, Baptista F, Gonçalves JDM, Cuccolichio S, Amorim LCD, Rego F, et al. Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): segundo estudo de validade. *Med Rehabil.* 2008;27(2):41-4.
19. Ballabriga MCJ, Escudé RMC, Llaberia ED. Escala d'avaluació dels trests autistes (A.T.A.): valides y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas. *Rev Psiquiatria Infanto-Juvenil.* 1994;4:254-63.
20. Cuccolichio S et al. Correlação entre as escalas CARS e ATA no diagnóstico de Autismo. *Med Reabil.* 2010;29(1):6-8.
21. Losapio MF, Pondé MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev Psiquiatr.* 2008;30(3):221-9.
22. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord.* 2001;31(2):131-44.
23. Yama B, Freeman T, Graves E, Yuan S, Karen Campbell M. Examination of the properties of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) in a population sample. *J Autism Dev Disord.* 2012;42(1):23-34.
24. Snow AV, Lecavalier L. sensitivity and specificity of the modified checklist for autism in toddlers and the social communication questionnaire in preschoolers suspected of having pervasive developmental disorders. *Autism.* 2008;12(6):627-44.
25. Kuban KC, O'Shea TM, Allred EN, Tager-Flusberg H, Goldstein DJ, Leviton A. Positive screening on the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) in extremely low gestational age newborns. *J Pediatr.* 2009;154(4):535-40.
26. Luyster RJ, Kuban KC, O'Shea TM, Paneth N, Allred EN, Leviton A. The Modified Checklist for Autism in Toddlers in extremely low gestational age newborns: individual items associated with motor, cognitive, vision and hearing limitations. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2011;25(4):366-76.
27. Becker MM, Wagner MB, Riesgo RS. Tradução e validação da entrevista Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) para diagnóstico do Autismo no Brasil. *Arq neuropsiquiatr.* 2012;70(3):185-90.
28. 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.* 1994;24(5): 659-85.

29. Saemundsen E, Magnússon P, Smári J, Sigurdardóttir S. Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: convergence and discrepancy in diagnosing autism. *J Autism Dev Disord.* 2003;33(3):319-28.

30. Wiggins LD, Robins DL. Brief report: excluding the ADI-R behavioral domain improves diagnostic agreement in toddlers. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(5):972-6.

31. Rutter M, Bailet A, Lord C. Social Communication Questionnaire. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2003.

32. Sato FP, Mercadante MT. Validação da versão em português de um questionário para avaliação de autismo infantil. São Paulo, Editora da USP, 2008.

33. Allen CW, Silove N, Williams K, Hutchins P. Validity of the social communication questionnaire in assessing risk of autism in preschool children with developmental problems. *J Autism Dev Disord.* 2007;37(7):1272-8.

34. Magyar CI; Pandolfi V; Dill CA. An initial evaluation of the Social Communication Questionnaire for the assessment of autism spectrum disorders in children with Down syndrome. *J Dev Behav Pediatr.* 2012;33(2):134-45.

35. Krug DA, Arick JR, Almond P. Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 1980;21(3):221-9.

36. Fernandes FDM, Miilher LP. Relações entre a Autistic Behavior Checklist (ABC) e o perfil funcional da comunicação no espectro autístico. *Pro-Fono R Atual Cient.* 2008;20(2):111-6.

37. Marteleto MRF, Menezes CGL, Tamanaha AC, Chiari BM, Perissinoto J. Administration of the Autism Behavior Checklist: agreement between parents and professionals' observations in two intervention contexts/ Aplicação do Inventário de Comportamentos Autísticos: a concordância nas observações entre pais e profissionais em dois contextos de intervenção. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(3):203-8.

38. Santos THF, Barbosa MRP, Pimentel AGL, Lacerda CA, Balestro JI, Amato CAH, et al. Comparação dos instrumentos Childhood Autism Rating Scale e Autism Behavior Checklist na identificação e caracterização de indivíduos com distúrbios do espectro autístico/ Comparing the use of the Childhood Autism Rating Scale and the Autism Behavior Checklist protocols to identify and characterize autistic individuals. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;24(1):104-6.

39. Pesaro ME, Kupfer MCM. O lugar da psicanálise na pesquisa IRDI. In: *Coloquio Lepsii/ Fe, 8., 2011, SP.* "acesso em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo>". Acess on:14 mar. 2013.

40. Oliveira LD, Flores MR, Souza APR. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. *Rev. CEFAC.* 2012; 14(2):333-42.

Recebido em: 17/09/2012

Aceito em: 07/03/2013

Endereço para correspondência:

Cristiane Monteiro Pedruzzi

Rua Doutor Jorge de Lima, 113

Trapiche da Barra

Maceió – AL – Brasil

CEP: 57010-382

E-mail: cristiane-pedruzzi@ig.com.br