

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS

SILVANA BATISTA GAINO

**LISTA DE VERIFICAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E
LINGUAGEM PARA TRANSTORNOS DO ESPECTRO
AUTÍSTICO**

SÃO PAULO
2004

SILVANA BATISTA GAINO

**LISTA DE VERIFICAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E
LINGUAGEM PARA TRANSTORNOS DO ESPECTRO
AUTÍSTICO**

**Dissertação de Mestrado Apresentada ao
Programa de Pós - Graduação em Lingüística,
Área de concentração de Semiótica e
Lingüística Geral, do Departamento de
Lingüística da Faculdade de Filosofia, Letras e
Ciências Humanas da Universidade de São
Paulo.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Dreux Miranda Fernandes

**SÃO PAULO
2004**

Gaino, Silvana Batista.

Lista de verificação em comunicação e linguagem para transtornos do espectro autístico / Silvana Batista Gaino. -- São Paulo, 2004. 108 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Lingüística. Área de concentração: Semiótica e Lingüística Geral) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

1. Lista de verificação comportamental para crianças 2. Transtornos do espectro autístico 3. Diagnóstico 4. Linguagem 5. Comunicação
I. Título

CDD 618.928982

SILVANA BATISTA GAINO

**LISTA DE VERIFICAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E
LINGUAGEM PARA TRANSTORNOS DO ESPECTRO
AUTÍSTICO**

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª

Profª Drª

Profª Drª

Aprovada em ____ / ____ / ____

*A alma deseja o perigo, o desconhecido.
A alma é uma águia que ama as alturas,
as montanhas geladas,
o mar desconhecido, os abismos.
A alma é guerreira: luto, logo existo.
É preciso que haja sempre uma batalha
a ser travada.*

(Rubem Alves)

DEDICATÓRIA

*Este trabalho é dedicado ao meu marido **Maurício**, e aos meus queridos filhos **Flávia** e **Lucas** que com suas alegrias, desejos e constante incentivo me ensinam que existe sempre um novo e grande dia.*

*Aos meus pais, **Pedro** e **Natália** que, enquanto estiveram comigo, me amaram incondicionalmente e me ensinaram a sempre lutar e jamais desistir dos meus sonhos e à minha tia **Benedita**, por ser sempre uma luz a iluminar o meu caminho.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que contribuíram para a realização e conclusão deste trabalho:

aos meus **amigos** que nunca permitiram que eu me sentisse sozinha e que muitas vezes, ao longo do caminho, me levantaram e me carregaram no colo;

ao **Prof. Dr. Manoel Henrique Salgado**, que sempre dedicou seus conhecimentos de estatística com disposição, paciência e carinho;

à direção da **Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Marília-SP** e à **APAE de Ourinhos-SP**, que autorizaram o cumprimento deste trabalho;

ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pela concessão de recursos para a realização desta pesquisa;

à minha orientadora, **Prof^a Dr^a Fernanda Dreux Miranda Fernandes**, pela competência, paciência, respeito e confiança a mim dedicados, tornando possível a realização deste trabalho.

GAINO, Silvana Batista. **Lista de Verificação em Comunicação e Linguagem para Transtornos do Espectro Autístico**. 2004. 108p. Dissertação (Mestrado em Lingüística e Semiótica Geral) – Faculdade de Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo elaborar uma lista de verificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico, manifestados na comunicação e na linguagem, baseada em outros instrumentos já existentes. Investigou-se também a efetividade do uso da lista de verificação proposta, na identificação de quadros de Transtornos do Espectro Autístico e de Alterações de Linguagem, por psicólogos e fonoaudiólogos sem experiência na área dos Distúrbios Psiquiátricos da Infância e fez-se uma comparação com a escala Autism Behavior Checklist (ABC). Participaram desse estudo, 60 sujeitos divididos em dois grupos - 20 com Transtornos do Espectro Autístico, 40 com Alterações de Desenvolvimento da Linguagem (grupo controle) e oito juízes sendo quatro psicólogas e quatro fonoaudiólogas. Pela análise estatística dos dados observou-se que é possível determinar um conjunto de indicadores, na comunicação e na linguagem, que identifiquem os sinais dos Transtornos do Espectro Autístico. A lista de verificação elaborada e utilizada pode diferenciar o desenvolvimento da comunicação e da linguagem, nos Transtornos do Espectro Autístico e nas Alterações de Linguagem.

Palavras-chave: Lista de Verificação, Transtornos do Espectro Autístico, diagnóstico, linguagem, comunicação.

GAINO, Silvana Batista: **Checklist in Communication and Language for Autistic Disorder**. 2004. 108p. Dissertação (Mestrado em Lingüística e Semiótica Geral) – Faculdade de Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

This dissertation had as a purpose the elaboration of a checklist for characteristics of Autistic Disorders, manifested in the communication and language, based on already existent instruments. The effectiveness of the list in identifying characteristics of Autistic Disorder and Language Impairment, when used by inexperienced psychologists and speech-language therapists, was also verified. A comparison with the ABC scale was made. Subjects of this research were 60 children divided in two groups, 20 with Autistic Disorders and 40 with Language Impairment (control group) and eight judges, four psychologists and four speech-language therapists. Through the statistical analysis of the data, it was observed that it is possible to determine a group of indicators, in communication and language that identifies the characteristics of Autistic Disorders. The proposed checklist was effective in differentiating the communication and language development of children with Autistic Disorders and Language Impairment.

Key-words: Checklist, Autistic Disorder, Language, diagnosis, communication.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Síntese da prevalência do gênero, segundo os grupos.	54
FIGURA 2 – Respostas da aplicação das listas de verificação no Grupo A, pela pesquisadora.	57
FIGURA 3 – Respostas da aplicação das listas de verificação no Grupo A, pelos juízes.	58
FIGURA 4 – Respostas da aplicação das listas de verificação no Grupo B, pela pesquisadora.	62
FIGURA 5 – Respostas da aplicação das listas de verificação no Grupo B, pelos juízes.	63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Resultado do sorteio das listas de verificação na segunda fase – Fonoaudiólogas.	43
QUADRO 2 – Resultado do sorteio das listas de verificação na segunda fase – Psicólogas.	44
QUADRO 3 – Resultado do sorteio das listas de verificação na terceira fase- Fonoaudiólogas.	45
QUADRO 4 – Resultado do sorteio das listas de verificação na terceira fase- Psicólogas.	45
QUADRO 5 – Resultado do sorteio das cópias do ABC – Pesquisadora.....	46
QUADRO 6 – Questões da lista de verificação e suas origens.....	51
QUADRO 7 – Idade e gênero dos sujeitos com diagnóstico de Transtornos do Espectro Autístico (Grupo A).	52
QUADRO 8 – Idade e gênero dos sujeitos com diagnóstico de Alterações de Desenvolvimento da Linguagem (Grupo B).....	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Média das idades, desvio-padrão e mediana dos grupos A e B.....	54
TABELA 2 – Apresentação dos índices de concordância, discordância e não observado do Grupo A.	55
TABELA 3 – Apresentação dos índices de concordância e discordâncias do Grupo A, nas Segunda e Terceira fases.	56
TABELA 4 – Apresentação dos índices de concordância, discordância e não observado do Grupo B.	60
TABELA 5 – Apresentação dos índices de concordância e discordâncias do Grupo B, nas Segunda e Terceira fases.	61
TABELA 6 – Apresentação dos resultados do teste do Qui-Quadrado.	64
TABELA 7 – Concordância e discordância dos juízes na Segunda Fase.	65
TABELA 8 – Concordância e discordância dos juízes na Terceira Fase.	66
TABELA 9 – Interpretação dos valores do índice de concordância Kappa.....	66
TABELA 10 – Índice de concordância Kappa, para a segunda fase, comparando concordância e discordância entre a pesquisadora e os juízes.....	67
TABELA 11 – Índice de concordância Kappa, para a terceira fase, comparando a concordância e discordância, entre os juízes.	68
TABELA 12 – Índice de concordância Kappa, para as segunda e terceira fases, comparando a concordância e discordância, entre os juízes.....	68
TABELA 13 – Resultados da aplicação da lista de verificação, nas crianças com TEA, na segunda fase.	70

TABELA 14 – Resultados da aplicação da lista de verificação, nas crianças com TEA, na terceira fase.	71
TABELA 15 – Resultados da aplicação da lista de verificação, nas crianças com AL, na segunda fase.	72
TABELA 16 – Resultados da aplicação da lista de verificação, nas crianças com AL, na terceira fase.....	73
TABELA 17 – Resultados da aplicação do ABC, nas crianças com TEA.....	74
TABELA 18 – Resultados da aplicação do ABC, nas crianças com AL.	75
TABELA 19 – Identificação positiva feita pelos juízes, para os Transtornos do Espectro Autístico, na segunda fase.	77

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

1.	INTRODUÇÃO	17
2.	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1.	Conceitualização	21
2.2.	Linguagem	25
2.3.	Caracterização	28
2.4.	Instrumentos	32
3.	MÉTODO	40
3.1.	Sujeitos	40
3.2.	Material	41
3.3.	Procedimento	42
3.4.	Análise dos dados	46
4.	RESULTADOS	50
4.1.	Lista de Verificação para Crianças com Transtornos do Espectro Autístico	50
4.2.	Apresentação dos Grupos A e B	52
4.3.	Resultados da Aplicação da Lista de Verificação no Grupo A	54
4.4.	Resultados da aplicação da Lista de Verificação no Grupo B	59

4.5.	Comparação e análise dos resultados dos dois grupos	63
4.6.	Descrição dos dados referentes à comparação entre a Lista de Verificação e o ABC	69
4.7.	Apresentação dos resultados dos testes de sensibilidade e especificidade para a lista de verificação utilizada para a população de crianças com TEA	76
5.	DISCUSSÃO	79
	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
	ANEXOS	103

1. INTRODUÇÃO

A identificação dos Transtornos do Espectro Autístico em crianças pré-escolares é bastante difícil, já que os atrasos no desenvolvimento tendem a não ser detectados no ambiente familiar, porém é muito importante que seja realizada para tornar possível a intervenção precoce e alterar o prognóstico da criança.

O estudo teórico-prático aqui exposto, delineou-se a partir das necessidades de uma Equipe Interdisciplinar, formada por psicólogos e fonoaudiólogos, que atuam na área dos Distúrbios Psiquiátricos na Infância e que refletem as dificuldades de muitos outros profissionais quanto às questões de avaliação, diagnóstico e intervenção precoce, nos Transtornos do Espectro Autístico.

Inúmeros estudos a respeito de avaliação, diagnóstico e intervenção precoce, têm sido realizados, principalmente no âmbito internacional, mas muitas questões continuam sem resposta, tornando ainda mais difícil enfrentar o problema.

É de fundamental importância o desenvolvimento de novas pesquisas, e conseqüentemente de novos instrumentos, tanto sobre o desenvolvimento geral quanto sobre o desenvolvimento da linguagem nos Transtornos do Espectro Autístico, para viabilizar a detecção precoce, o diagnóstico e o encaminhamento para o atendimento.

Pretendemos com esta pesquisa fornecer informações, principalmente para as áreas da Psicologia e Fonoaudiologia, no que se refere à detecção

precoce por meio da observação do desenvolvimento da linguagem nos Transtornos do Espectro Autístico.

Com a finalidade de discutir essas possibilidades, é apresentada uma breve revisão de literatura, abordando os assuntos referentes à terminologia Transtornos do Espectro Autístico (TEA), as questões da Linguagem nos TEA, os critérios diagnósticos que são utilizados nos TEA e os instrumentos e escalas diagnósticas existentes, e que foram estudados para a elaboração da lista de verificação proposta nesta pesquisa.

O Método descreve primeiramente os sujeitos que fizeram parte da pesquisa, segue a descrição do material utilizado para a coleta de dados, os procedimentos utilizados para a realização do trabalho e a análise proposta para os dados obtidos na primeira avaliação da lista de verificação.

Os resultados encontrados neste trabalho foram divididos em sete partes referentes à descrição da lista de verificação que foi elaborada para ser utilizada na pesquisa, a origem das questões e os aspectos que elas identificam. A seguir são apresentados os grupos de sujeitos, que fizeram parte da pesquisa. Na terceira parte são apresentados os resultados referentes à aplicação da lista de verificação para o Grupo A, constituído por crianças com TEA. Os resultados obtidos na aplicação da lista de verificação para o Grupo B encontram-se na quarta parte. A quinta parte descreve a comparação e a análise dos resultados dos dois grupos e das respostas dadas pelos juízes. A seguir estão descritos os dados referentes à comparação entre os dois instrumentos utilizados nesta pesquisa, e a sétima parte refere-se à apresentação dos resultados dos testes de sensibilidade e especificidade para a lista de verificação utilizada para a população de crianças com TEA.

A seguir apresentamos a discussão, a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos.

Os objetivos desta pesquisa foram:

- 1-** Elaborar uma lista de verificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico, manifestados na comunicação e na linguagem, baseada em outros instrumentos já existentes, que sintetize, organize e apresente, de forma clara e objetiva, características que possam ser identificadoras desses transtornos.
- 2-** Investigar a efetividade do uso da lista de verificação proposta na identificação de quadros de Transtornos do Espectro Autístico e de Alterações de Linguagem, por psicólogos e fonoaudiólogos sem experiência na área dos Distúrbios Psiquiátricos da Infância.

Para isso, foram levantadas as hipóteses de que existem diferenças na comunicação e na linguagem de crianças com TEA e crianças com alterações de linguagem, identificáveis a partir de uma amostra de interação filmada e de que é possível determinar um conjunto de manifestações de comunicação e linguagem, que identifiquem “uma maior probabilidade” para Transtornos do Espectro Autístico.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. *Conceitualização*

Wing (1981) propôs critérios diagnósticos para o '*continuum*' autista, a partir dos trabalhos de KANNER (1943) e ASPERGER (1968), levando em consideração as características comuns que constituem uma tríade de déficits simultâneos nos âmbitos *social, comunicacional e simbólico, com conseqüentes comportamentos repetitivos e estereotipados (p.117)*, que se manifestam em quadros clínicos, dos mais graves aos mais tênues. Portanto, esse espectro reúne a condição autística em todos os seus níveis de manifestação.

As características apontadas, por diversos autores, em relação à comunicação são: desenvolvimento atípico da linguagem, comunicação não-verbal precoce limitada ou inexistente, sérios problemas na compreensão e utilização da mímica, gestualidade e fala, podendo haver mutismo, ecolalia, inversão pronominal, uso incoerente de linguagem verbal, alterações de ritmo e entonação e prejuízos pragmáticos (DAHLGREN; GILBERG, 1989; TAGER-FLUSBERG, 1981; VOLDEN; LORD, 1991).

Para Lewis e Volkmar (1990), se uma criança com T.E.A. não desenvolve a linguagem funcional até os 5 anos de idade, sua evolução tende a ser precária, sendo que somente cerca de 50% delas adquirem fala funcional.

Os prejuízos de linguagem não verbal revelam-se tanto pelo contato rígido com o outro, com os objetos e os acontecimentos, como pelos movimentos descompassados nos gestos e na postura corporal. Portanto há um

desenvolvimento atípico da linguagem, observado tanto nas dificuldades da criança em entender, quanto em comunicar-se com outras pessoas (VOLDEN; LORD, 1991).

Em um trabalho minucioso, Wing (1999) confronta as descrições feitas por KANNER (1948) e ASPERGER (1999) e faz um levantamento das características comuns encontradas, entre as quais estão: maior incidência em indivíduos do sexo masculino, isolamento social e falta de interesse pelo outro, linguagem não funcional, uso de pronome em terceira pessoa, entonação de voz peculiar, prejuízo de comunicação não-verbal, evitação do contato visual (olho no olho), expressão gestual peculiar, modo de andar desajeitado, dificuldades para efetuar jogo simbólico, padrões repetitivos de atividades, hipersensibilidade ao barulho, interesse por alimentos de sabor forte, fascinação por objetos giratórios, problemas de inquietação, agressividade, negativismo com pessoas e objetos, habilidades especiais para números e boa memória.

Segundo os manuais diagnósticos Classificação Internacional de Doenças (CID-10; WHO, 1993) e Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR; APA, 2002), o espectro autístico está classificado entre os transtornos do desenvolvimento infantil. Afirma-se também que a manifestação dos sintomas é anterior aos três anos de idade, sendo a incidência referida de 4 a 5 vezes maior no sexo masculino, do que no sexo feminino. Os dados epidemiológicos, por sua vez, vêm apresentando um aumento acentuado quanto à incidência populacional. As pesquisas iniciais, na década de 60, estimaram de quatro a cinco pessoas entre 10.000; 20 anos mais tarde os índices registraram uma pessoa em 1.000 (BRYSON, 1997). Em pesquisa mais recente, os números mostram-se na proporção de seis pessoas em 1.000 (WING, 2002). Contudo,

questiona-se esse aumento, uma vez que se ampliaram os recursos conceituais diagnósticos, incluindo a própria definição de *continuum*.

Tanto o DSM-IV (APA, 1994) quanto a CID-10 (WHO, 1993) sugerem subgrupos bastante semelhantes. Esse fato não é casual, mas fruto de um esforço de padronização. As diferenças devem-se basicamente a ênfases diferentes dos dois sistemas, sendo o manual da Organização Mundial de Saúde dirigido à atividade clínica e o DSM-IV (APA, 1994) especialmente voltado para a atividade de pesquisa, muito embora se pretenda que, cada vez mais, a mesma terminologia possa ser utilizada nas duas áreas. Segundo o DSM IV-TR (APA, 2002), indivíduos com TEA têm funcionamento anormal, em pelo uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem usada nas comunicações ou (3) jogo simbólico ou imaginativo. O diagnóstico requer também um total de seis ou mais características presentes nos itens de (1), (2) e (3). A CID 10 propõe uma lista com 16 itens divididos em três grupos e estabelece que pelo menos 8 dos 16 itens especificados devem ser satisfeitos. As anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos para que o diagnóstico seja feito.

Ambos o DSM-IV (APA, 1994) e a CID-10 (WHO, 1993) são sistemas de classificação que possuem categorias de diagnósticos para indivíduos que mostram prejuízos no desenvolvimento. Apresentam critérios para o Autismo, Síndrome de Asperger, Autismo Atípico e Transtornos de Desenvolvimento não especificados, que geralmente são transtornos que estão relacionados ao autismo. Juntos, eles constituem o grupo de transtornos chamado Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), ou Transtornos do Espectro Autístico (TEA) (LORDI; RISI, 2001). Essa denominação abrange desde os que apresentam

maior severidade em uma área do que em outras e prejuízos severos ou moderados em várias áreas.

Os Transtornos do Espectro Autístico são caracterizados por prejuízos qualitativos na interação social, evidenciados no uso de comportamentos não-verbais (por exemplo, não conseguir olhar no olho do outro e manter uma postura de corpo irregular) na interação social, no fracasso para desenvolver e manter relações, na falta de espontaneidade e de interesses comuns, na falta de reciprocidade emocional e social; e prejuízos qualitativos na comunicação social, mostrada por um atraso no desenvolvimento da linguagem, sem compensação não-verbal, dificuldades em iniciar e sustentar diálogos, uso repetitivo e estereotipado da linguagem, e limitações na capacidade de jogo imaginativo ou imitativo. O indivíduo apresenta um repertório restrito de interesses, comportamentos e atividades, como um interesse anormal em tópicos particulares, uma preferência por rotinas não funcionais ou rituais, maneirismos motores, estereotipados e repetitivos e uma preocupação com partes de objetos no lugar do todo. Anormalidades sensoriais, incluindo hipossensibilidade ou hipersensibilidade, e interesses incomuns por determinadas sensações corporais, também são descritas. A falta de jogo imaginativo indica uma dificuldade subjacente na geração de idéias sobre as outras pessoas e outras situações. Todas estas características podem apresentar graus variados de severidade (DSM-IV; APA, 1994).

Segundo Lord e Risi (2001), o autismo pode ser definido como um transtorno que apresenta deficiências nas áreas de reciprocidade social, comunicação e interesses, além de comportamentos repetitivos. Elas podem apresentar níveis diferentes de severidade e podem ocorrer em outros transtornos

invasivos do desenvolvimento, podendo sugerir uma manifestação incompleta de autismo, e podem ser observadas, por exemplo em crianças que apresentam diferenças marcantes no aspecto social e na comunicação, mas não apresentam comportamentos repetitivos. Segundo as autoras, esses transtornos são muitas vezes incluídos nos Transtornos do Espectro Autístico, pois enfatizam a invasividade dos danos em muitos aspectos da vida.

As definições mais amplas e utilizadas de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e Transtornos do Espectro Autístico e as mais restritas, como a de Autismo, podem apresentar diferenças e, apesar de existirem variações na terminologia, alguns profissionais optam por incluir indivíduos com um menor grau de deficiência no espectro autístico (LORD; RISI, 2001).

2.2. Linguagem

Bishop (1989) afirma que é possível que uma criança com um distúrbio de linguagem significativo apresente um quadro de autismo. As dificuldades de linguagem observadas na criança com autismo ocorrem tanto na linguagem verbal quanto na não verbal e, nos casos de autismo infantil, há a associação de uma severa dificuldade semântico-pragmática com uma importante dificuldade de socialização. Estudando o autismo, juntamente com a síndrome de Asperger e a síndrome semântico-pragmática, a autora procurou estabelecer, não uma distinção, mas uma relação entre elas. Para a autora, todas fariam parte de um mesmo espectro, em que o ponto em comum seria a linguagem. Na síndrome de Asperger os prejuízos estariam ligados aos aspectos sociais, na síndrome

semântico-pragmática, aos aspectos formais da linguagem, e no autismo estas duas variáveis estariam comprometidas.

O uso da fala por autistas, segundo Stone e Caro-Martinez (1990), é diferente do uso da fala por crianças normais, sendo menos socializada, caracterizada por menos expressões espontâneas e mais aspectos não usuais, além de ter um repertório mais limitado de funções comunicativas para propósitos sociais ou interacionais. Os padrões de comunicação sofrem variações de acordo com o nível cognitivo da criança e a intensidade do quadro autístico.

Rapin (1991) relata que a queixa mais comum, relativa a autistas em idade pré-escolar, é a falha no desenvolvimento da linguagem. Mesmo antes da linguagem falada, crianças normais tendem a usar o balbucio, enquanto crianças autistas raramente o fazem. Algumas podem permanecer mudas por toda vida, outras adquirem fala tardiamente, sendo a mesma ininteligível ou com estrutura incorreta ou, ainda, apresentando uso de jargões.

Alterações nos níveis de linguagem expressiva são provavelmente os indicadores mais poderosos dos Transtornos do Espectro Autístico em indivíduos acima da idade pré-escolar (KOBAYASHI; MURATA; YOSHINAGA, 1992; VENTER; LORD; SCHOPLER, 1992).

Uma pesquisa realizada por Mesibov; Schopler; Hearsey, em 1994, demonstrou que crianças com retardo mental, com ou sem autismo, parecem mais competentes, menos ansiosas e socialmente mais flexíveis se as demandas de linguagem estiverem relativamente abaixo dos seus níveis de habilidades. Isso determinou um aumento nos diagnósticos de autismo em crianças que apresentavam habilidades lingüísticas insuficientes para as tarefas apresentadas, e uma diminuição de diagnósticos de autismo, em crianças cujo nível de

desenvolvimento da linguagem excederam os esperados, para os quais a escala havia sido planejada.

Segundo Kaplan e Sadock (1995) os déficits e desvios amplos no desenvolvimento da linguagem, estão entre os principais critérios diagnósticos para a identificação do autismo infantil. Segundo os autores, as crianças autistas não são simplesmente relutantes para falar, e suas anormalidades de linguagem não se devem a uma falta de motivação. Tanto o desvio quanto o atraso na linguagem são característicos do transtorno autista. Em contraste com crianças normais ou mentalmente retardadas, os autistas fazem pouco uso do significado em suas memórias e processos de pensamento. A linguagem geralmente assume a forma de ecolalia, tanto imediata, quanto tardia, ou de frases estereotipadas, sem qualquer relação com o contexto. Estas anormalidades estão freqüentemente associadas com inversão pronominal e as dificuldades na articulação também são notadas.

Os estudos realizados por Happé (1995) e Mahoney et al. (1998), demonstram que os níveis da linguagem expressiva vão afetar quase todos os aspectos da interação social e do brincar e que é particularmente difícil separar os efeitos dos níveis de desenvolvimento da linguagem dos graus de severidade do autismo em indivíduos verbais com Transtornos do Espectro Autístico.

“...qualquer que seja a abordagem conceitual, a hipótese etiológica e o critério diagnóstico envolvendo autismo infantil, a linguagem sempre representa um aspecto fundamental desse quadro clínico. Diversas pesquisas associam as dificuldades de linguagem às causas do autismo infantil, quer como um elemento desencadeador, quer como um aspecto afetado pelas mesmas desordens que causam o distúrbio, tanto na perspectiva organicista quanto na psicodinâmica” FERNANDES (1996, p. 23).

Prizant (1996) afirma que 50% das crianças com autismo não adquirem o discurso oral como primeira modalidade de comunicação. Nota-se a falta de

desenvolvimento de discurso, e as limitações na comunicação gestual podem ser causadas por fatores relacionados ou não aos impedimentos de habilidades sócio-cognitivas.

Num estudo realizado por Fernandes (1997), caracterizando a população com transtornos psiquiátricos atendida em sistema ambulatorial, identifica que os distúrbios de linguagem apresentados por esta população, correspondem ao segundo fator de predominância, perdendo apenas para os distúrbios de comportamento.

Amato (2000) afirma que a linguagem no Autismo Infantil sempre ocupou um lugar de destaque, seja como um sintoma significativo, seja como um referencial para o prognóstico do quadro.

Perissinoto (2003) chama a atenção para o fato de que, já na anamnese, ficam evidentes as alterações na comunicação verbal e não verbal, de recepção e de expressão, desde os sinais pré-lingüísticos e que o problema não é só a quantidade de fala que a criança com autismo apresenta, mas também, as falhas em diferentes funções da linguagem.

2.3. Caracterização

Após a descrição inicial do autismo infantil, começam os esforços, ainda presentes nos dias de hoje, para melhor precisar suas características, distinguindo-as de outras patologias.

Segundo Moraes (1999), algumas considerações são necessárias, para melhor compreender as questões diagnósticas dos Transtornos do Espectro Autístico: as concepções teóricas variam e, conseqüentemente, enfatizam

diferentes aspectos, há a necessidade de se diferenciar o que é atraso e o que é desvio, no desenvolvimento da criança; pautar o diagnóstico num grupo de sinais e sintomas que formam uma constelação clínica que só ocorre nos T.E.A.. Existem graus diferentes de comprometimento, pois são grandes as variações individuais e os critérios diagnósticos sofrem constantes transformações em função das pesquisas que são realizadas na área.

Stone et al. (1999) afirmaram que, nos últimos anos, houve um aumento no interesse da identificação precoce e no diagnóstico de crianças portadoras de TEA. Entre as razões levantadas, está o sucesso comprovado das intervenções especializadas, nos programas e serviços dirigidos às crianças muito pequenas. Foram identificados ganhos consideráveis na aquisição e desenvolvimento de habilidades (HOYSON, JAMIESON, STRAIN, 1984; ROGER, LEWIS, 1989), na linguagem funcional (HARRIS et al., 1991; BONDY, FROST, 1995) e na média de Q.I. (LOVAAS, 1987; HARRIS et al., 1991; MCEACHIN, SMITH, LOVAAS, 1993), além de melhorias na interação e diminuição dos sintomas autísticos em outras áreas.

A elegibilidade para a participação em programas especializados para TEA em geral é limitada a crianças com um diagnóstico especializado, o que torna o diagnóstico precoce essencial (STONE et al., 1999).

Embora muitos fatores possam tornar difícil o diagnóstico de TEA, evidências relativas à viabilidade do diagnóstico precoce têm aumentado (SIEGEL et al., 1988; AITKEN, 1991). A maior evidência vem de estudos que examinaram a estabilidade do diagnóstico precoce ao longo do tempo. Baron-Cohen; Allen; Gillberg (1992) relataram que, entre 10 crianças diagnosticadas com autismo aos 18-20 meses, todas tiveram o diagnóstico mantido numa outra avaliação, depois

de três anos e meio. Outros estudos não focalizaram explicitamente a estabilidade do diagnóstico precoce, mas identificaram níveis de consistência no diagnóstico, com o passar do tempo. Gillberg et al. (1990) acompanharam 28 crianças que receberam um diagnóstico preliminar de autismo antes dos três anos e puderam comprovar que 20 (95%) foram diagnosticadas depois como autistas, num período de tempo que variou de 6 meses a 13 anos.

Adrien et al. (1992) comprovaram, em seus estudos, que as 11 crianças da sua amostra, que receberam diagnóstico de autismo antes dos 2 anos, mantiveram o diagnóstico depois dos 3 anos.

Nos últimos anos, tem-se dedicado atenção especial ao desenvolvimento de métodos e instrumentos diagnósticos para os TEA (STONE et al., 1999), que levem em consideração características de crianças com idade inferior a 2 anos. O diagnóstico precoce forma a base a partir da qual são tomadas as decisões referentes às intervenções.

Outro assunto importante referente ao diagnóstico precoce dos TEA é a aplicabilidade dos critérios diagnósticos do DSM em crianças muito pequenas. Stone et al. (1999), relatam que uma pesquisa com o DSM-III-R (APA, 1987) revelou que os critérios relacionados a anormalidades no desenvolvimento da linguagem e a necessidade de manter rotinas, raramente foram observados pelos clínicos ou relatados pelos pais de crianças menores de 4 anos. Comentam também que, provavelmente, uma pesquisa com o DSM-IV (1994) apresentaria as mesmas limitações, pois só um subconjunto dos critérios diagnósticos é aplicável a crianças muito pequenas, o que sugere que um algoritmo diferente possa ser autorizado para esse grupo.

Segundo Lord e Risi (2001), o diagnóstico permite uma comunicação mais precisa e eficiente entre os profissionais e os pais, que estão tentando entender o que está ocorrendo no desenvolvimento de seu filho e querem identificar qual o tratamento mais adequado e onde pode ser encontrado.

Charman e Baird (2002) afirmam que, mesmo tendo ocorrido progressos na identificação precoce do TEA, existem novos desafios relacionados à prática clínica no que diz respeito à precisão e estabilidade do diagnóstico precoce, à utilização de instrumentos de avaliação que incluam características de crianças com menos de 2 anos e à habilidade para identificar o prognóstico. Segundo os autores, a avaliação multidisciplinar é a melhor opção. E essa avaliação deveria incluir informações detalhadas sobre a história de desenvolvimento da criança, descrições das atividades e comportamentos cotidianos, avaliação direta do estilo de interação da criança, onde está incluída a avaliação formal da comunicação, da intelectualidade, e da capacidade de adaptação. A avaliação clínica também precisa concentrar-se na identificação dos prejuízos da comunicação, que é uma das principais características dos TEA antes do segundo ano de vida. Já as estereotípias e os comportamentos repetitivos são menos notados, porém se estes forem identificados junto com os prejuízos sociais e de comunicação, tornam-se altamente indicativos de TEA. Segundo os autores, concomitantemente à preocupação com a avaliação clínica, existe a preocupação com a formação clínica especializada, para que não somente o diagnóstico precoce possa ser adequadamente feito, mas as intervenções terapêuticas sejam garantidas.

2.4. Instrumentos

Existem vários instrumentos e escalas diagnósticas, que foram desenvolvidas para apontar, de maneira mais precisa, uma patologia específica. Constituem-se como questionários ou listas de verificação de sintomas. Eles podem auxiliar na detecção do autismo, sendo que foram elaborados para observar o comportamento social, o uso de objetos e a comunicação. Com eles pode-se classificar a gravidade do quadro, medir a evolução da patologia e estabelecer critérios para o atendimento.

Fazendo um levantamento dos instrumentos e das escalas que existem para a avaliação das crianças com TEA, verificou-se que eles surgiram a partir do momento em que o conceito de autismo começou a ser questionado, e apresentam vantagens e limitações.

A maioria dos instrumentos e das escalas diagnósticas utilizados atualmente são baseados nos critérios descritos pelo DSM (APA, 1987, 1994, 1995) e pela CID-10 (WHO, 1993).

Os instrumentos mais utilizados para detecção e avaliação precoce dos Transtornos do Espectro Autístico são o Autism Behavior Checklist - ABC (KRUG; ARICK; ALMOND, 1980) e o Checklist for Autism in Toddlers - CHAT (BARON-COHEN; ALLEN; GILLBERG, 1992). O ABC é aplicado em crianças acima de 3 anos, enquanto o CHAT pode ser utilizado em crianças com a idade entre 1 ano e 5 meses e 3 anos.

Na avaliação para diagnóstico, os seguintes instrumentos são amplamente utilizados: o Childhood Autism Rating Scale - CARS (SCHOPLER; REICHLER; RENNER, 1988), que pode ser aplicado em todas as idades, o Autism Diagnostic

Observation Schedule- Generic - ADOS-G (LORD et al., 2000), aplicado em crianças a partir de 2 anos até adultos, e o Autism Diagnostic Interview, Revised - ADI-R (LORD; RUTTER; LE COUTEUR, 1994) cuja aplicação pode ser realizada em crianças e adultos acima de 18 meses de idade mental.

O Autism Behavior Checklist - ABC, foi uma escala desenvolvida por Krug, Arick, Almond em 1980. Sua aplicação e validação deu-se em quase todos os estados dos Estados Unidos da América em 1993, tendo sido validado também em outros países. No Brasil, os estudos para sua validação foram iniciados. Essa escala de comportamentos não adaptativos foi desenvolvida para triar e indicar a gravidade do autismo apresentado pela criança. A Escala de Comportamentos Autísticos contém 57 comportamentos atípicos característicos do quadro de autismo. Estes comportamentos estão dispostos num protocolo de registro, contemplando cinco áreas: estímulo sensorial, relacionamento, uso do corpo e de objetos, linguagem e desenvolvimento pessoal e social. A pontuação máxima que pode ser atingida é de 158 pontos e quando a somatória atinge 68 ou mais, a criança é classificada como autista (KRUG; ARICK; ALMOND, 1980, 1993).

Na área de estímulo sensorial, composta por 9 questões, a pontuação máxima é de 26 pontos; a área de relacionamento, composta por 12 questões, tem a pontuação máxima de 38 pontos; as 12 questões referentes ao corpo e uso de objeto, podem atingir a pontuação máxima de 38 pontos; na área da linguagem, a avaliação é feita por meio de 13 questões, que podem atingir a pontuação máxima de 31 pontos, e as questões relacionadas à ajuda pessoal e social, têm a pontuação máxima de 25 pontos (MARTELETO, 2003).

Luteijn et al. (2000) afirmam que diversos estudos vêm utilizando o ABC como um instrumento de comparação para fazer a validação de outros

instrumentos diagnósticos e também para avaliar a melhora ou piora nos comportamentos não adaptativos das crianças com autismo, após terem sido medicadas. Segundo os autores, diversos pesquisadores têm avaliado crianças que apresentam alterações genéticas, neurológicas e congênitas com o ABC, para verificar a co-ocorrência de sintomas autísticos quando existem estas alterações orgânicas.

O Checklist for Autism in Toddlers – CHAT, foi desenvolvido por Baron-Cohen; Allen; Gillberg em 1992 e é um instrumento de verificação que foi planejado para testar a predisposição de crianças que não exibem atenção compartilhada e intenção de jogo na idade de 18 meses, e que estão no grupo de risco para o diagnóstico de autismo. As perguntas devem ser respondidas com SIM ou NÃO. As nove perguntas da seção A, deverão ser respondidas pelo pai ou responsável e as cinco perguntas da seção B, pelo observador. Há cinco questões chaves, na seção A, que estão relacionadas com a atenção compartilhada e intenção de jogo. As questões chaves, na seção B, foram incluídas a fim de validar as respostas dos pais às questões da seção A. As questões restantes fornecem informações adicionais, para distinção entre um perfil específico de autismo e um de transtorno global de desenvolvimento (BARON-COHEN; COX; BAIRD, 1996)

Segundo Lovaas (1993), o CHAT foi projetado para ser administrado por todos os profissionais da área de saúde infantil. Como ferramenta de seleção, é adequada sua administração a crianças a partir dos 18 meses. Para o autor, trata-se de uma ferramenta de seleção para uso clínico muito útil, especialmente pela eficácia demonstrada em termos de intervenção precoce.

Uma extensão do CHAT foi elaborada por Baron-Cohen et al. em 2000. Trata-se de um instrumento de formato simples, composto de 23 itens (aos quais deve-se responder sim ou não), que pode ser utilizado com todas as crianças durante as visitas pediátricas. Considera principalmente as respostas dadas pelos pais sobre as habilidades e comportamentos da criança. Os pais podem preenchê-lo na sala de espera, não requerendo a administração de um médico.

Já o Childhood Autism Rating Scale – CARS, é uma das escalas mais utilizadas em estudos internacionais. Desenvolvido por Schopler, Reichler, Renner em 1988, já foi validado em diversos países, mas ainda não no Brasil. Essa escala propõe a avaliação do comportamento, com a finalidade de identificar crianças com autismo e distingui-las das crianças com outras desordens de desenvolvimento. Além disso, distingue os graus de autismo, do mais severo ao mais leve. Pode ser utilizada por clínicos e educadores e permite o reconhecimento e a classificação de crianças autistas. Avalia o relacionamento inter-pessoal, imitação, resposta emocional, expressão corporal, uso do objeto, adaptação a mudanças, uso do olhar, uso da audição, uso do paladar, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não-verbal, atividade, grau de consistência das respostas, da inteligência e impressão geral. Após observar a criança e ter examinado as informações relevantes dos relatórios dos pais e outros registros, o examinador avalia a criança em cada área. Usando uma escala de pontuação, indica o grau em que o comportamento da criança desvia do de uma criança normal da mesma idade.

Segundo Baird et al. (2001) vários profissionais, entre os quais médicos, educadores especiais, psicólogos escolares e fonoaudiólogos, que possuam

conhecimentos mínimos sobre o autismo, podem ser facilmente treinados para usar o CARS.

O Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic - ADOS-G, é uma escala semi-estruturada de observação da interação social, da comunicação, do brincar e do uso imaginativo de materiais para indivíduos com autismo ou outros Transtornos Invasivos de Desenvolvimento. Foi desenvolvido por Lord et al. em 2000 e baseado em outros dois instrumentos diagnósticos similares, como a Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS (LORD et al., 1989) e o Pré-Linguistic Autism Diagnostic Observation Scale - PL-ADOS (DiLAVORÉ; LORD; RUTTER, 1995). O ADOS, que foi apresentado no final dos anos 80, é um método estandarizado de observação direta do comportamento social, da comunicação e o brincar de crianças muito pequenas a adultos. As crianças podem ser desde aquelas que não apresentam nenhum discurso até as fluentes, e os adultos devem ser verbalmente fluentes.

O ADOS foi proposto como complementação do Autism Diagnostic Interview – ADI (LE COUTEUR et al., 1989) uma entrevista para pais, baseada na história, no ritmo de desenvolvimento e na descrição do desenvolvimento, nas áreas que são diretamente afetadas no caso de autismo. Dois fatores foram determinantes para a modificação do ADOS e do ADI originais e que resultaram também na criação do PL-ADOS. Um fator foi o crescimento do interesse em utilizar os instrumentos em settings clínicos, e o outro fator foi a participação dos autores dos mesmos num estudo longitudinal, com crianças com possibilidade de terem Autismo e que haviam sido identificadas por volta dos dois anos de idade.

O ADOS é dividido em quatro módulos e cada um requer de 35 a 40 minutos para ser aplicado. Normalmente somente um dos módulos é aplicado, e a

escolha vai depender do indivíduo que está sendo avaliado, da sua capacidade de expressão, de comunicação e da idade cronológica. A nova escala também consiste em quatro módulos, sendo cada um apropriado para os níveis diferentes de desenvolvimento geral e de linguagem, no que diz respeito à expressão, recepção, uso de palavras, fluência e aspectos do desenvolvimento da linguagem complexa nos adultos. Apenas um dos módulos, que dura aproximadamente 30 minutos, é administrado individualmente para atribuição de pontos.

O uso do ADOS-G está diretamente relacionado à habilidade do examinador, pois requer treino para administrar as atividades, fazer a contagem dos pontos e a observação.

O Autism Diagnostic Interview-Revised - ADI-R, é uma versão modificada do ADI, uma entrevista padronizada, semi-estruturada e baseada no desenvolvimento infantil e nos critérios do DSM-IV e da CID-10 e que já foi validado em diversos países, mas ainda não no Brasil. Um dos objetivos desta entrevista é separar os desvios qualitativos dos atrasos de desenvolvimento, por isso muitas das questões estão concentradas no período de desenvolvimento entre 4 e 5 anos, quando certas características importantes para o diagnóstico são vistas como sendo mais evidentes. Ao todo são 93 itens divididos em cinco partes: questões iniciais, questões sobre a comunicação (anterior e atual), sobre o desenvolvimento social e do brincar (anterior e atual), questões sobre comportamentos restritos e repetitivos e um reduzido número de questões sobre problemas gerais de comportamento. As questões abrangem o comportamento geral, os comportamentos específicos, a relação familiar, a escolaridade, os diagnósticos feitos anteriormente, o uso de medicamentos, o ritmo do desenvolvimento e seus marcos, a aquisição ou a perda da linguagem ou de

outras habilidades, o funcionamento atual da linguagem e da comunicação, o desenvolvimento social, interesses e comportamentos clínicos relevantes (tais como a agressividade, a auto-agressão e a presença de epilepsia). As respostas do informante e os registros do entrevistador são organizados seguindo-se procedimentos altamente padronizados. Há a necessidade de um treinamento adequado para a utilização da entrevista, o que torna possível realizá-la em aproximadamente 1 hora e meia, com o(s) pai(s) de uma criança de 3 ou 4 anos. No caso de crianças mais velhas, a entrevista pode demorar um pouco mais de tempo (RUTTER; TAYLOR; HERSOV, 1994).

Os resultados são marcados e interpretados usando um referencial diagnóstico, um referencial atual do comportamento, ou ambos, dependendo da finalidade da avaliação (RUTTER; TAYLOR; HERSOV, 1994).

Estes são alguns dos instrumentos e escalas existentes e que buscam alcançar um diagnóstico mais efetivo dos Transtornos do Espectro Autístico, avaliando os mais diversos aspectos do desenvolvimento, desde as idades mais precoces. Poucos são utilizados no Brasil e a validação de instrumentos e escalas para triagem e diagnóstico desses transtornos é algo ainda escasso, requerendo acesso à literatura internacional.

A presente pesquisa, propõe-se então, à alternativa de criação de uma Lista de Verificação, baseada em características de desenvolvimento da linguagem, que possibilite a identificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico e que possa ser utilizada por fonoaudiólogos, psicólogos e equipes multidisciplinares, direcionando os atendimentos enquanto providencia-se o encaminhamento para a realização do diagnóstico formal.

3. MÉTODO

3.1. *Sujeitos*

A pesquisa foi realizada com 60 sujeitos com faixa etária entre 3 anos e 13 anos, divididos em dois grupos: o grupo de pesquisa (GA) e o grupo controle (GB).

O GA era composto por 20 crianças portadoras de diagnóstico de Transtorno do Espectro Autístico, diagnosticados por dois psiquiatras infantis, baseados nos critérios do DSM-IV, de ambos os sexos, com idades variando entre 04 e 13 anos, filmadas por 20 minutos. As crianças recebiam atendimentos regulares por equipes interdisciplinares.

As 40 crianças do GB, de ambos os sexos, com idades variando entre 3 anos e 8 anos e 6 meses, eram portadoras de alterações de linguagem não decorrentes de perda sensorial e/ou distúrbio afetivo-cognitivo e já haviam sido submetidas a avaliação audiométrica, fonoaudiológica, psicológica e neurológica. As crianças eram atendidas semanalmente, por estagiárias do curso de Fonoaudiologia da UNESP/Marília-SP e foram filmadas por 20 minutos.

A utilização de um grupo controle, de sujeitos com outras alterações de linguagem não decorrentes de perda sensorial e/ou distúrbio afetivo-cognitivo, no qual foram aplicados a lista de verificação criada pela pesquisadora, e a escala ABC, foi proposta para a comparação dos dados obtidos com o grupo de TEA, na aplicação dos mesmos instrumentos.

Todos os sujeitos que participaram da pesquisa foram avaliados, por meio de filmagens, pela pesquisadora, que possui experiência na área de atendimento

nos Distúrbios Psiquiátricos da Infância e por oito profissionais, com até 2 anos de formados, sem experiência na área dos Distúrbios Psiquiátricos da Infância, que desempenharam o papel de juízes, sendo 04 fonoaudiólogas e 04 psicólogas.

3.2. Material

A lista de verificação utilizada na pesquisa foi elaborada pela pesquisadora, com base nos instrumentos e escalas já existentes. Ela é apresentada no início do tópico dos resultados, e na forma como foi utilizada na pesquisa, no Anexo A.

A escala ABC, traduzida no Brasil por Pedromônico e Marteleto em 2001, foi utilizada para obtenção de dados dos grupos de pesquisa. Esses dados foram posteriormente comparados com os dados obtidos pela lista de verificação elaborada pela pesquisadora.

- **Lista de Verificação**

A Lista de Verificação é composta por 33 questões, que observam o desenvolvimento da linguagem nos seguintes aspectos: funcionalidade, conteúdo e forma. (Anexo A)

- **ABC**

O ABC é composto por 57 questões divididas nas seguintes áreas: estímulo sensorial, relacionamento, corpo e uso de objeto, linguagem e ajuda pessoal e social. (Anexo B)

- **Outros materiais**

Os brinquedos utilizados nas sessões de atendimento, para as filmagens, já eram conhecidos pelas crianças e são normalmente utilizados em sessões de atendimento fonoaudiológico e psicológico (por exemplo: miniaturas de animais, carrinhos, bonecos, etc.).

Foi utilizada uma filmadora Panasonic X 150 Digital (X 18 optical zoom lens), 20 fitas VHS TC 30 e, na montagem das filmagens, para serem enviadas aos juízes, foram utilizadas 8 fitas VHS JVC série Gold (capacidade para 6 horas de filmagem).

3.3. Procedimento

Foi realizada uma reunião com os coordenadores da APAE de Ourinhos e do CEICOMHU de Marília e os pais e/ou responsáveis das crianças, para explicação da pesquisa. O termo de consentimento para a participação na pesquisa foi direcionado ao responsável, sendo assegurado o sigilo da identidade dos participantes. Foi solicitada a aprovação do comitê de ética da UNESP-Marília/SP por meio do protocolo nº 1446/2002 de 10 de maio de 2002, sendo a mesma recebida, no dia 29 de maio de 2002, autorizando a sua execução nas dependências da Universidade. (Anexos C e D).

- **Procedimento para a Lista de Verificação**

A pesquisa que deu origem a essa dissertação consistiu, na primeira fase, na construção de uma lista de verificação para detecção de possíveis Transtornos do Espectro Autístico, que tivesse como eixo principal a área da linguagem. Para

tanto estudou-se os Transtornos do Espectro Autístico, os critérios de diagnóstico existentes e os mais utilizados na atualidade. Depois fez-se o levantamento dos instrumentos mais utilizados nos últimos anos, com os Transtornos do Espectro Autístico, e separou-se, desses instrumentos, as questões relacionadas à área da linguagem, selecionou-as e organizou-as numa lista de verificação, de formato simples, composta de 33 itens, aos quais deve-se responder sim ou não.

Na segunda fase, a pesquisadora assistiu às fitas e preencheu as listas de verificação. Depois separou as listas de verificação, correspondentes aos portadores de Transtornos do Espectro Autístico e as numerou de 01 a 20. As listas de verificação para os portadores de Alterações do Desenvolvimento da Linguagem receberam a numeração 21 a 60. Procedeu então ao sorteio, dividiu as listas em envelopes pares e ímpares e os enviou para os juízes. Esses profissionais foram orientados a optar por uma alternativa de diagnóstico para a criança avaliada. As seguintes alternativas foram apresentadas: 1) Transtorno do Espectro Autístico ou 2) Alterações de Linguagem.

Os Quadros 1 e 2 sintetizam o resultado do sorteio realizado.

QUADRO 1 – Resultado do sorteio das listas de verificação na segunda fase – Fonoaudiólogas.

N° do Envelope	N° das Listas Sorteadas	Total de Listas preenchidas, contidas no envelope
02	08, 15, 21, 17, 05, 26, 38, 19	08
04	40, 27, 06, 34, 20, 11, 42, 31	08
06	48, 04, 10, 53, 45, 35, 29	07
08	57, 49, 22, 32, 28, 47, 44	07

Os envelopes pares foram entregues para as quatro fonoaudiólogas.

QUADRO 2 - Resultado do sorteio das listas de verificação na segunda fase-
Psicólogas.

N° do Envelope	N° das Listas Sorteadas	Total de Listas preenchidas, contidas no envelope
01	56, 16, 60, 33, 54, 14, 55, 25	08
03	23, 41, 24, 13, 37, 36, 51, 58	08
05	09, 46, 01, 18, 43, 59, 52	07
07	30, 02, 07, 39, 12, 03, 50	07

Os envelopes ímpares foram entregues para as quatro psicólogas.

Na terceira fase, seis meses depois da segunda, as listas de verificação foram numeradas e separadas, de acordo com os mesmos critérios utilizados na segunda fase. Nesta fase, os juízes, que já haviam participado da segunda fase, deveriam ler as instruções contidas no envelope e no cabeçalho da lista de verificação e preencher as cópias numeradas, após assistirem às respectivas filmagens. As fitas enviadas para os juízes foram montadas, de acordo com a ordem numérica das listas sorteadas. Por exemplo: se a lista fosse a número 08, a filmagem correspondente seria a de uma criança portadora de Transtorno do Espectro Autístico; se fosse a número 43, a filmagem correspondente seria a de uma criança portadora de Alterações do Desenvolvimento da Linguagem. Para diminuir ainda mais a probabilidade de erro, nas instruções para o preenchimento, contidas no envelope, foi apresentada uma escala onde, para determinada criança filmada, deveria ser utilizado determinado protocolo. (Anexo E).

A distribuição das listas de verificação, na terceira fase, está sintetizada nos Quadros 3 e 4.

QUADRO 3 - Resultado do sorteio das listas de verificação na terceira fase-
Fonoaudiólogas.

N° do Envelope	N° das Listas Sorteadas	Total de Listas não preenchidas, contidas no envelope
02	47, 08, 49, 43, 28, 19, 10, 55	08
04	17, 31, 58, 07, 21, 25, 35, 09	08
06	37, 34, 05, 22, 53, 23, 11	07
08	13, 59, 40, 29, 56, 18, 60	07

Os envelopes pares foram entregues para as fonoaudiólogas.

QUADRO 4 - Resultado do sorteio das listas de verificação na terceira fase-
Psicólogas.

N° do Envelope	N° das Listas Sorteadas	Total de Listas não preenchidas, contidas no envelope
01	02, 14, 06, 52, 51, 54, 42, 44	08
03	45, 30, 26, 16, 48, 12, 20, 24	08
05	15, 36, 38, 39, 50, 01, 57	07
07	27, 33, 04, 46, 32, 41, 03	07

Os envelopes ímpares foram entregues para as psicólogas.

Ao final, tanto as fonoaudiólogas quanto às psicólogas deveriam novamente escolher a alternativa que melhor descrevesse o diagnóstico da criança que foi avaliada. As mesmas alternativas da fase anterior foram apresentadas: 1) Transtorno do Espectro Autístico ou 2) Alterações de Linguagem.

- **Procedimento para o ABC**

A pesquisadora numerou as 60 cópias do ABC de 01 a 60, fez um sorteio aleatório dos mesmos, separou as filmagens de acordo com esse sorteio, assistiu as filmagens e preencheu o ABC. O Quadro 5 sintetiza o sorteio que foi realizado.

QUADRO 5 – Resultado do sorteio das cópias do ABC – Pesquisadora

Números das cópias do ABC Sorteadas	Total de cópias do ABC preenchidas
35, 52,10, 27, 44, 5,16, 22, 2, 19, 38, 30, 33, 8, 13, 20	16
24, 54, 60, 43, 40, 57, 41, 39, 21, 11, 59, 42, 31, 23, 17, 28	16
3,49, 51, 1, 15, 7, 53, 56, 36, 26, 32, 47, 58, 50	14
4, 18, 25, 12, 29, 46, 6, 34, 45, 37, 9, 14, 48,55	14

A pesquisadora, então assistiu às filmagens de acordo com a ordem do sorteio e assinalou os comportamentos que foram observados. Procedeu depois à soma dos pontos atingidos por cada criança, separou-os de acordo com a pontuação que receberam e classificou-os como autistas ou não, de acordo com os critérios estabelecidos pelo instrumento utilizado.

3.4. Análise dos dados

Quando os juízes terminaram sua avaliação na segunda e terceira fases, os dados coletados foram analisados, considerando-se as seguintes variáveis: o índice de concordâncias e discordâncias, o levantamento das questões que tiveram um peso maior na caracterização do quadro de Transtornos do Espectro

Autístico; o levantamento das questões que tiveram um peso maior na caracterização do quadro de Alterações de Desenvolvimento da Linguagem. Calculou-se a média e o percentual de acertos dos juízes, nas segunda e terceira fases.

Registrou-se, então, o número total de vezes em que cada questão foi assinalada, na segunda e terceira fases, e calculou-se o percentual da escolha entre sim ou não de cada questão.

O teste do Qui-Quadrado avaliou a validade do conteúdo e determinou quais questões deveriam ser retiradas do instrumento, por não serem significativas para a distinção entre os quadros de Transtornos do Espectro Autístico e de Alterações no Desenvolvimento da Linguagem (SIEGEL, 1981).

Foi analisada a confiabilidade, das alternativas escolhidas como diagnóstico, nas segunda e terceira fases, através da aplicação do índice de concordância Kappa (FARIAS JR.; PIRES; LOPES, 2002).

A sensibilidade do teste definiu a proporção dos indivíduos com o transtorno, ou seja, aqueles que têm um teste positivo para o transtorno (FLETCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, 1996).

A especificidade do teste foi avaliada pela proporção dos indivíduos sem o transtorno (Grupo B), ou seja, os que têm um teste negativo (FLETCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, 1996).

O Teste de Mann-Whitney, que é um teste não paramétrico que pode ser usado para comparar duas médias sem a suposição de distribuição normal ou de pelo menos uma distribuição simétrica, foi utilizado para avaliar a concordância entre os indivíduos dos grupos A e B (SIEGEL, 1981).

A análise dos dados obtidos na aplicação da lista de verificação foi comparada com os dados obtidos na aplicação do ABC. Desta forma, pretendeu-se estudar se a lista de verificação pode ser utilizada como instrumento de identificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico, distinguindo-os das alterações de desenvolvimento da linguagem.

4. RESULTADOS

A apresentação dos Resultados é dividida em sete partes. Na Primeira Parte (4.1) será descrita a lista de verificação que foi elaborada para ser utilizada na pesquisa, a origem das questões e os aspectos que elas identificam. Na Segunda Parte (4.2) serão apresentados os grupos A e B, de sujeitos, que fizeram parte da pesquisa. A Terceira Parte (4.3) apresentará os resultados referentes à aplicação da lista de verificação para o Grupo A, constituído por crianças com TEA. Na Quarta Parte (4.4) encontram-se os resultados obtidos na aplicação da lista de verificação para o Grupo B. A Quinta Parte (4.5) descreverá a comparação e a análise dos resultados dos dois grupos e das respostas dadas pelos juízes. Na Sexta Parte (4.6) estão descritos os dados referentes à comparação entre os dois instrumentos utilizados nesta pesquisa, e a Sétima Parte (4.7) refere-se à apresentação dos resultados dos testes de sensibilidade e especificidade para a lista de verificação utilizada para a população de crianças com TEA.

4.1. *Lista de Verificação para Crianças com Transtornos do Espectro Autístico*

A lista de verificação utilizada na pesquisa foi elaborada pela pesquisadora, com base nos seguintes instrumentos: o Autism Behavior Checklist - ABC, o Checklist for Autism in Toddlers - CHAT, o Childhood Autism Rating Scale - CARS, o Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic - ADOS-G e o Autism Diagnostic Interview, Revised - ADI-R e está apresentada no Quadro 6.

QUADRO 6 – Questões da lista de verificação e suas origens.

Características Observadas	Origem da Questão
1-Identifica letras e números	CARS/ABC
2-Executa ordens complexas	CHAT/ADOS
3-Faz pedidos de objetos	CARS/ADOS
4-Utiliza marcadores de polidez: “por favor”, “dá licença”, “obrigado”	CARS/ADOS
5-Aponta para um objeto quando solicitado	CHAT/ADI-R
6-Usa a primeira pessoa do singular (eu, me, meu, mim, comigo)	CARS/ADI-R
7-Pede ajuda ou conforto	CHAT/ADI-R
8-Faz nomeações	CARS/ADOS
9-Faz contato ocular	CHAT/ADOS
10-Produz sons ininteligíveis	ABC/ADI-R
11-Faz comentários	CARS/ADOS
12-Interrompe a atividade quando ouve não	CARS/ADOS
13-Usa um objeto pelo outro ou substâncias invisíveis em suas brincadeiras	CHAT/ADOS-G/ADI-R
14-Responde à voz de uma pessoa quando esta o chama	CHAT/ADOS
15-Identifica e ocupa a “sua vez de falar” ou a “sua vez de jogar”	CARS/ADOS
16-Produz emissões ou gestos sem função aparente	ABC/ADI-R
17-Manifesta descontentamento	CARS/ADOS
18-Faz pedidos de ação	CARS/ADI-R
19-Pede informações	CARS/ADOS
20-Identifica e nomeia marcas, rótulos, slogans	CARS/ADOS
21-Produz emissões ou gestos fora do contexto	ABC/ADI-R
22-Responde sim ou não	CHAT/ADOS
23-Usa objetos ou miniaturas de forma funcional	CHAT/ADOS-G/ADI-R
24-Produz onomatopéias	CHAT/ADI-R
25-Reage a estímulos visuais	CARS/ADI-R
26-Mantém a atenção	CHAT/ADOS
27-Solicita a atenção do outro	CHAT/ADOS
28-Executa instruções simples	CHAT/ADOS
29-Respeita limites (o que pode e o que não pode)	CARS/ADI-R
30-Procura pessoas ou objetos fora do seu campo visual	CHAT/ADOS/ADI-R
31-Produz vocalizações, gestos ou movimentos para obter a atenção do outro	CARS/ADOS
32-Reage a estímulos sonoros	CHAT/ADI-R
33-Produz imitações	CHAT/ADOS/ADI-R

As questões da Lista de Verificação avaliam os aspectos de funcionalidade (por exemplo: 3, 7, 15); conteúdo (por exemplo: 1, 20, 28) ; e forma (por exemplo: 10, 24, 31).

4.2. Apresentação dos Grupos A e B

O GA era composto por 20 crianças portadoras de diagnóstico de transtorno do Espectro Autístico e o G B, por 40 crianças portadoras de alterações de linguagem não decorrentes de perda sensorial e/ou distúrbio afetivo-cognitivo.

Os Quadros 7 e 8 apresentam os sujeitos dos grupos A e B, segundo idade e gênero.

QUADRO 7 – Idade e gênero dos sujeitos com diagnóstico de Transtornos do Espectro Autístico (Grupo A).

Sujeitos	Idade (anos)	Sexo
S1	9 a	F
S2	6 a	M
S3	6 a	M
S4	10 a	M
S5	6 a	F
S6	6 a	M
S7	6 a	M
S8	5 a	F
S9	6 a	F
S10	10 a	M
S11	11 a	F
S12	12 a	M
S13	10 a	M
S14	12 a	F
S15	13 a	M
S16	3 a 9 m	M
S17	6 a	M
S18	5 a	F
S19	6 a	F
S20	9 a	M

QUADRO 8 – Idade e gênero dos sujeitos com diagnóstico de Alterações de Linguagem (Grupo B).

Sujeito	Idade	Sexo
S21	4 a 2 m	M
S22	3 a 8 m	M
S23	4 a 2 m	M
S24	3 a 10 m	M
S25	3 a 10 m	M
S26	3 a 3 m	F
S27	3 a 2 m	M
S28	3 a 11 m	M
S29	4 a 10 m	F
S30	3 a 11 m	M
S31	3 a 10 m	M
S32	4 a 5 m	M
S33	4 a 4 m	M
S34	5 a	M
S35	6 a	M
S36	4 a 2 m	M
S37	4 a 3 m	F
S38	4 a 5 m	F
S39	4 a 11 m	M
S40	5 a	F
S41	4 a 11 m	F
S42	4 a 4 m	M
S43	3 a 3 m	M
S44	4 a 2 m	M
S45	5 a 2 m	M
S46	5 a 2 m	F
S47	7 a 3 m	M
S48	8 a 6 m	F
S49	5 a 11 m	M
S50	5 a	M
S51	3 a 8 m	M
S52	6 a 4 m	M
S53	5 a 3 m	F
S54	7 a	M
S55	4 a	M
S56	7 a	F
S57	6 a	F
S58	5 a	M
S59	5 a	M
S60	3 a	M

A idade das crianças variou de 3 anos a 13 anos, ficando a média em torno de 7 anos e 11 meses, no grupo de Transtornos do Espectro Autístico, e de 3 anos a 8 anos e 6 meses, com a média de 4 anos e 10 meses, no grupo com Alterações de Linguagem. A Tabela 1 sintetiza os resultados do cálculo do desvio-

padrão e da mediana da idade dos sujeitos dos grupos A e B e a Figura 1 a prevalência do gênero, nos grupos.

TABELA 1 – Média das idades, desvio-padrão e mediana dos grupos A e B.

	Grupo A	Grupo B
Média	7 a 11 m	4 a 10 m
Desvio-padrão	2 a 10 m	1 a 2 m
Mediana	6 a	4 a 5 m
N	20	40

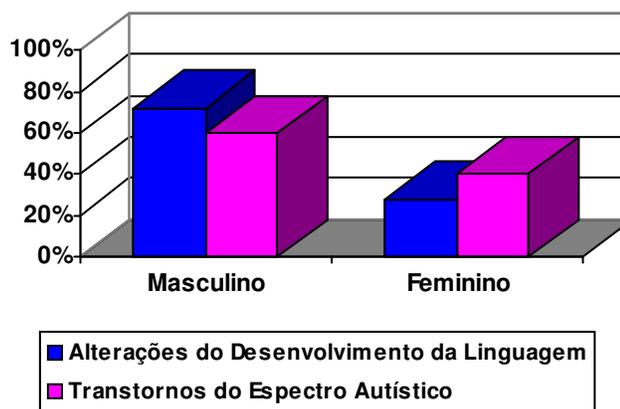


FIGURA 1- Síntese da prevalência do gênero, segundo os grupos.

4.3. Resultados da Aplicação da Lista de Verificação no Grupo A

Para o levantamento do número de *concordâncias* e *discordâncias*, e posterior comparação entre as segunda e terceira fases da pesquisa, foi realizado o levantamento das respostas dadas pela pesquisadora e pelos juízes. Essas respostas foram tabuladas e organizadas em tabelas, para que pudessem ser melhor visualizadas e avaliadas.

Na avaliação do GA, através da lista de verificação sintetizada na Tabela 2, evidenciou-se uma *discordância* superior à *concordância* entre as respostas dadas pela pesquisadora e os juízes, para os sujeitos 10,16 e 17. Decidiu-se então, pela exclusão desses sujeitos do GA.

TABELA 2 – Apresentação dos índices de *concordância*, *discordância* e *não observado* do Grupo A.

SUJ/TEA	Concordância	Discordância	Não Observado
1	15	12	6
2	20	8	5
3	25	8	0
4	26	7	0
5	24	9	0
6	16	12	5
7	25	7	1
8	19	13	1
9	24	8	1
10	9	24	0
11	17	15	1
12	22	8	3
13	23	10	0
14	25	4	4
15	28	4	1
16	2	30	1
17	7	24	2
18	19	14	0
19	21	12	0
20	20	12	1

Considerando-se, então, os 17 sujeitos do Grupo A, a Tabela 3 mostra o total de *concordâncias*, *discordâncias* e a porcentagem de *concordância* em relação ao critério *não observado*, que foi incluído pelos juízes, na terceira fase, quando eles tiveram que, primeiramente avaliar os sujeitos, para depois optar pelo diagnóstico que melhor os descrevesse, utilizando as filmagens que haviam sido realizadas.

TABELA 3- Apresentação dos índices de *concordância* e *discordância* do Grupo A, nas Segunda e Terceira fases.

Questões	Concordância TEA	Discordância TEA	Não Observado TEA	% de Concordância
1	12	2	3	86
2	17	0	0	100
3	13	4	0	76
4	15	2	0	88
5	12	3	2	80
6	16	1	0	94
7	14	2	1	88
8	12	4	1	75
9	9	8	0	53
10	13	4	0	76
11	14	3	0	82
12	15	1	1	94
13	7	6	4	54
14	7	10	0	41
15	17	0	0	100
16	13	4	0	76
17	4	13	0	24
18	14	2	1	88
19	16	1	0	94
20	11	3	3	79
21	10	7	0	59
22	15	2	0	88
23	13	2	2	87
24	1	13	3	07
25	7	8	2	47
26	7	8	2	47
27	8	8	1	50
28	9	8	0	53
29	14	3	0	82
30	7	8	2	47
31	9	7	1	56
32	9	8	0	53
33	9	8	0	53

A partir da análise das questões, com base nas *discordâncias* entre a pesquisadora e os juízes, e utilizando como referencial para o critério de corte os índices abaixo de 50%, pudemos observar que as questões 14, 17, 24, 25, 26 e 30 não apresentaram uma boa capacidade de identificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico. Esta diferença significativa na avaliação pode ser justificada pelo fato dos juízes não terem sido treinados antes da avaliação,

sendo que utilizaram somente os conhecimentos que já possuíam e que não eram específicos da área dos Distúrbios Psiquiátricos da Infância.

O critério de corte de 50% foi escolhido com base nos critérios de corte dos instrumentos que foram utilizados na presente pesquisa.

A figura 2 apresenta a comparação entre as respostas *sim* e *não*, no GA, na segunda fase da pesquisa. Podemos observar um percentual maior de *não* em relação ao *sim*. A prevalência da resposta *não* em comparação ao *sim*, possibilitou a identificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico.

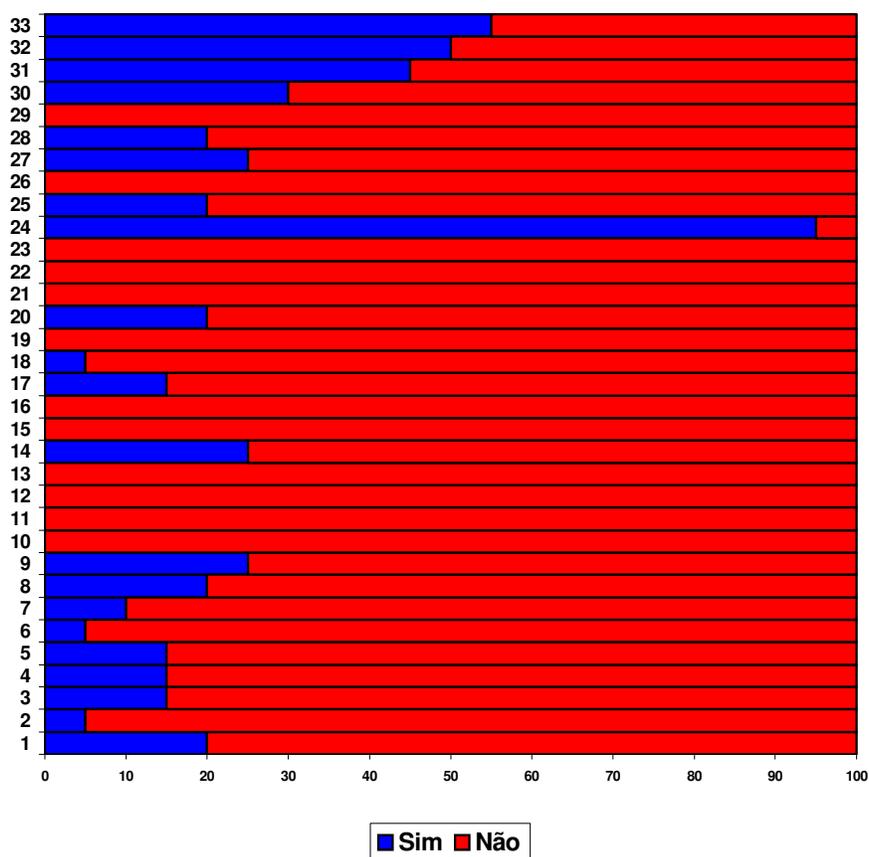


FIGURA 2 - Respostas da aplicação das listas de verificação no Grupo A, pela pesquisadora.

Na Figura 3, referente à comparação entre as respostas *sim*, *não* e *não observado*, do GA, na terceira fase da pesquisa, podemos observar que prevalece novamente um percentual maior de *não* em relação ao *sim*, mesmo com a inclusão da categoria do *não observado*. Isso confirmou a possibilidade da lista de verificação identificar sinais de Transtornos do Espectro Autístico.

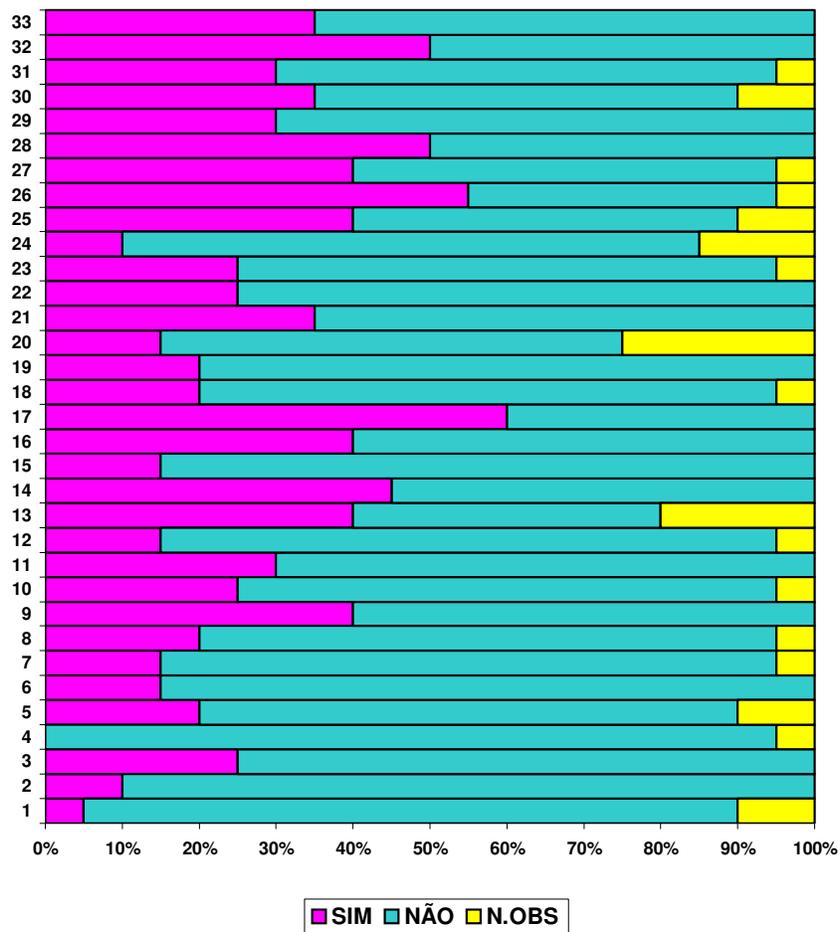


FIGURA 3 - Respostas da aplicação das listas de verificação no Grupo A, pelos juízes.

4.4. Resultados da aplicação da Lista de Verificação no Grupo B

As respostas da pesquisadora e dos juízes foram tabuladas e fez-se o levantamento do número de *concordâncias* e *discordâncias* nas segunda e terceira fases da pesquisa, sintetizados na Tabela 4.

Na avaliação do GB através da lista de verificação, evidenciou-se uma *discordância* superior à *concordância* para os sujeitos 25 e 58 entre as respostas dadas pela pesquisadora e os juízes. No caso dos sujeitos 36, 39, 50, 52 e 54 a *concordância* foi inferior à soma da *discordância* e do *não observado*. Decidiu-se então, pela exclusão desses sujeitos do GB.

TABELA 4 - Apresentação dos índices de *concordância*, *discordância* e *não observado* do Grupo B.

Sujeito AL	Concordância	Discordância	Não Observado
21	28	3	2
22	23	9	1
23	21	12	0
24	23	8	2
25	14	18	1
26	24	6	3
27	25	8	0
28	23	7	3
29	21	12	0
30	25	5	3
31	26	7	0
32	25	8	0
33	29	4	0
34	23	9	1
35	26	7	0
36	12	13	8
37	25	7	1
38	23	4	6
39	16	12	5
40	22	11	0
41	30	3	0
42	23	5	5
43	23	10	0
44	18	3	12
45	25	4	4
46	27	6	0
47	27	4	2
48	17	14	2
49	22	11	0
50	15	15	3
51	22	2	9
52	15	5	13
53	20	11	2
54	16	0	17
55	20	13	0
56	22	11	0
57	25	5	3
58	8	25	0
59	23	10	0
60	19	14	0

A Tabela 5 mostra a análise das questões, baseada nas discordâncias entre a pesquisadora e os juízes e, utilizando como critério de corte os índices

abaixo de 50%, mostra que somente as questões 7 e 10 não apresentaram boa capacidade de identificação de sinais de Alterações de Desenvolvimento da Linguagem. O alto índice de concordância na avaliação pode ser justificada pelo fato da lista de verificação apresentar questões que facilitam a identificação desses quadros.

TABELA 5 - Apresentação dos índices de *concordância* e *discordâncias* do Grupo B, nas Segunda e Terceira fases.

Questões	Concordância	Discordância	Não Observado	% de Concordância
	AL	AL	AL	
1	19	5	9	83
2	20	12	1	65
3	22	8	3	76
4	16	14	3	57
5	30	1	2	97
6	19	13	1	59
7	13	16	4	46
8	21	11	1	69
9	32	0	1	99
10	12	18	3	43
11	17	15	1	53
12	23	6	4	83
13	18	13	2	61
14	31	1	1	97
15	25	7	1	81
16	27	5	1	87
17	15	11	7	62
18	27	5	1	87
19	22	10	1	72
20	16	10	7	64
21	28	4	1	90
22	25	7	1	81
23	32	0	1	99
24	16	11	6	62
25	29	0	4	96
26	29	3	1	94
27	27	4	1	90
28	32	0	1	99
29	25	6	2	84
30	24	7	2	81
31	17	14	2	58
32	30	0	3	97
33	18	13	2	60

A Figura 4 apresenta a comparação entre as respostas *sim* e *não*, no GB, na segunda fase da pesquisa. Podemos observar um percentual maior de *sim* em relação ao *não*. A prevalência da resposta *sim* em comparação ao *não*, possibilitou a identificação de sinais de Alterações de Linguagem.

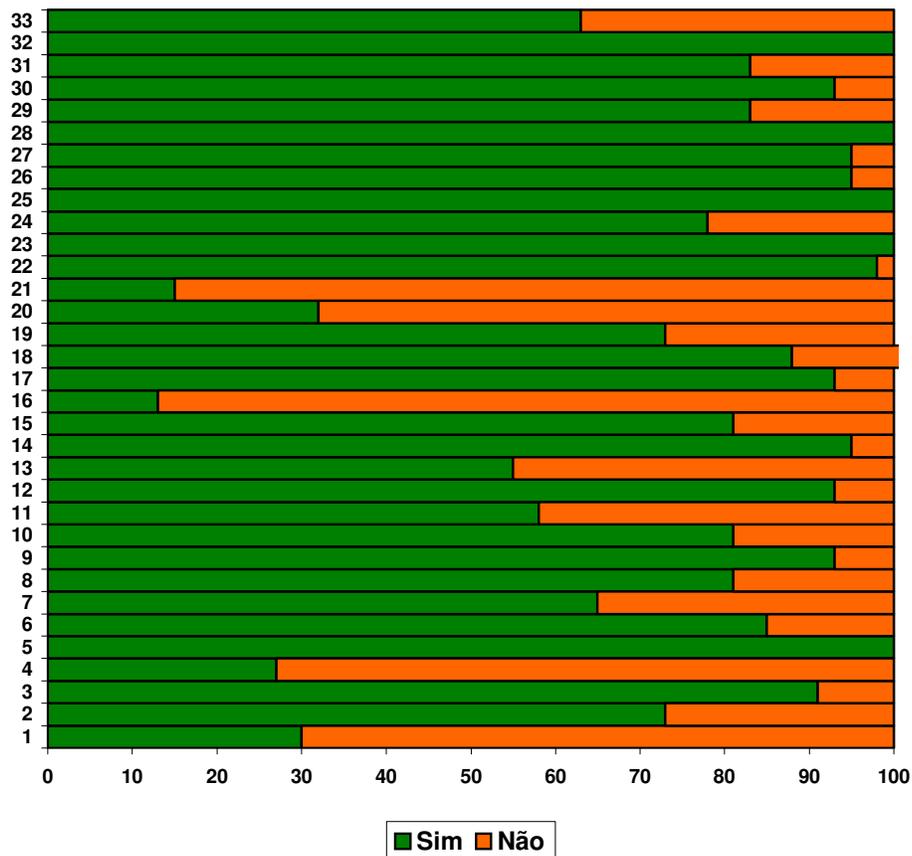


FIGURA 4 - Respostas da aplicação das listas de verificação no Grupo B, pela pesquisadora.

Na Figura 5, referente à comparação entre as respostas *sim*, *não* e *não observado*, do GB, na terceira fase da pesquisa, podemos observar que prevalece novamente um percentual maior de *sim* em relação ao *não*, mesmo com a inclusão de uma nova categoria: o *não observado*. Isso confirmou a hipótese de

que existem diferenças no desenvolvimento da linguagem de crianças com TEA e crianças com alterações de linguagem e que a lista de verificação pode identificar os sinais que caracterizam esses dois grupos.

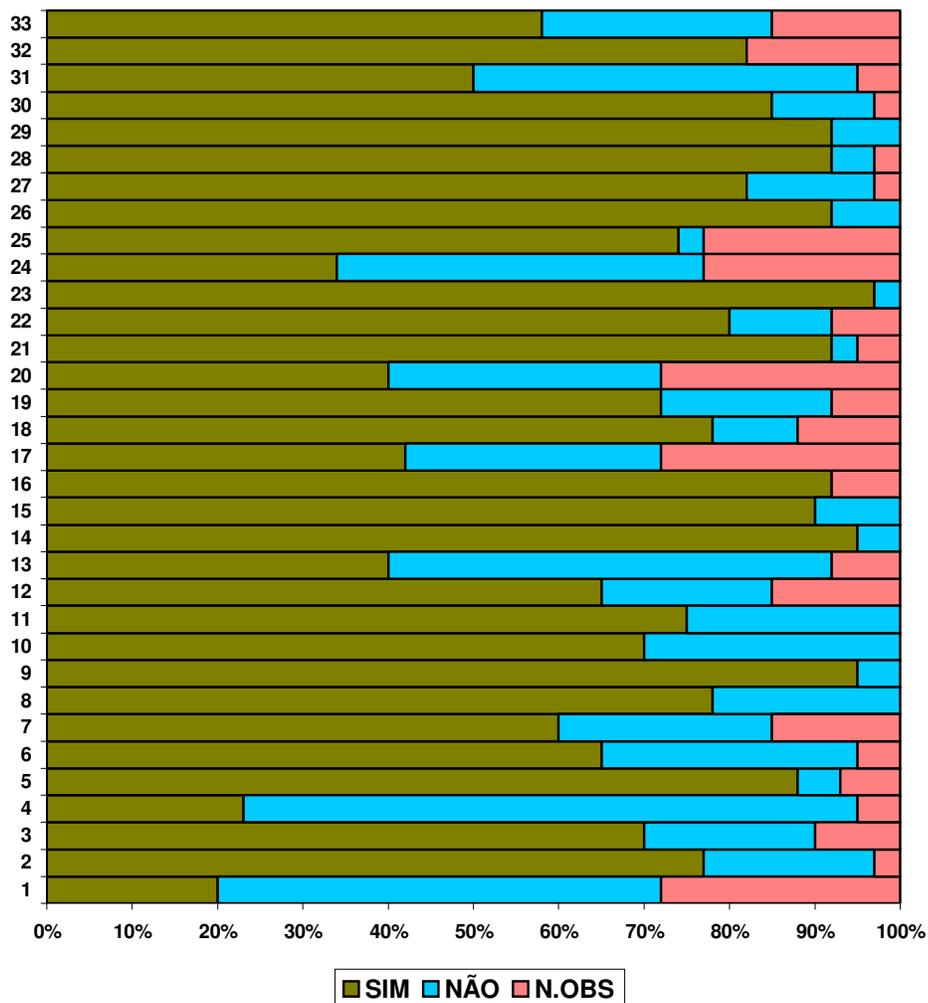


FIGURA 5 - Respostas da aplicação das listas de verificação no Grupo B, pelos juizes.

4.5. Comparação e análise dos resultados dos dois grupos

Para a determinação das questões que melhor identificam sinais de Transtornos do Espectro Autístico, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado, indicado

para este estudo. O resultado de cada comparação determina uma estatística, chamada valor-p. (SIEGEL, 1981)

Caso o valor-p seja maior que o nível de significância adotado (nível de significância = 0,05), verifica-se a confirmação de que a questão não identifica os sinais de TEA e conclui-se que não existe diferença entre as respostas apresentadas para os dois grupos, no que se refere àquela questão. Porém, se o valor for menor que 0,05, observa-se que a questão avaliada consegue identificar os sinais de TEA, distinguindo-os de alterações de linguagem.

A Tabela 6 apresenta os resultados referentes à aplicação do cálculo do Qui-Quadrado em todas as questões da lista de verificação para todos os sujeitos.

TABELA 6 – Apresentação dos resultados do teste do Qui-Quadrado.

Q	TEA SIM	TEA NÃO	TEA SUJ.	ADL SIM	ADL NÃO	ADL SUJ.	QUI- QUADRADO	VALOR P
1	3	14	17	11	22	33	1,369	0,242
2	0	17	17	25	8	33	25,758	0,000
3	2	15	17	29	4	33	27,590	0,000
4	2	15	17	9	24	33	1,572	0,210
5	2	15	17	33	0	33	41,597	0,000
6	0	17	17	27	6	33	30,237	0,000
7	2	15	17	22	11	33	13,550	0,000
8	3	14	17	27	6	33	19,251	0,000
9	6	11	17	33	0	33	27,376	0,000
10	17	0	17	25	8	33	4,906	0,027
11	0	17	17	19	14	33	15,787	0,000
16	17	0	17	5	28	33	32,782	0,000
20	3	14	17	11	22	33	1,369	0,242
24	17	0	17	26	7	33	4,193	0,041
30	6	11	17	30	3	33	17,214	0,000
31	9	8	17	28	5	33	5,937	0,015
32	9	8	17	33	0	33	18,487	0,000
33	11	6	17	20	13	33	0,080	0,777

O teste do Qui-Quadrado avaliou a validade do conteúdo e, segundo o resultado do mesmo, as questões 1, 4, 20 e 33 devem ser retiradas da lista de verificação, por não serem significativas para a distinção entre os quadros de Transtornos do Espectro Autístico e de alterações no desenvolvimento da linguagem. Uma lista com essa modificação está apresentada no Anexo F.

A partir das Tabelas 7 e 8, podemos verificar que não houve diferenças significativas entre os juízes, nas segunda e terceira fases, com relação à *concordância* nas alternativas de diagnóstico escolhidas. O alto índice de *concordância* confirma a hipótese de que é possível se determinar um conjunto de indicadores, no desenvolvimento da linguagem, que identifiquem sinais de Transtornos do Espectro Autístico.

A Tabela 7 demonstra que, nas 60 listas de verificação já preenchidas e distribuídas para os juízes, apenas em três houve *discordância* com relação ao diagnóstico escolhido para os sujeitos, sendo que essa diferença entre a *concordância* e a *discordância* não é significativa.

TABELA 7 - Concordância e discordância dos juízes na Segunda Fase.

JUÍZES	CONCORDÂNCIA	DISCORDÂNCIA	TOTAL
Fonoaudiólogas	29	01	30
Psicólogas	28	02	30

Na Tabela 8, verificamos que, das 60 listas de verificação não preenchidas e distribuídas para os juízes para serem utilizadas na avaliação das filmagens e posterior escolha do diagnóstico, apenas em sete houve *discordância*

com relação ao diagnóstico escolhido para os sujeitos, sendo que essa diferença entre a *concordância* e a *discordância* mantém-se não significativa.

TABELA 8 - Concordância e discordância dos juízes na Terceira Fase.

JUÍZES	CONCORDÂNCIA	DISCORDÂNCIA	TOTAL
Fonoaudiólogas	25	05	30
Psicólogas	28	2	30

A confiabilidade das alternativas escolhidas como diagnóstico foi analisada através da aplicação do índice de concordância Kappa (FARIAS JR.; PIRES; LOPES, 2002). Os valores de K encontrados, indicaram um grau de *concordância* de forte a quase perfeita.

A Tabela 9 apresenta a interpretação dos valores do índice de concordância Kappa.

TABELA 9- Interpretação dos valores do índice de concordância Kappa.

Kappa (K)	Interpretação
< 0	Nenhuma concordância/concordância ruim
0,00 a 0,19	Concordância pobre
0,20 a 0,39	Concordância fraca
0,40 a 0,59	Concordância moderada
0,60 a 0,79	Concordância forte
0,80 a 1,0	Concordância quase perfeita

A Tabela 10 apresenta o índice de concordância Kappa, comparando-se o *sim* e o *não* da pesquisadora e dos juízes, com relação ao diagnóstico atribuído aos sujeitos, durante a avaliação realizada na segunda fase. Podemos observar um índice de concordância Kappa quase perfeito.

TABELA 10 – Índice de concordância Kappa, para a segunda fase, comparando a *concordância* e *discordância* entre a pesquisadora e os juízes.

		JUÍZES		
		SIM	NÃO	TOTAL
P E S Q	SIM	18	2	20
	NÃO	1	39	40
	TOTAL	19	41	60

Índice de concordância kappa= 88,6%

Na Tabela 11, podemos verificar o índice de concordância Kappa, do *sim* e do *não* entre a pesquisadora e os juízes, com relação ao diagnóstico atribuído aos sujeitos, durante a avaliação realizada na terceira fase. Temos, neste caso, um índice de concordância Kappa forte.

TABELA 11 – Índice de concordância Kappa, para a terceira fase, comparando *concordância* e *discordância* entre a pesquisadora e os juízes.

		JUÍZES		
		SIM	NÃO	TOTAL
P E S Q	SIM	16	4	20
	NÃO	2	38	40
	TOTAL	18	42	60

Índice de concordância kappa= 76,9%

A Tabela 12, apresenta o índice de concordância Kappa, dos juízes, com relação ao diagnóstico atribuído aos sujeitos, durante as avaliações realizadas nas segunda e terceira fases. O índice de concordância Kappa observado é forte.

TABELA 12 - Índice de concordância Kappa, para as segunda e terceira fases, comparando a *concordância* e *discordância*, entre os juízes.

		2ª AVALIAÇÃO		
		SIM	NÃO	TOTAL
1ª	SIM	13	5	18
A V A L	NÃO	4	38	42
	TOTAL	17	43	60

Índice de concordância kappa= 63,7%

O teste de Mann-Whitney (SIEGEL, 1981), foi aplicado para verificar se existia uma diferença significativa entre as *concordâncias* da pesquisadora e dos juízes, nos dois grupos. O resultado, considerando os 20 sujeitos do GA e os 40 do GB, foi valor $P = 0,2427$. Se considerarmos somente os 17 sujeitos do GA e os 33 do GB, o valor-P será igual a 0,1459. Como nos dois casos, o valor-P foi maior que o nível de significância adotado (nível de significância = 0,05), verificou-se que não existe diferença significativa entre o nível de *concordância* da pesquisadora e dos juízes.

4.6. *Descrição dos dados referentes à comparação entre a Lista de Verificação e o ABC*

Os dados obtidos na aplicação da lista de verificação foram comparados com os dados obtidos na aplicação do ABC. Desta forma, pretendeu-se investigar se a lista de verificação, quando comparada ao ABC, apresentou resultados que confirmem que ela pode ser utilizada como instrumento de identificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico.

Nas Tabelas 13, 14, 15 e 16, observamos, o diagnóstico dos sujeitos dos grupos de pesquisa, segundo a avaliação realizada utilizando-se a Lista de Verificação.

TABELA 13 - Resultados da aplicação da lista de verificação, nas crianças com TEA, na segunda fase.

SUJEITO	SIM	NÃO	DIAGNÓSTICO
S1	11	22	TEA
S2	9	24	AL
S3	7	26	TEA
S4	6	27	AL
S5	1	32	TEA
S6	4	29	TEA
S7	4	29	TEA
S8	3	30	TEA
S9	5	28	TEA
S10	3	30	TEA
S11	2	31	TEA
S12	2	31	TEA
S13	4	29	TEA
S14	1	32	TEA
S15	1	32	TEA
S16	0	33	TEA
S17	12	21	TEA
S18	12	21	TEA
S19	9	24	TEA
S20	12	21	TEA
TOTAL			18

Na segunda fase, no grupo de Transtornos do Espectro Autístico, somente os sujeitos dois e quatro não receberam o diagnóstico correto. Nesta fase, as listas de verificação já estavam preenchidas e coube aos juízes, atribuir o diagnóstico baseados apenas nas características assinaladas pela pesquisadora, sem apresentação de nenhum dado complementar.

TABELA 14 - Resultados da aplicação da lista de verificação, nas crianças com TEA, na terceira fase.

SUJEITO	SIM	NÃO	NÃO OBS	DIAGNÓSTICO
S1	5	22	6	TEA
S2	6	22	5	TEA
S3	1	32	0	TEA
S4	1	32	0	TEA
S5	7	25	1	TEA
S6	16	12	5	TEA
S7	4	28	1	TEA
S8	14	18	1	TEA
S9	5	27	1	TEA
S10	22	11	0	AL
S11	16	16	1	AL
S12	7	23	3	TEA
S13	6	27	0	TEA
S14	3	26	4	TEA
S15	3	29	1	TEA
S16	30	2	1	AL
S17	28	4	1	AL
S18	5	28	0	TEA
S19	3	30	0	AL
S20	5	27	1	TEA
TOTAL				15

Para atribuir o diagnóstico, na terceira fase, os juízes deveriam primeiro assistir às fitas que receberam, preencher as listas de verificação e depois atribuir o diagnóstico. Para a realização desta fase, os juízes não receberam nenhum treinamento prévio e não poderiam possuir conhecimentos específicos na área dos Distúrbios Psiquiátricos da Infância. Podemos observar que cinco dos vinte sujeitos não receberam o diagnóstico correto e que, no caso do sujeito seis, mesmo o juiz tendo dúvidas durante a avaliação, na hora da atribuição do diagnóstico ele optou pelo que considerou o mais adequado.

Os juízes não receberam nenhuma informação complementar referente à pontuação total da avaliação e a nota de corte adotada, para os casos de Transtornos do Espectro Autístico.

A Tabela 15 apresenta os resultados da atribuição de diagnóstico, no grupo de alterações de linguagem. Podemos observar que somente o sujeito

trinta e seis não recebeu o diagnóstico correto. Na segunda fase, as listas de verificação já estavam preenchidas e coube aos juízes, atribuir o diagnóstico, baseados apenas nas características assinaladas pela pesquisadora.

TABELA 15 - Resultados da aplicação da lista de verificação, nas crianças com AL, na segunda fase.

SUJEITO	SIM	NÃO	DIAGNÓSTICO
S21	30	3	AL
S22	22	11	AL
S23	21	12	AL
S24	22	11	AL
S25	14	19	AL
S26	28	5	AL
S27	24	9	AL
S28	32	1	AL
S29	31	2	AL
S30	32	1	AL
S31	24	9	AL
S32	24	9	AL
S33	28	5	AL
S34	21	12	AL
S35	28	5	AL
S36	17	16	TEA
S37	30	3	AL
S38	32	1	AL
S39	26	7	AL
S40	15	18	AL
S41	29	4	AL
S42	23	10	AL
S43	22	11	AL
S44	23	10	AL
S45	26	7	AL
S46	28	5	AL
S47	25	8	AL
S48	31	2	AL
S49	25	8	AL
S50	28	5	AL
S51	27	6	AL
S52	21	12	AL
S53	31	2	AL
S54	28	5	AL
S55	16	17	AL
S56	23	10	AL
S57	31	2	AL
S58	31	2	AL
S59	31	2	AL
S60	25	8	AL
TOTAL			39

Na terceira fase, os juízes primeiro assistiram as fitas que receberam, preencheram as listas de verificação e depois atribuíram o diagnóstico. Para a realização desta fase, os juízes não receberam nenhum treinamento prévio. Podemos observar, na Tabela 16, que apenas dois dos quarenta sujeitos não receberam o diagnóstico correto.

TABELA 16- Resultados da aplicação da lista de verificação, nas crianças com AL, na terceira fase.

SUJEITO	SIM	NÃO	NÃO OBS	DIAGNÓSTICO
S21	30	0	3	AL
S22	25	6	2	AL
S23	15	18	0	AL
S24	29	2	2	AL
S25	30	2	1	AL
S26	26	4	3	AL
S27	32	1	0	AL
S28	27	4	2	AL
S29	23	10	0	AL
S30	26	4	3	AL
S31	27	6	0	AL
S32	32	1	0	AL
S33	32	1	0	AL
S34	27	5	1	AL
S35	31	2	0	AL
S36	23	2	8	AL
S37	24	8	1	AL
S38	21	5	7	AL
S39	19	7	7	AL
S40	24	9	0	AL
S41	32	1	0	AL
S42	25	2	6	AL
S43	25	8	0	AL
S44	12	9	12	AL
S45	26	3	4	AL
S46	32	1	0	AL
S47	29	2	2	AL
S48	16	15	2	AL
S49	14	19	0	AL
S50	10	20	3	TEA
S51	23	1	9	AL
S52	18	2	13	AL
S53	19	12	2	AL
S54	15	1	17	AL
S55	29	4	0	AL
S56	18	15	0	AL
S57	25	5	3	AL
S58	8	25	0	TEA
S59	23	10	0	AL
S60	25	8	0	AL
TOTAL				38

Na escala ABC, Krug; Arick; Almond (1980,1993) sugerem que quando a somatória atinge 68 pontos ou mais a criança é classificada como autista. Escores entre 54-67 são considerados de moderada probabilidade de classificação para o autismo. Escores entre 47 e 53 são considerados duvidosos para classificar a criança como autista e com escores abaixo de 47 a criança é considerada típica.

Para avaliação do ABC, no Grupo A, somaram-se os pontos dos comportamentos presentes nas cinco áreas. Obteve-se um escore parcial para cada área e um escore total. As somatórias atingiram a partir de 71 pontos e as crianças receberam a classificação de autistas. Os resultados dessa análise estão apresentados na Tabela 17.

TABELA 17- Resultados da aplicação do ABC, nas crianças com TEA.

SUJEITO	Estímulo Sensorial	Relaciona-mento	Corpo e Uso de Objeto	Linguagem	Ajuda Pessoal e Social	TOTAL
S1	14	32	19	19	12	96
S2	22	29	21	10	19	101
S3	26	33	23	8	19	109
S4	22	29	28	18	16	113
S5	23	33	30	7	19	112
S6	26	36	34	5	19	120
S7	26	35	31	10	19	121
S8	22	34	19	6	15	96
S9	25	27	17	10	19	98
S10	14	34	22	14	17	101
S11	17	30	16	17	15	95
S12	23	35	20	9	19	106
S13	19	31	18	6	12	86
S14	18	30	15	3	13	79
S15	14	29	11	12	14	80
S16	23	36	19	19	16	113
S17	16	33	4	13	11	77
S18	18	32	8	3	10	71
S19	15	30	15	8	17	85
S20	15	33	17	6	15	86
TOTAL	398	641	387	203	316	

No Grupo B, depois da aplicação do ABC, foi realizado o levantamento dos dados que estão sintetizados na Tabela 18. Obteve-se um escore parcial para cada área e um escore total. As somatórias, que atingiram entre 47 e 51 pontos, classificaram as crianças para o autismo de forma duvidosa e os escores que ficaram abaixo de 47, classificaram as crianças como típicas.

TABELA 18- Resultados da aplicação do ABC, nas crianças com AL.

SUJEITO	Estímulo Sensorial	Relaciona-mento	Corpo e Uso de Objeto	Linguagem	Ajuda Pessoal e Social	TOTAL
S21	4	7	9	6	10	36
S22	10	6	11	4	10	41
S23	4	15	3	3	7	32
S24	6	7	7	5	8	33
S25	6	3	11	4	10	34
S26	4	15	12	7	12	50
S27	6	15	4	6	10	41
S28	5	3	11	2	7	28
S29	7	11	8	2	2	30
S30	9	6	8	2	6	31
S31	2	6	10	4	8	30
S32	4	6	15	6	9	40
S33	6	3	9	5	7	30
S34	4	9	5	4	5	27
S35	8	6	8	9	3	34
S36	7	6	12	10	9	40
S37	10	6	7	4	5	32
S38	6	7	8	6	6	33
S39	8	9	5	7	6	35
S40	5	11	6	11	7	40
S41	6	3	8	7	10	34
S42	10	3	6	8	11	38
S43	2	7	11	12	7	39
S44	9	9	13	10	4	45
S45	8	12	8	10	9	47
S46	8	9	4	7	6	34
S47	4	6	7	12	9	38
S48	7	11	14	7	10	49
S49	9	5	16	13	6	49
S50	10	6	14	9	12	51
S51	10	3	13	8	9	43
S52	7	14	9	13	7	50
S53	8	8	10	4	8	38
S54	10	9	12	11	9	51
S55	10	10	4	4	6	34
S56	6	14	11	10	10	51
S57	10	11	9	12	9	51
S58	7	12	9	6	4	38
S59	6	9	11	7	11	45
S60	8	10	7	10	11	46
TOTAL	276	328	365	287	315	

A partir da Tabela 18, podemos verificar que no Grupo B, nove crianças obtiveram a classificação duvidosa para o autismo enquanto trinta e uma foram classificadas como normais, sendo que na lista de verificação, as mesmas crianças não geraram dúvidas quanto ao diagnóstico.

4.7. Apresentação dos resultados dos testes de sensibilidade e especificidade para a lista de verificação utilizada para a população de crianças com TEA

Segundo Fletcher, R; Fletcher, S; Wagner (1996), os testes sensíveis são úteis nas fases iniciais de um processo diagnóstico, quando um grande número de possibilidades estão sendo consideradas, e se quer reduzi-las. A sensibilidade é definida como a proporção dos indivíduos com o transtorno, que têm um teste positivo para o transtorno.

Já os testes específicos, são úteis para confirmar (ou incluir), um diagnóstico sugerido por outros dados. Isso porque um teste altamente específico é raramente positivo na ausência do transtorno, isto é, dá poucos resultados falso-positivos. Testes altamente específicos são particularmente necessários quando os resultados falso-positivos podem prejudicar o paciente. Especificidade é, então, a proporção dos indivíduos sem o transtorno, que têm um teste negativo. Um teste específico raramente classificará erroneamente as pessoas.

A Tabela 19 apresenta a identificação positiva realizada pelos juízes, para os Transtornos do Espectro Autístico, na segunda fase, na atribuição dos diagnósticos, após aplicação da lista de verificação pela pesquisadora. Aplicando as definições de sensibilidade e especificidade nesse grupo, podemos verificar que dos diagnósticos atribuídos ao Grupo A, de Transtornos do Espectro

Autístico, dezoito foram positivos e dois negativos- uma sensibilidade de 90%. Por outro lado, quarenta crianças não apresentavam as características dos Transtornos do Espectro Autístico, sendo que a uma foi atribuído o diagnóstico positivo e às outras trinta e nove o negativo, apresentando uma especificidade de 97,5%.

TABELA 19 - Identificação positiva feita pelos juízes, para os Transtornos do Espectro Autístico, na segunda fase.

		TEA		
		PRESENÇA	AUSÊNCIA	TOTAL
J U Í Z E S	POSITIVO	18	1	19
	NEGATIVO	2	39	41
	TOTAL	20	40	60
		Sensibilidade = $\frac{18}{40}$ S= 90% Especificidade = $\frac{39}{40}$ E= 97,5%		

5. DISCUSSÃO

Nesta parte do trabalho serão discutidos os resultados encontrados a partir da análise dos dados. A discussão será realizada em tópicos da mesma forma que foram organizados os resultados.

Considerando a Lista de Verificação, podemos observar que os itens que a compõem envolvem o desenvolvimento de diferentes aspectos da linguagem, que podem auxiliar na identificação de um conjunto de manifestações de comunicação e linguagem, que identifiquem uma 'maior probabilidade' para Transtornos do Espectro Autístico.

Kaplan e Sadock (1995) descrevem os déficits e desvios amplos no desenvolvimento da linguagem, como um dos principais critérios diagnósticos para a identificação do autismo infantil.

Fernandes (1996) afirma que *independentemente do conceito, da etiologia e do critério diagnóstico envolvendo o autismo infantil, a linguagem sempre representa um aspecto fundamental desse quadro clínico.*

Perissinoto (2003) chamou a atenção para o fato de que o problema não é só a quantidade de fala que a criança com autismo apresenta, mas também, as falhas em diferentes funções da linguagem.

Em relação aos Grupos que fizeram parte da pesquisa, observamos que a média das idades do grupo de crianças com Transtornos do Espectro Autístico, ficou em torno de 7 anos e 11 meses, sendo que apenas uma tinha idade inferior a 5 anos e duas a idade de 5 anos. Segundo Lewis e Volkmar (1990), se uma criança com Transtorno do Espectro Autístico não desenvolve a linguagem

funcional até os 5 anos de idade, sua evolução tende a ser precária, sendo que somente cerca de 50% delas adquirem fala funcional.

O grupo de crianças com alterações de desenvolvimento de linguagem teve a média das idades em torno de 4 anos e 10 meses, sendo que 24 delas tinham idade inferior a 5 anos.

Nos dois grupos houve a prevalência do gênero masculino e segundo os manuais diagnósticos CID-10 (WHO, 1993) e DSM-IV-TR (APA, 2002), a incidência referida para o espectro autístico é de 4 a 5 vezes mais no sexo masculino, do que no sexo feminino. Os dados epidemiológicos, por sua vez, vêm apresentando um aumento acentuado quanto à incidência populacional. As pesquisas iniciais, na década de 60, estimaram de quatro a cinco pessoas entre 10.000; 20 anos mais tarde os índices registraram uma pessoa em 1.000 (BRYSON, 1997). Em pesquisa mais recente, os números mostram-se na proporção de seis pessoas em 1.000 (WING; POTTER, 2002).

No levantamento do índice de concordância e discordância, baseado na distribuição das respostas atribuídas para cada sujeito, no grupo de crianças com Transtornos do Espectro Autístico, observamos, que os sujeitos 10, 16 e 17 apresentaram um índice de discordância superior à concordância.

Algumas crianças do grupo controle (GB), também apresentaram índices de discordância ou de 'não observado' maiores que os de concordância (25, 36, 39, 50, 52, 54, 58). Dessas sete, seis tinham idade acima da média do grupo, podendo isso ser um indicador de uma alteração de linguagem mais específica. Segundo Bishop (1989) e Lord e Risi (2001) é possível que uma criança com um distúrbio de linguagem significativo apresente deficiências nas áreas de reciprocidade social, comunicação e interesses. Essas áreas podem apresentar

níveis diferentes de severidade e podem ocorrer em outros transtornos invasivos do desenvolvimento, podendo sugerir uma manifestação incompleta de autismo.

Na comparação dos resultados dos dois grupos, verificamos que os juízes encontraram dificuldades, principalmente na terceira fase, no grupo A, para identificar alguns aspectos da linguagem característicos das crianças com TEA. Segundo Moraes (1999), algumas considerações são necessárias para melhor compreender as questões diagnósticas dos Transtornos do Espectro Autístico: as concepções teóricas variam e, conseqüentemente, enfatizam diferentes aspectos; há a necessidade de se diferenciar o que é atraso e o que é desvio no desenvolvimento da criança; pautar o diagnóstico num grupo de sinais e sintomas que formam uma constelação clínica que só ocorre nos T.E.A.; existem graus diferentes de comprometimento, pois são grandes as variações individuais e os critérios diagnósticos sofrem constantes transformações em função das pesquisas que são realizadas na área.

No levantamento do índice de concordância e discordância, baseado na tabulação das respostas dadas para cada questão nas segunda e terceira fases, verificamos o índice de discordância entre a opinião dos juízes e a da pesquisadora, com relação a determinadas questões. Na avaliação do GA, as questões que apresentaram um maior índice de discordância foram: 14 (Responde à voz de uma pessoa quando esta o chama), 17 (Manifesta descontentamento), 24 (Produz onomatopéias), 25 (Reage a estímulos visuais), 26 (Mantém a atenção) e 30 (Procura pessoas ou objetos fora do seu campo visual), sendo que estas questões estão relacionadas aos aspectos de funcionalidade da comunicação e conteúdo da linguagem.

O uso da fala por autistas, segundo Stone e Caro-Martinez (1990), é diferente do uso da fala por crianças normais, sendo menos socializada, caracterizada por menos expressões espontâneas e mais aspectos não usuais, além de ter um repertório mais limitado de funções comunicativas para propósitos sociais ou interacionais. Kaplan e Sadock (1995) afirmam que as crianças autistas não são simplesmente relutantes para falar e que suas anormalidades de linguagem não se devem a uma falta de motivação. Em contraste com crianças normais ou mentalmente retardadas, os autistas fazem pouco uso do significado em suas memórias e processos de pensamento.

Verificamos que, no grupo controle (GB), somente as questões 7 (Pede ajuda ou conforto) e 10 (Produz sons inteligíveis) apresentaram discordância entre a opinião dos juízes e a da pesquisadora. Essas questões avaliam os aspectos da linguagem relacionados à funcionalidade, conteúdo e forma e podem, no caso do GB, estar relacionadas à média de idade das crianças, que ficou em torno de 4 anos e 10 meses. Charman e Baird (2002) afirmam que somente a identificação de estereotípias e comportamentos repetitivos, junto com os prejuízos sociais e de comunicação, podem ser altamente indicativos de TEA.

A utilização de um teste estatístico, para determinar as questões que melhor identificam sinais de Transtornos do Espectro Autístico, fez-se necessária diante do índice de concordâncias e discordâncias entre a pesquisadora e os juízes. O teste utilizado foi o Qui-Quadrado (SIEGEL, 1981), que avaliou a validade do conteúdo e determinou quais questões que deveriam ser retiradas do instrumento, por não serem significativas para a distinção entre os quadros de Transtornos do Espectro Autístico e de Alterações no Desenvolvimento da Linguagem.

O resultado do Qui-Quadrado definiu que as questões 1 (Identifica letras e números), 4 (Utiliza marcadores de polidez: “por favor”, “dá licença”, “obrigado”), 20 (Identifica e nomeia marcas, rótulos, slogans) e 33 (Produz imitações) deveriam ser retiradas da lista de verificação, por não serem significativas para a distinção entre os quadros de Transtornos do Espectro Autístico e de alterações no desenvolvimento da linguagem.

Essas questões estão relacionadas aos aspectos da linguagem de conteúdo e forma, que podem estar presentes, tanto em distúrbios severos de linguagem quanto em Transtornos do Espectro Autístico. Bishop (1989) propôs, depois de estudar o autismo juntamente com a síndrome de Asperger e a síndrome semântico-pragmática, que todas fariam parte de um mesmo espectro, em que o ponto em comum seria a linguagem. Na síndrome de Asperger os prejuízos estariam ligados aos aspectos sociais, na síndrome semântico-pragmática, aos aspectos formais da linguagem e no autismo estas duas variáveis estariam comprometidas.

A prevalência do índice de concordância, com relação às alternativas de diagnóstico escolhidas pelos juízes, para o GA, nas segunda e terceira fases (Tabelas 7 e 8), demonstra que é possível determinar um conjunto de indicadores, no desenvolvimento da linguagem, que identifiquem sinais de Transtornos do Espectro Autístico, pois nesses casos a linguagem é caracterizada por desenvolvimento atípico, comunicação não-verbal precoce, limitada ou inexistente, sérios problemas na compreensão e utilização da mímica, gestualidade e fala, podendo haver mutismo, ecolalia, inversão pronominal, uso incoerente de linguagem verbal, alterações de ritmo e entonação e prejuízos

pragmáticos (TAGER-FLUSBERG, 1981; DAHLGREN; GILBERG, 1989; VOLDEN; LORD, 1991).

Segundo Volden e Lord (1991) os prejuízos relacionados à linguagem não-verbal revelam-se tanto pelo contato rígido com o outro, com os objetos e os acontecimentos, como pelos movimentos descompassados nos gestos e na postura corporal.

Os índices de concordância Kappa apresentados, confirmaram a confiabilidade das alternativas escolhidas como diagnóstico.

Aplicou-se, então, o teste de Mann-Whitney, para verificar se existia uma diferença significativa entre as concordâncias da pesquisadora e dos juízes nos dois grupos. O resultado afirmou que não existiu diferença significativa entre o nível de concordância da pesquisadora e dos juízes.

Resolveu-se então detectar a sensibilidade e especificidade da lista de verificação, para os Transtornos do Espectro Autístico, considerando a identificação positiva feita pelos juízes, na segunda fase. Podemos verificar que dos diagnósticos atribuídos aos GA, dezoito foram positivos e dois negativos- uma sensibilidade de 90% enquanto que, das quarenta crianças que não apresentavam características dos TEA, apenas uma recebeu o diagnóstico positivo – uma especificidade de 97,5%.

Segundo Stone et al. (1999), Siegel et al. (1988) e Charman e Baird (2002), houve um aumento do interesse na identificação e no diagnóstico de crianças com Transtornos do Espectro Autístico, embora muitos fatores possam torná-los difíceis. Entre as razões encontradas para o aumento deste interesse estão: o sucesso comprovado das intervenções especializadas, as melhorias significativas do funcionamento cognitivo e do comportamento. Porém, a

avaliação clínica também precisa concentrar-se na identificação dos prejuízos da comunicação, que é uma das principais características dos TEA.

Na comparação realizada entre a lista de verificação e o ABC, foram utilizados os resultados da aplicação da lista de verificação na segunda fase e considerados os diagnósticos que havia atribuído aos sujeitos.

Podemos observar então, que no GA, tanto a lista de verificação quanto o ABC apresentaram índices de 100% de identificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico, ou seja, ambos foram capazes de identificar as crianças portadoras de TEA.

No GB, podemos verificar que, na aplicação da lista de verificação, todos os sujeitos foram identificados como portadores de alterações de linguagem, enquanto que na aplicação do ABC nove sujeitos foram identificados como duvidosos para o autismo (26, 45, 48, 49, 50, 52, 54, 56 e 57), enquanto as outras trinta e uma foram classificadas como não autistas. Os perfis de classificação desses nove sujeitos sugerem que algumas características da linguagem, nos distúrbios mais severos, podem também ser apresentados por sujeitos com Transtornos do Espectro Autístico. Uma explicação possível para esses resultados vai depender da distinção entre alguns tipos de inadequações, que anteriormente não pareciam lingüisticamente explicáveis. Nos estudos de Bishop (1989) verifica-se a possibilidade de identificação de alterações cognitivas a partir de manifestações lingüísticas. A anormalidade pode não estar na forma como a mensagem é construída, mas na própria mensagem.

Os dados deste estudo indicam que a lista de verificação proposta, identificou as crianças autistas, como o ABC e, além disso, conseguiu distingui-las daquelas portadoras de alterações de linguagem.

Os instrumentos usados como referência para a criação da lista verificação, como o ABC, não fazem essa distinção, pois avaliam todas as áreas alteradas nos Transtornos do Espectro Autístico (KRUG et al., 1980, 1993; SCHOPLER, 1988; LORD et al., 1989; LE COUTEUR et al., 1989; RUTTER et al., 1994; DiLAVORE, LORD & RUTTER, 1995; BARON-COHEN, 1996, 2000).

CONCLUSÃO

Nossa intenção, ao realizar esta pesquisa concentrava-se primeiramente em elaborar uma lista de verificação de sinais de Transtornos do Espectro Autístico, manifestados na comunicação e na linguagem, baseada em outros instrumentos e, então, verificar a efetividade do seu uso na identificação de quadros de Transtornos do Espectro Autístico e de Alterações de Linguagem, por psicólogos e fonoaudiólogos sem experiência na área dos Distúrbios Psiquiátricos da Infância.

O alto índice de concordância, a ausência de diferença significativa entre o nível de concordância da pesquisadora e dos juízes e a sensibilidade e especificidade apresentadas pela Lista de Verificação, confirmaram a hipótese de que é possível se determinar um conjunto de indicadores, na comunicação e na linguagem, que identifiquem sinais de Transtornos do Espectro Autístico. A lista de verificação elaborada e utilizada nesta pesquisa pode vir a ser um instrumento que auxilie na organização, apresentação e caracterização desses indicadores.

Confirmou-se também a hipótese, nesse primeiro estudo, de que a lista de verificação proposta, pode ser utilizada na diferenciação do desenvolvimento da comunicação e da linguagem, nos Transtornos do Espectro Autístico e nas Alterações de Linguagem, por psicólogos e fonoaudiólogos sem experiência na área de Distúrbios Psiquiátricos da Infância.

No presente estudo a lista de verificação, que foi comparada com outra escala (ABC), demonstrou uma possibilidade de diferenciar os Transtornos do Espectro Autístico de outras alterações de linguagem, que não havia acontecido

antes e que pode ter implicações significativas para a identificação de sinais de alterações da linguagem, que apresentam variações de acordo com a etiologia e diagnósticos específicos. Seria interessante que outros estudos, com um maior número de sujeitos, e que explorassem mais as diferentes manifestações, pudessem continuar a desvendar a complexidade do desenvolvimento da linguagem e as variações das alterações relacionadas a ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRIEN, J.L.; BARTHÉLÉMY, C.; PERROT, A.; ROUX, S.; LENOIR, P.; HAMEURY, L; SAUVAGE, D. Validity and reability of the infant behavioural summarized evaluation (IBSE): a rating scale for assessment of young children with autism and developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 22, p. 375-94, 1992.

AITKEN, K. Diagnostic issues in autism- Are we measuring the emperor for another suit of clothes? **Developmental Medicine and Child Neurology**, n. 33, p. 1015-20, 1991.

AMATO, C.A.I.H. **Estudo comparativo dos processos de aquisição da linguagem não verbal em crianças pré verbais autistas e normais**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3. ed, rev. Washington, DC: Author, 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington, D.C: Author, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV-TR**, 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASPERGER, H. Zur differentialdiagnose des kindlichen Autismus. **Acta paedopsychiatrica**, n. 35, p. 136-45, 1968.

ASPERGER, H. Autistic psychopathy in childhood. In: FRITH, U. **Autism and Asperger syndrome**, 20. ed. London: Cambridge University Press, p. 37-92, 1999.

BAIRD, G.; CHARMAN, T.; COX, A.; BARON-COHEN, S.; SWETTENHAM, J.; WHEELWRIGHT, S.; DREW, A. Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders. **Arch Dis Child**, v. 82, p.10-15, 2000.

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. 839-43, 1992.

BARON-COHEN, S.; COX, A.; BAIRD, G. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. **British Journal of Psychiatry**, v. 168, p. 158-63, 1996.

BARON-COHEN, S.; WHEELWRIGHT, S.; COX, A.; BAIRD, G.; CHARMAN, T.; SWETTENHAM, J.; DREW, A.; DOEHRING, P. The early identification of autism; the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 93, p. 521-525, 2000.

BISHOP, D.V.M. Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: where are the boundaries? **Br. J. Dis. Communic.**, v. 24, p. 107-21, 1989.

BONDY, A S, FROST, L A. Educational approaches in preschool: Behavior techniques in a public school setting. In: SCHOPLER, E.; MESIBOV, G.B. **Learning and cognition in autism**. New York: Plenum Press, p. 311-33, 1995.

BRYSON, S.E. Epidemiology of autism overview and issues outstanding. In: COHEN, D.J.; VOLKMAR, F.R. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders**. 2. ed., p. 41-46, 1997.

CHARMAN, T.; BAIRD, G. Practitioner Review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2-and 3-year-old children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 43, n. 3, p. 289-305, 2002.

DAHLGREN, S.O.; GILLBERG, C. Symptoms in the first two years of life. A preliminary population study of infantile autism. **European Archives of Psychiatry and Neurology Sciences**, v. 238, p. 169-74, 1989.

DILAVORÉ, P.C.; LORD, C.; RUTTER, M. The pre-linguist autism diagnostic observation schedule (PLADOS). **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 25, p. 355-79, 1995.

FARIAS JR., J.C.; PIRES, M.C.; LOPES, A.S. Reprodutibilidade de um questionário para o levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde em adolescentes. **Rev. Brás. Ciên. e Mov.**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 43-8, 2002.

FERNANDES, F.D.M. **Autismo infantil: repensando o enfoque fonoaudiológico**. São Paulo: Lovise, 1996.

FERNANDES, F.D.M. Ambulatório didático de fonoaudiologia em psiquiatria infantil: 12 anos de ensino, pesquisa e assistência. **Revista de psiquiatria e psicanálise com crianças e adolescentes**, v. 5, n. 2, p. 50-53, 1997.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Tradução Bruce B. Duncan, Maria Inês Schimidt, 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GILLBERG, C.; EHLERS, S.; SCHAUMANN, H.; JAKOBSSON, G.; DAHGREN, S. O.; LINDBLOM, R.; BAGENHOLM, A.; TJUUS, T.; BLINDER, E. Autism under age 3 years: A clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 31, p. 921-34, 1990.

HAPPÉ, F.G.E. The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. **Child Development**, v. 66, p. 843-55, 1995.

HARRIS, S. L.; HANDLEMAN, J. S.; GORDON, R.; KRISTOFF, B.; FUENTES, F.; CHANGES. In cognitive and language functioning of preschool children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 21, p. 281-90, 1991.

HOYSON, M.; JAMIESON, B.; STRAIN, P.S. Individualized group instruction of normally developing and autistic-like children: The LEAP curriculum model. **Journal of the Division for Early Childhood**, Summer, p. 157-72, 1984.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, v. 2, p. 217-50, 1943.

KANNER, L. **Child psychiatry**, 2. ed., Illinois: Springfield, p. 716-20, 1948.

KAPLAN, SADOCK. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KOBAYASHI, R.; MURATA, T.; YOSHINAGA, K. A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi areas, Japan. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 22, p. 395-411, 1992.

KRUG, D.A.; ARICK, J.; ALMOND, P. Autism Behavior Checklist. **J. Child Psychol. Psychiat.**, v. 21, p. 221-24, 1980.

KRUG, D.A.; ARICK, J.; ALMOND, P. Autism Behavior Checklist- ABC. In: KRUG, D.A.; ARICK, J.; ALMOND, P. **Autism Screening Instrument for Educational Planning- ASIEP-2**. Texas, 1993.

KRUG, D.A.; ARICK, J.; ALMOND, P. Autism Behavior Checklist- ABC. In: KRUG, D.A.; ARICK, J.; ALMOND, P. **Autism Screening Instrument for Educational Planning- ASIEP-2**. Texas, 1993. Tradução de Márcia Regina Marcondes Pedromônico, e Márcia Regina Fumagalli Marteleto, Universidade Federal de São Paulo, 2001.

LE COUTEUR, A.; RUTTER, M.; LORD, C.; RIOS, P.; ROBERTSON, S.; HOLDGRAFER, M.; McLENNAN, J.D. Autism Diagnostic Interview: a semistructured interview for parents and caregivers of autistic persons. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 19, p. 363-87, 1989.

LEWIS, C.; OSBORNE, A. 3 year-olds' problem with false beliefs: conceptual deficit or linguistic artifact? **Child Development**, 61, 1514-1519, 1990.

LORD, C.; RISI, S. Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Young Children. In: WETHERBY, A.M.; PRIZANT, B.M. **Autism Spectrum Disorders - A Transactional Developmental Perspective**. Baltimore: Paul Brooks, cap. 2, p. 11-30, 2001.

LORD, C.; RISI, S.; LAMBRECHT L.; COOK JR, E.D.; LEVENTHAL, B.L.; DiLAVORÉ, C.P.; PICKLES, A.; RUTTER, M. The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 30, n. 3, 2000.

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. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 24, n. 5, 1994.

LOVAAS, O.I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, p. 3-9, 1987.

LOVAAS, O.I. The development of a treatment-research project for developmentally disabled and autistic children. **Journal of Applied Behaviour Analysis**, v. 26, p.617-30, 1993.

LUTEIJN, E.; LUTEIJN, F.; JACKSON, S.; VOLKMAR, F.; MINDERA, A.R. The children's social behavior questionnaire for milder variants of PDD problems: Evaluation of the Psychometric Characteristics. **J. Autism Dev. Disord.**, v. 20, n. 4, p. 317-28, 2000.

MAHONEY, W.; SZATMARI, P.; MACLEAN, J.; BRYSON, S.; BARTOLUCCI, G.; WALTER, S.; HOULT, L.; JONES, M. Reliability and accuracy of differentiating pervasive developmental disorder subtypes. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 37, p. 278-85, 1998.

MARTELETO, M.R.F. **Validade e confiabilidade da escala de comportamentos autísticos (ABC): estudo preliminar**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde da Escola Paulista de Medicina, São Paulo (SP).

MCEACHIN, J.J.; SMITH, T.; LOVAAS, O.I. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioural treatment. **American Journal of Mental Retardation**, v. 97, p. 359-72, 1993.

MESIBOV, G.B.; SCHOPLER, E.; HEARSEY, K.A. Structured teaching. In: SCHOPLER, E.; MESIBOV, G.B. (Eds), **Behavioral issues in autism: Current issues in autism**. New York: Plenum Press, 1994.

MORAES, C. **Questionário de avaliação do comportamento autista (CACS-27) descrição do instrumento e apresentação de dados de validade e confiabilidade.** 1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP).

PERISSINOTO, J.; MARCHESAN I. G.; ZORZI J. L. **Autismo.** São José dos Campos: Pulso Editorial, 2003.

PRIZANT, B.M. Brief report: communication, language, social and emotional development. **Journal Autism Develop. Dis.**, v. 26, n. 2, 1996.

RAPIN, I. Autistic children: diagnosis and clinical features. **Pediatrics**, v. 87, p. 751-60, Supplement, 1991.

ROGERS, S., LEWIS, H. An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 28, p. 207-14, 1989.

RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSOV, L. **Child and adolescent Psychiatry – Modern approaches.** 3. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.J.; RENNER, B.R. **The Childhood Autism Rating Scale (CARS).** rev. Los Angeles: Western Psychological Services, Inc., 1988.

SIEGEL, B.; PLINER, C.; ESCHLER, J.; ELLIOT, G.R. How autistic children are diagnosed: difficulties in identification of children with multiple developmental delays. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 9, p. 199-204, 1988.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. Tradução Alfredo Alves de Faria, São Paulo: Mc Graw Hill do Brasil, 1981.

STONE, W.; CARO-MARTINEZ, L.M. Naturalistic observations of spontaneous communication in autistic children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 20, n. 4, p. 437-453, 1990.

STONE, W.L.; LEE, E.B.; ASHFORD, L.; BRISSIE, J.; HEPBURN, S.L.; COONROD, E.E.; WEISS, B. Can autism be diagnosed accurately in children under three years? **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 40, p. 219-26, 1999.

TAGER-FLUSBERG, H. On the nature of linguistic functioning in early infantile autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 11, p. 45-56, 1981.

VENTER, A.; LORD, C.; SCHOPLER, E. A follow-up study of high-functioning autistic children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 33, p. 489-507, 1992.

VOLDEN, J.; LORD, C. Neologisms and abnormal functional usage of language in autistic speakers. **J. Autism Dev. Disord.**, v. 21, p. 1-22, 1991.

VOLKMAR, F.R.; NELSON, D.S. Seizure disorders in autism. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 29 (19), 127-129, 1990.

WHO. **International classification of diseases**. 10. ed., Geneve, 1993.

WING, L. Asperger's syndrome: a clinical account. **Psychol Med.**, v. 11, n. 1, p. 115-29, 1981.

WING, L. Asperger's syndrome and Kanner's autism. In: FRITH, U. **Autism and Asperger Syndrome**, 12 ed., London, Cambridge University Press, 1999.

WING, L.; LEEKAM, S.R.; LIBBY, S.J.; GOULD, J.; LARCOMBE, M. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 43, n. 3, p. 307-25, 2002.

ANEXOS

ANEXO A - Protocolo Utilizado para Avaliação das Filmagens

PROTÓCOLO nº:.....

Instruções:

Você encontrará nas questões abaixo características de desenvolvimento de linguagem que podem ser apresentadas ou não pelo paciente que está sendo avaliado. Marque um X na coluna correspondente ao que foi observado, podendo tecer comentários quando achar necessário.

CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1-Identifica letras e números			
2-Executa ordens complexas			
3-Faz pedidos de objetos			
4-Utiliza marcadores de polidez: "por favor", "dá licença", "obrigado"			
5- Aponta para um objeto quando solicitado			
6-Usa a primeira pessoa do singular (eu, me, meu, mim, comigo)			
7-Pede ajuda ou conforto			
8-Faz nomeações			
9-Faz contato ocular			
10-Produz sons ininteligíveis			
11-Faz comentários			
12-Interrompe a atividade quando ouve não			
13-Usa um objeto pelo outro ou substâncias invisíveis em suas brincadeiras			
14-Responde à voz de uma pessoa quando esta o chama			
15-Identifica e ocupa a "sua vez de falar" ou a "sua vez de jogar"			
16-Produz emissões ou gestos sem função aparente			
17-Manifesta descontentamento			
18-Faz pedidos de ação			
19-Pede informações			
20-Identifica e nomeia marcas, rótulos, slogans			
21-Produz emissões ou gestos fora do contexto			
22-Responde sim ou não			
23-Usa objetos ou miniaturas de forma funcional			
24-Produz onomatopéias			
25-Reage a estímulos visuais			
26-Mantém a atenção			
27-Solicita a atenção do outro			
28-Executa instruções simples			
29-Respeita limites (o que pode e o que não pode)			
30-Procure pessoas ou objetos fora do seu campo visual			
31-Produz vocalizações, gestos ou movimentos para obter a atenção do outro			
32-Reage a estímulos sonoros			
33-Produz imitações			

Este paciente apresenta:

- () Alterações de Linguagem (sem os TEA)
- () Transtorno do Espectro Autístico

ANEXO B - (ABC)

ANEXO C - TERMO DE CONCORDÂNCIA

Declaro, por livre e espontânea vontade, concordar que _____, com _____ anos de idade e residente (endereço) _____, participe das filmagens para o trabalho de pesquisa intitulado: Lista de Verificação em Comunicação e Linguagem para Transtornos do Espectro Autístico. Fui orientado quanto aos seguintes procedimentos:

O Objetivo principal do trabalho é a construção de um Instrumento de Triagem para os Transtornos do Espectro Autístico, pois não existem instrumentos no Brasil, o que dificulta os trabalhos de pesquisas na área.

As famílias terão acesso, caso queiram às filmagens realizadas e informações obtidas, durante o período de pesquisa. As possíveis dúvidas com relação ao trabalho poderão ser esclarecidas.

A identidade dos participantes da pesquisa será sempre preservada, não sendo declarada nas conclusões ou publicações do trabalho. O participante da pesquisa poderá se desligar a qualquer momento, se assim o desejar, sem que haja qualquer prejuízo para os atendimentos em sua instituição de origem.

Assinatura do Pai e/ou Responsável

Endereço:.....

Pesquisador responsável:.....

Tel. para contato:.....

ANEXO D

ANEXO E- Modelo de instruções para preenchimento da Lista de Verificação

- 3ª Fase

Prezado colaborador:

Você deverá assistir os 20 minutos da filmagem de cada criança indicada e preencher a lista de verificação, assinalando as características que foram observadas.

Após o preenchimento, por favor escolha a opção de diagnóstico que, ao seu ver, melhor descreve o quadro apresentado por esse paciente.

CRIANÇA	LISTA DE VERIFICAÇÃO
1- S3	03
2- S11	11
3- S27	27
4- S32	32
5- S33	33
6- S41	41
7- S46	46

ANEXO F - Lista de Verificação com as Alterações Realizadas

CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1-Executa ordens complexas			
2-Faz pedidos de objetos			
3- Aponta para um objeto quando solicitado			
4-Usa a primeira pessoa do singular (eu, me, meu, mim, comigo)			
5-Pede ajuda ou conforto			
6-Faz nomeações			
7-Faz contato ocular			
8-Produz sons ininteligíveis			
9-Faz comentários			
10-Interrompe a atividade quando ouve não			
11-Usa um objeto pelo outro ou substâncias invisíveis em suas brincadeiras			
12-Responde à voz de uma pessoa quando esta o chama			
13-Identifica e ocupa a “sua vez de falar” ou a “sua vez de jogar”			
14-Produz emissões ou gestos sem função aparente			
15-Manifesta descontentamento			
16-Faz pedidos de ação			
17-Pede informações			
18-Produz emissões ou gestos fora do contexto			
19-Responde sim ou não			
20-Usa objetos ou miniaturas de forma funcional			
21-Produz onomatopéias			
22-Reage a estímulos visuais			
23-Mantém a atenção			
24-Solicita a atenção do outro			
25-Executa instruções simples			
26-Respeita limites (o que pode e o que não pode)			
27-Procura pessoas ou objetos fora do seu campo visual			
28-Produz vocalizações, gestos ou movimentos para obter a atenção do outro			
29-Reage a estímulos sonoros			