

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA
COMUNICAÇÃO HUMANA

Tainá Rossato Benfica

**A ESCALA LABIRINTO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E TRANSTORNO DE
LINGUAGEM NA FAIXA ETÁRIA DE 2 A 4 ANOS**

**Santa Maria, RS
2023**

Tainá Rossato Benfica

**A ESCALA LABIRINTO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E TRANSTORNO DE
LINGUAGEM NA FAIXA ETÁRIA DE 2 A 4 ANOS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação Acadêmico em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana.**

Orientação: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Ramos de Souza
Coorientação: Prof.^a Dr.^a Milena Pereira Pondé

Linha de Pesquisa: Aspectos Clínicos e Linguísticos
na Aquisição, Desenvolvimento e Distúrbios de Linguagem.

Santa Maria, RS
2023

Tainá Rossato Benfica

**A ESCALA LABIRINTO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E TRANSTORNO DE
LINGUAGEM NA FAIXA ETÁRIA DE 2 A 4 ANOS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação Acadêmico em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana.**

Aprovado em 25 de julho 2023

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Ramos de Souza – UFSM (presidente)

Prof.^a Dr.^a Milena Pereira Pondé - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
(coorientadora)

Dra. Mirella Liberatore Prando (UFRGS) (banca)

Prof.^a Dr.^a Simone Nicolini de Simoni (UFSM) (banca)

DEDICATÓRIA

A cada um dos pequenos sujeitos de linguagem que participaram deste estudo e me ensinaram a respeitar e valorizar as diferenças. Ao seu Paulinho, que me acompanhou desde a pré-escola e sempre me deu motivos para sorrir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Espiritualidade, por me permitir estar neste plano e me guiar por caminhos que dão sentido à vida.

À minha querida professora Ana Paula Ramos, que desde o primeiro dia de aula da graduação me cativou com o universo dos bebês e das crianças pequenas e fez com que me apaixonasse pelo mundo da linguagem. Serei imensamente grata por todo conhecimento, respeito e ética que a senhora me ensinou. Mas, acima de tudo, por me ensinar que o amor e o afeto são revolucionários nas relações e em cada processo da vida.

Ao meu irmão mais velho, Tiago, e a cada criança que cruzou minha caminhada. Com vocês aprendo a cada dia sobre amor, sobre a importância de ser escutado, olhado e acolhido, respeitando as características singulares e especiais de cada sujeito que habita este mundo.

À Fonoaudiologia, que me instiga a encontrar ferramentas que ajudem as pessoas com deficiências a serem incluídas em um mundo tão normativo.

Ao PPGDCH que permitiu o aperfeiçoamento de minha formação, ao NIDI e a todos professores da UFSM que guiaram meu processo de aprendizado.

Aos meus pais, que me deram a vida, amor e me ensinaram a seguir em frente sempre, com todo apoio.

Ao seu Paulinho, que acompanhou diariamente a trajetória da minha vida, marcou verdadeiramente a minha história e foi um exemplo genuíno do quanto os prazeres da vida estão na simplicidade e na humildade. Toda minha gratidão a quem foi meu amparo e meu lugar de acolhimento e amor durante o tempo em que estivemos no mesmo plano.

Aos meus irmãos e meu sobrinho, que compartilham o cotidiano comigo e me ensinam sobre valores, relações, amizade, união e afeto.

Aos meus animais de estimação, P, Sheldon, Raj e Caetano, que são minhas companhias fiéis e me ensinam sobre amor genuíno, reciprocidade e lealdade.

Às minhas amigas queridas da vida, Juliana, Eduarda, Katiane, Isabela, Maria Eduarda e Vanessa, que compartilham comigo tantos momentos de alegria, angústia e conquistas, ultrapassando os limites do tempo e da distância física e tornam a vida tão leve de ser vivida. Às amigas que ganhei no mestrado, Fernanda e Gabriela.

À minha coorientadora, professora Milena Pondé e ao professor Gustavo Siquara, criadores da Escala Labirinto, que aceitaram o convite da professora Ana Paula para fazer este trabalho e confiaram em nós para ampliar o uso de uma ferramenta tão valiosa.

Por fim, mas não menos importante, à Fga. Mirella Prando e à Fga. Simone de Simoni, duas profissionais admiráveis, competentes e sensíveis, que compõem a banca e dedicaram seu tempo e conhecimento para gentilmente contribuir com meu trabalho.

RESUMO

A ESCALA LABIRINTO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E TRANSTORNO DE LINGUAGEM NA FAIXA ETÁRIA DE 2 A 4 ANOS

AUTORA: Tainá Rossato Benfica
ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Ramos de Souza
COORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Milena Pereira Pondé

Este estudo teve como objetivo analisar a contribuição da Escala Labirinto na realização do diagnóstico diferencial de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtorno de Linguagem (TL) com idades entre 2 e 4 anos. A Escala Labirinto foi aplicada em 38 crianças com diagnóstico clínico fonoaudiológico de TL, 48 crianças com diagnóstico médico de TEA e 28 com desenvolvimento típico (DT). As avaliações do grupo DT e grupo TEA foram provenientes de banco de dados do grupo de pesquisa Labirinto. A composição do grupo TL teve como critério de inclusão crianças na faixa etária de dois a quatro anos, com atraso nos domínios de comunicação e linguagem receptiva e/ou expressiva, diagnosticados pelos fonoaudiólogos e com comprovação pelo Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI). Essas crianças estavam em processo terapêutico com diagnóstico de TL em clínicas particulares e clínicas-escola ou na fila de espera de clínicas-escola, com queixa de atraso de linguagem, nas cidades de Santa Maria, Porto Alegre, Farroupilha, Rio Grande e Bagé (RS). Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os responsáveis preencheram o questionário IDADI e a anamnese da Escala Labirinto de forma on-line ou impressa, e foram consultados para complementações na entrevista quando necessário. Os procedimentos que compõem a avaliação a Escala Labirinto foram aplicados com as crianças, na presença dos responsáveis, em sala individual. A análise dos vídeos e a tabulação de dados foram realizadas pela pesquisadora e orientadora deste estudo. A análise estatística foi realizada por meio do *software* JASP, versão 0.15. Para comparar a pontuação entre os grupos, foi utilizado o teste ANOVA *one-way*. Também foi utilizado o teste Post Hoc Scheffe. A pontuação da Escala Labirinto permitiu diferenciar os grupos TL e TEA nas subescalas de Interação Social, Comunicação Verbal e Não Verbal, e Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo. A maior diferença significativa entre o grupo TEA e TL é na subescala de Comunicação Não Verbal. A escala demonstrou diferença significativa entre os grupos DT e TL nas subescalas de Comunicação Verbal e Não Verbal, e Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo. Esses resultados evidenciam que a Escala Labirinto apresenta especificidade para realização do diagnóstico entre TEA, TL e DT, apresentando-se como um instrumento efetivo para auxiliar os profissionais a realizarem diagnóstico diferencial na clínica da infância.

Palavras-chave: Avaliação. Transtorno de Linguagem. Transtorno do Espectro Autista. Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

THE LABIRINTO SCALE IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN AUTISM SPECTRUM DISORDER AND LANGUAGE DISORDER IN THE AGE GROUP FROM 2 TO 4 YEARS

AUTHOR: Tainá Rossato Benfica
ADVISOR: Ana Paula Ramos de Sousa
CO-ADVISOR: Milena Pereira Pondé

This study aimed to analyze the contribution of the Labyrinth Scale in carrying out the differential diagnosis of children with Autistic Spectrum Disorder (ASD) and Language Disorder (LD) aged between 2 and 4 years. The Labyrinth Scale was applied to 38 children with a clinical speech-language diagnosis of LD, 48 children with a medical diagnosis of ASD, and 28 with typical development (TD). The evaluations of the TD group and ASD group came from the database of the research Labyrinth group. The composition of the LD group had as an inclusion criterion children aged between two and four years, with delay in communication and receptive and/or expressive language domains, diagnosed by speech therapists and confirmed by the Dimensional Inventory for Child Developmental Assessment (DICDA). These children were in the therapeutic process with a diagnosis of LD in private clinics or on the waiting list of teaching clinics, complaining of language delay, in the cities of Santa Maria, Porto Alegre, Farroupilha, Rio Grande and Bagé (RS). After signing the free and informed consent form, those responsible filled out the DICDA questionnaire and the anamnesis of the Labyrinth Scale online or printed, and were consulted to complement the interview when necessary. The procedures that make up the Maze Scale assessment were applied with the children, in the presence of those responsible, in an individual room. Video analysis and data tabulation were carried out by the researcher and supervisor of this study. Statistical analysis was performed using the JASP software, version 0.15. The one-way ANOVA test was used to compare scores between groups. The Post Hoc Scheffe test was also used. The Labyrinth Scale score made it possible to differentiate the LD and ASD groups in the Social Interaction, Verbal and Non-Verbal Communication, and Rigid Behavior and Repetitive Gesture subscales. The biggest significant difference between the TEA and LD groups is in the Non-Verbal Communication subscale. The Scale showed a significant difference between the DT and LD groups in the subscales of Verbal and Non-Verbal Communication, and Rigid Behavior and Repetitive Gesture. These results show that the Labyrinth Scale offers the differential diagnosis of ASD, LD and TD, presenting itself as an effective instrument to help professionals to carry out a differential diagnosis in the childhood clinic.

Keywords: Assessment. Language Disorder. Autism Spectrum Disorder. Differential Diagnoses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Comparação no teste Post Hoc entre grupos DT, TL e TEA.....48
- Figura 2** - Gráficos de distribuição das pontuações dos grupos DT, TL e TEA nas subescalas da Escala Labirinto.....50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontos de corte total e nas subescalas da Escala Labirinto.....	37
Tabela 2 – Caracterização da amostra.....	47
Tabela 3 - Médias e desvios padrão dos grupos clínicos na Escala Labirinto.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Autism Behavior Checklist
ABFW	Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática
ADL	Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule
ADI-R	Autism Diagnostic Interview – Revised
ASQ	Autism Screening Questionnaire
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CIPTEA	Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
CNV	Comunicação Não Verbal
CRGR	Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo
CV	Comunicação Verbal
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DEL	Distúrbio Específico de Linguagem
DT	Desenvolvimento Típico
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
FADERS	Fundação de Apoio ao Deficiente do Rio Grande do Sul
IDADI	Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil
IS	Interação Social
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
POC	Protocolo de Observação de Comportamento
PROC	Protocolo de Observação Comportamental
PROTEA-R	Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista
SLI	Specific Language Impairment
SOA	Sistema de Observação e Análise
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDC	Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

TDL	Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEL	Transtorno Específico de Linguagem
TL	Transtorno de Linguagem
QI	Quociente de Inteligência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
WFP	<i>Word Finding Problems</i>

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1. TRANSTORNO DE LINGUAGEM	18
2.2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	25
2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DE LINGUAGEM E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	29
2.4. ESCALA LABIRINTO.....	34
2.5. INVENTÁRIO DIMENSIONAL DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	38
3. METODOLOGIA	41
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS.....	41
3.2. PARTICIPANTES.....	41
3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	43
3.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	45
4. RESULTADOS	47
5. DISCUSSÃO	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES	70
ANEXOS	74

1. INTRODUÇÃO

O aumento na prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a prevalência prévia de Transtorno de Linguagem (TL) tornam ambos distúrbios importantes em termos de saúde pública. Os diagnósticos de TEA sofreram um aumento de 150% desde o ano 2000, enquanto o TL é um dos distúrbios mais encontrados na população infantil. Estima-se que o TEA atinge cerca de 1,5% da população em determinados locais, enquanto para o TL, estudos apontam uma variação de cerca de 3 a 8% da população acometida (ELSABBAGH et al., 2012; MOUSINHO et al., 2014).

Para promoção da habilitação e reabilitação de sujeitos com TEA e TL, o sistema de saúde precisa garantir acesso e fornecer serviços de qualidade para estas populações. Entretanto, a estruturação de serviços que ofereçam cuidado integral para pessoas com tais necessidades e assistência multiprofissional desde o processo avaliativo até os processos terapêuticos é desafiadora, e elucida a iminente sobrecarga dos serviços públicos de atenção e cuidado em saúde mental (ARAÚJO; VERAS; VARELLA, 2019; LAMEGO; MOREIRA; BASTOS, 2018).

No âmbito das diretrizes de atenção psicossocial infantil, o Ministério da Saúde preconiza que os serviços estejam habilitados não só a intervir em casos que demandam abordagens específicas, como no TEA e TL, mas fornecer suporte técnico-assistencial para identificação de sintomas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2014). O estabelecimento de ambos os diagnósticos tratados nesse estudo são realizados pela observação clínica de profissionais especializados.

Para o diagnóstico de TEA são definidos dois critérios amplos, conforme Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5 (DSM) (APA, 2014). O primeiro consiste em dificuldades persistentes na comunicação e interação social e o segundo compreende a padrões restritos e repetitivos de

comportamentos, atividades e interesses. Os níveis variam de acordo com a necessidade de suporte que o sujeito necessita e com os prejuízos no funcionamento adaptativo. O padrão-ouro para diagnóstico é avaliação clínica, assim como para o TL (APA, 2014).

Seguindo também o DSM (APA, 2014), dentro dos critérios diagnósticos do TL, apresentam-se dificuldades persistentes na aquisição e no uso da linguagem em suas diversas modalidades devido a déficits na compreensão ou na produção, que incluem vocabulário reduzido, estrutura limitada de frases e prejuízo no discurso. Além disso, capacidades linguísticas abaixo do esperado para a idade, resultando em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional, individualmente ou em qualquer combinação.

Como se observa, os sintomas de ambos os transtornos são bem definidos. No entanto, os clínicos podem encontrar sobreposição de sintomas característicos de TL e TEA, o que torna o estabelecimento do diagnóstico desafiador. Diferenciar TEA e TL parece claro quando considerado o sintoma central de interesses restritos e comportamentos repetitivos presente nos casos de TEA e ausente nas crianças com TL, conforme descrito no DSM (APA, 2014). No entanto, quando são analisados aspectos da comunicação e linguagem, e interação social, pode haver interface na atribuição de sintomas similares, embora as habilidades sociais sejam distintas na avaliação do clínico mais experiente.

Nas avaliações padronizadas de habilidades comunicativas utilizadas para auxiliar no estabelecimento dos diagnósticos, as crianças de ambos os grupos estudados apresentam pontuações e classificações abaixo do esperado se comparadas às crianças em desenvolvimento típico. Entretanto, o que se observa é que as crianças com TEA apresentam ainda mais prejuízos no desempenho dessas habilidades em relação aos sujeitos com TL. Além desse fator, observa-se que sobretudo em idades inferiores a três anos, o diagnóstico diferencial é ainda mais complexo. São suscetíveis a interface diagnóstica

também, casos de TEA classificados no nível um de suporte, nos quais as manifestações sintomáticas são menos evidentes em comparação aos níveis dois e três (MARKIEWICZ; PACHLSKA, 2007).

Na prática clínica, observa-se com frequência a dificuldade no estabelecimento do diagnóstico correto. É comum crianças com características de TL associadas a fatores emocionais chegarem com diagnóstico médico de TEA já estabelecido pelo profissional médico. Ou ainda, essas crianças chegam aos atendimentos fonoaudiológicos e geram dúvida na equipe clínica quanto ao diagnóstico. Ressalta-se que ambas as situações foram observadas nas vivências clínicas das pesquisadoras e motivaram este estudo. Considerando que essas análises foram constatadas no fazer clínico, conduziu-se a pesquisa nas cidades de Bagé, Farroupilha, Porto Alegre, Rio Grande e Santa Maria. Esses são os locais em que as pesquisadoras e colaboradoras exercem suas profissões, o que possibilitou a coleta de dados.

Dentre os impasses que envolvem o estabelecimento de um diagnóstico que é essencialmente clínico, está quais instrumentos considerar em uma avaliação profissional. Dentre estes, tem-se a Escala Labirinto para diagnóstico de TEA, aplicada na faixa etária de dois a quatro anos e 11 meses, com índices psicométricos excelentes (PONDÉ et al., 2021). Esta escala avalia os sintomas centrais do TEA descritos no DSM, que estão organizados nas subescalas de Comunicação Verbal (CV), Comunicação Não Verbal (CNV), Interação Social (IS) e Comportamento Rígido e Gestos Repetitivos (CRGR). Após a aplicação do instrumento, é atribuída a pontuação e, conforme dados psicométricos, é possível estabelecer o diagnóstico ou não de TEA. O instrumento permite ainda o mapeamento de sintomas associados (auto e heterolesão, hiper e hipoatividades, cognição e impulsividade, comportamento disruptivo e comportamento obsessivo/compulsivo) e analisa a presença ou não de alterações somáticas como: epilepsia, doenças respiratórias e do trato gastrointestinal, sono, alimentação e tônus.

Esse instrumento compõe o objeto de estudo das pesquisadoras deste trabalho. A escala é analisada e discutida sistemática e constantemente pelo grupo Labirinto, idealizador e criador do instrumento, em associação com as pesquisadoras deste estudo e demais componentes do grupo. Durante debates clínicos do grupo de estudo e pesquisa, buscou-se avaliar o comportamento da escala nos distintos transtornos do neurodesenvolvimento. Surgiu assim, o interesse em verificar a especificidade do instrumento para distinguir casos de TEA de TL, uma vez que em crianças menores o estabelecimento do diagnóstico diferencial pode ser difícil.

A diferenciação dos diagnósticos traz impacto nas escolhas terapêuticas, o que gera consequências na evolução clínica da criança, além de repercussões econômicas e sociais (LAW; REILLY; SNOW, 2013). Enquanto a criança com TEA necessita de equipe interdisciplinar com vários profissionais, a criança com TL, na maior parte das vezes, tem seu tratamento contemplado pelo fonoaudiólogo. Portanto, a comparação do desempenho na Escala Labirinto de crianças com TL em relação ao TEA e desenvolvimento típico (DT) é pertinente, considerando que foi validada apenas com a comparação desses dois últimos grupos.

Além da continuidade dos estudos de validação da Escala Labirinto para seu objetivo original que é o diagnóstico de TEA, acredita-se que a escala possa também oferecer contribuições para que os profissionais realizem diagnósticos de linguagem. Apesar deste processo diagnóstico ser realizado clinicamente por fonoaudiólogos, por meio de múltiplos testes de avaliação e de análise clínica, não há instrumento específico para seu diagnóstico.

No TL, apesar do diagnóstico envolver fatores ainda pouco definidos e com manifestações variadas, existe necessariamente déficits na linguagem, que acometem os domínios semiótico (nível gramatical) e semântico da linguagem (processo de utilização da língua no diálogo) (CARDOSO, 2010). No caso do TEA, os déficits linguísticos estão presentes de modo mais marcado no âmbito dos déficits comunicativos (BAIO et al., 2018; CRESTANI et al.,

2013). Devido a esses fatores, ambos os transtornos geram preocupações de saúde pública.

A partir desses pressupostos o objetivo geral desta dissertação é analisar a contribuição da Escala Labirinto na realização do diagnóstico diferencial de crianças com TEA e TL com idades entre 2 e 4 anos. Como objetivos específicos, definiu-se: identificar o comportamento nas subescalas de Interação Social, Comunicação Verbal, Comunicação Não Verbal, Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo em cada um dos transtornos em comparação ao desenvolvimento típico.

Esta dissertação está estruturada em sete capítulos. A Introdução, onde é apresentado um panorama geral com os objetivos e a justificativa da pesquisa. O segundo capítulo refere-se à Revisão Bibliográfica, que aborda os aspectos teóricos relevantes da pesquisa. O terceiro está constituído pela Metodologia da dissertação, apresentando o delineamento da pesquisa, aspectos éticos, critérios de seleção dos participantes, etapas de aplicação dos procedimentos, processamento e análise de dados. O quarto capítulo é composto pelos Resultados, com apresentação das análises dos dados obtidos. No quinto apresenta-se a Discussão, que traz reflexões teóricas e correlacionadas aos resultados obtidos, e no sexto as Considerações Finais. Em seguida estão as Referências Bibliográficas utilizadas, Anexos e Apêndices.

A partir deste trabalho, pretende-se publicar um artigo científico, intitulado “A Escala Labirinto no diagnóstico diferencial entre Transtorno do Espectro Autista e Transtorno de Linguagem na faixa etária de 2 a 4 anos”, em revista científica ainda a definir pelos pesquisadores, com classificação mínima A3, conforme previsto no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da UFSM.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. TRANSTORNO DE LINGUAGEM

O diagnóstico de TL definido pelo DSM (APA, 2014) e o de Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (TDL), são definidos por prejuízos que podem acometer tanto o domínio linguístico receptivo, quanto expressivo, ou ambos. TDL é a nomenclatura mais utilizada no campo fonoaudiológico, antes também denominado de Distúrbio Específico da Linguagem (DEL) (OMS, 1998) ou Transtorno Específico de Linguagem (TEL). Um dos critérios diagnósticos mais encontrados na literatura é a maturação da linguagem atrasada em ao menos 12 meses em relação a crianças típicas (HAGE et al., 2006). A mudança na literatura foi efetivada a partir de 2014, com a publicação do *International Journal of Language & Communication Disorders* sobre o tema.

O termo TDL começou a ser empregado tendo em vista que as crianças com este transtorno muitas vezes apresentavam sintomas e prejuízos em aspectos do desenvolvimento, como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), gerando imprecisão no diagnóstico (CÁCERES-ASSENÇO et al., 2020). A nova nomenclatura é mais próxima da definição de TL do DSM (APA, 2014), sendo essa a nomenclatura usada no presente estudo, pois a Escala Labirinto segue o padrão do DSM (APA, 2014) na análise dos sintomas centrais.

A nomenclatura Specific Language Impairment (SLI), no Brasil, foi traduzida como Distúrbio Específico de Linguagem (DEL), cuja descrição foi liderada pelos fonoatras Alfredo Tabith Jr. e Mauro Spinelli, e pelo grupo de pesquisa da fonoaudióloga Débora Befi Lopes. As primeiras descrições desta condição datam de 1822 (CÁCERES-ASSENÇO et al., 2020).

No TL, as manifestações da linguagem são múltiplas, com evidentes falhas nos processos psicolinguísticos, de níveis de gravidade variáveis (BEFI-LOPES; BENTO; PERISSINOTO, 2008). Por isso, torna-se um diagnóstico complexo e desafiador, apesar de ser um dos distúrbios mais comumente

encontrados durante o desenvolvimento (NORBURY et al., 2016). Devido aos impactos que o TL pode causar no curso do desenvolvimento, podendo afetar, inclusive, o desempenho escolar, é essencial a identificação de atraso na aquisição da linguagem, preferencialmente até os 18 meses de idade, o que ocorre na minoria dos casos. Quanto mais precoce for a identificação e início da intervenção, mais favorável o processo de evolução (CRESTANI et al., 2013).

Apesar da falta de critérios nosológicos claros que determinam o TL, são salientadas algumas características presentes nos casos (BISHOP et al., 2017). Pelo DSM (APA, 2014). Os critérios diagnósticos do TL podem incluir: dificuldades persistentes na aquisição e no uso da linguagem em suas diversas modalidades devido a déficits na compreensão ou na produção, que incluem: vocabulário reduzido, estrutura limitada de frases, prejuízo no discurso; (B) capacidades linguísticas abaixo do esperado para a idade, resultando em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional, individualmente ou em qualquer combinação; (C) início dos sintomas precocemente ao longo do desenvolvimento; (D) ausência de deficiência auditiva ou outro prejuízo sensorial, disfunção motora ou outra condição médica neurológica, deficiência intelectual ou atraso global do desenvolvimento (APA, 2014).

Há casos de anomia ou *word finding problems* (WFP) (GATHERCOLE, 1993; WRIGHT et al., 1993) em que há dificuldade no armazenamento ou acesso a palavras, sobretudo substantivos, dificuldades pragmáticas, relacionadas ao uso da linguagem, e problemas sintático-semânticos, subclassificações do *SLI* que, no Brasil, não são muito evidenciadas nas publicações sobre TL. No entanto, estas classificações já eram abordadas em trabalhos clássicos desde a década de 80 na literatura internacional, inclusive com descrição de subtipos (RAPIN; ALLEN, 1988 apud CRESTANI, 2013; SCHWARTZ; LEONARD, 1985; GATHERCOLE, 1993).

Dentro das subclassificações, tem-se o estudo de Souza (2022), que apresenta um caso de TL anômico proveniente do estudo de um trabalho de conclusão de graduação de Santos (1998). Neste caso, a dificuldade de armazenar novos itens lexicais é evidente e caracteriza o descompasso entre a aquisição sintática e lexical de um menino de quatro anos e quatro meses, que chegou à clínica-escola da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) com queixa de não avançar na linguagem, apesar de já ter recebido tratamento psicológico anterior.

Os problemas de tipo anômico ou *WFP* eram ressaltados como característica clínica comum ao DEL, hoje TL, e poderiam estar relacionados, segundo trabalhos clássicos de Gathercole (1993) e Wright et al. (1993), a uma representação semântica incompleta ou à codificação fonológica alterada. Wright et al. (1993), ao analisarem o caso de uma criança de seis anos, com dificuldades de encontrar vocabulário, no qual surgiam tanto transtornos semânticos como fonológicos, concluíram que erros inconsistentes em distintos níveis linguísticos e a subespecificação semântica podem ter uma relação interativa com a instabilidade fonológica, sendo a causa ou a consequência da mesma, o que é evidente para a base teórica que considera a transversalidade de níveis linguísticos defendida nos trabalhos de cunho enunciativo (CARDOSO, 2010; SOUZA, 2022).

Independentemente de se adotar ou não critérios para a subclassificação dos TL, o diagnóstico deste transtorno ainda parece ambíguo para muitos profissionais, visto que os critérios observados não são unânimes e são, inclusive, contraditórios. O que se observa é que testes construídos para medir habilidades linguísticas por subnível, de forma isolada, mostram-se menos eficazes para definir um padrão de funcionamento singular na linguagem de crianças com TL. O que a literatura recomenda é a utilização de avaliações que apresentem como objetivo caracterizar e analisar habilidades específicas de linguagem comumente afetadas nas crianças com TL estabelecido (SPAULDING; PLANTE; FARINELLA, 2006). Dessa forma, não

apenas classificar como dentro ou fora do padrão típico de desenvolvimento, mas fornecer dados sobre o uso que a criança faz dos elementos dentro do funcionamento da linguagem. Além disso, priorizar avaliações que permitam compreender como o funcionamento linguístico afeta a inserção do sujeito no contexto social e o impacto nas habilidades acadêmicas e laborais.

Dentro deste contexto, não há uma avaliação padrão-ouro, validada e padronizada para a população com TL (CÁCERES-ASSENÇO et al., 2020; REILLY et al., 2014). O diagnóstico é feito predominantemente considerando critérios de exclusão e inclusão, sem que haja consenso e base científica robusta para tal. Dentre os fatores de inclusão encontra-se o baixo desempenho em testes padronizados de linguagem, usualmente utilizados por clínicos para avaliar tais habilidades. O ponto de corte geral a ser considerado varia de 1,0 a 1,5 desvios padrão abaixo da média nestes tipos de testes, sem que haja definição de pontos de cortes específicos para crianças com TL (REILLY et al., 2014).

Ainda dentro da especificação dos pontos de corte, para os critérios do CID-10, considera-se TL em crianças com pontuação abaixo de 2 DP da média em habilidades verbais, e pelo menos 1 DP abaixo em habilidades não verbais (OMS, 1998). Além disso, alguns estudos trazem que é necessário pontuar abaixo da média em pelo menos duas avaliações de linguagem (TOMBLIM et al., 1997).

Diante deste cenário, pesquisadores salientam o problema de se admitir a aplicação de um ponto de corte arbitrário, independentemente do teste selecionado pelo clínico. Assume-se um risco proeminente ao se adotar um ponto de corte geral, que não considera critérios psicométricos para cada teste de forma específica e que não apresenta estudos que embasem tais pontuações para o grupo TL (REILLY et al., 2014). O estabelecimento arbitrário que considera entre 1,0 até 2,0 desvios padrão abaixo da média para realização de diagnóstico de TL é contrário aos padrões estabelecidos para práticas baseadas em evidência. No entanto, esta é uma prática comumente

aplicada por pesquisadores e clínicos (SPAULDING; PLANTE; FARINELLA, 2006).

Apesar disso, recentemente os clínicos e pesquisadores tem adotado de forma mais consistente a prática de considerar testes específicos, com critérios psicométricos próprios de sensibilidade e especificidade, para grupos de crianças com TL, ao invés de considerar a média de 1,0 a 2,0 desvios padrão independentemente do teste aplicado. Esta é uma prática mais recomendada e confiável do que a anteriormente estabelecida, porém há dificuldades de se encontrar pontos de corte específicos para crianças com TL. No geral, tem-se apenas escores de padronização, que consideram o desenvolvimento típico. (SPAULDING; PLANTE; FARINELLA, 2006).

Outra questão é que nas crianças com TL normalmente não há uma uniformidade nos déficits linguísticos, considerando os subníveis da linguagem. Por exemplo, uma criança pode apresentar dificuldades nos subníveis morfológico e sintático, e não apresentar déficits no âmbito semântico. Assim, um teste padronizado que avalia vocabulário não irá detectar déficits, enquanto avaliações destinadas a analisar morfologia e sintaxe, sim. Para essas avaliações, o ponto arbitrário de 1,0 a 2,0 desvios padrão abaixo da média poderá ser considerado, o que não pode ser considerado para a avaliação semântica (BRACKENBURY; PYE, 2005).

Como não há uma avaliação padrão-ouro, os clínicos utilizam alguns instrumentos padronizados e validados que auxiliam a estabelecer o diagnóstico. Dentre as principais, tem-se o Teste de Linguagem Infantil (ABFW) (ANDRADE et al., 2004), composto por quatro provas que avaliam fonologia, vocabulário, pragmática e fluência, em crianças a partir de quatro anos. Para a aplicação, utiliza-se material específico, com apoio de figuras nas provas de fonologia e vocabulário. As coletas para provas de fluência e pragmática são feitas durante interação livre e analisadas posteriormente. São fornecidas tabelas com pontuação padronizada para cada prova, considerando o desenvolvimento típico.

Há também o Protocolo de Observação Comportamental (PROC) (ZORZI; HAGE, 2004), um instrumento que sistematiza as observações sobre o comportamento infantil, e permite análise qualitativa e quantitativa acerca dos aspectos referentes às habilidades comunicativas expressivas, compreensivas e aos esquemas simbólicos. A avaliação é indicada para a faixa etária de 12 a 48 meses.

Outra avaliação utilizada é a Avaliação de Desenvolvimento da Linguagem-2 (ADL-2) (MENEZES, 2019), um instrumento que avalia a aquisição e o desenvolvimento do conteúdo e estrutura da linguagem na faixa etária de um ano a seis anos e 11 meses. É composta por uma escala referente à Linguagem Compreensiva, e outra à Expressiva. O teste é composto por brinquedos específicos e livro de estímulos/figuras. O instrumento é padronizado. A pontuação entre 115 e 85 é considerada adequada, pontuações entre 84 e 77 são classificadas como distúrbio de nível leve, entre 76 e 70, de nível moderado e igual ou abaixo de 69, distúrbio severo.

Um outro critério de exclusão adotado é ter Quociente de Inteligência (QI) não verbal dentro da média. Portanto, não se encaixam nos diagnósticos de TL crianças com QI limítrofe. Essas crianças também não são incluídas no diagnóstico de deficiência intelectual. Esse limbo diagnóstico encontra-se também no caso de crianças com TDAH e Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC), por exemplo (NORBURY et al., 2016). Alguns estudos apontam a necessidade da criança ter QI igual ou maior que 85 pontos, outros não identificam diferenças de QI não verbal entre crianças com e sem TL, e outros sugerem que sejam adotados padrões mais flexíveis quanto a essa variável, permitindo que crianças com desempenho cognitivo limítrofe em tarefas não verbais possam ser incluídas no diagnóstico de TL (CÁCERES-ASSENÇO et al., 2020; EBBELS, 2014). Novamente, o que se observa é a falta de consenso sobre esse critério na literatura, de modo que alguns estudos sugerem padrões mais rígidos e outros mais flexíveis (BISHOP et al., 2017).

Ainda dentro dos fatores de inclusão e exclusão, encontra-se estudos que sugerem que crianças com TL não podem ter síndromes, deficiências sensoriais ou motoras, anomalias estruturais orofaciais e que devem apresentar atraso na aquisição das primeiras palavras e construção de frases, taxa mais lenta de aquisição de vocabulário e demonstrar maiores dificuldades no desenvolvimento gramatical, como marcadores de tempo e concordância verbal e nominal (TAGER-FLUSBERG; COOPER, 1999).

Enquanto isso, outros autores reforçam que o fator a ser mais considerado nos quadros de TL é a maior persistência dos sintomas ao longo da vida e a evolução terapêutica mais lenta (SNOWLING et al., 2016). Esses fatores ainda são críticos para desencadear quadros de dislexia, com dificuldades persistentes para leitura e ou escrita, envolvendo déficits em consciência fonológica e memória de trabalho (RAMUS et al., 2013).

Além desses fatores, estudos também elucidam o impacto de fatores psicossociais, como ambientes sociais menos favoráveis ao desenvolvimento e bilinguismo, por exemplo. No âmbito do contexto psicossocial, o estudo de Fernald, Marchman, Weisleder (2013) mostrou que crianças de origens desfavorecidas apresentam cerca de seis meses de atraso em relação a crianças da mesma idade de contextos mais privilegiados. Mesmo assim, crianças com pontuações muito altas ou baixas estão presentes em todos os contextos sociais. Dessa forma, apesar desse fator precisar ser considerado em crianças que estão em diagnóstico para TL, o mesmo, por si só não atua como um fator decisivo para o diagnóstico (ROY; CHIAT, 2013).

Existe, no entanto, um consenso por meio de marcador neurológico para diagnóstico de TL. Esses casos apresentam assimetrias estruturais no hemisfério esquerdo do cérebro e disfunções em regiões especializadas em linguagem, observados através de exames de imagem (HERBERT et al., 2005). No entanto esse marcador neurológico ainda não pode ser amplamente adotado devido as amostras dos estudos serem limitadas (REILLY et al., 2014).

A amplitude e variabilidade de características nos quadros clínicos de TL, especialmente em crianças pequenas, contribui para não haver consenso sobre a expressão fenotípica fidedigna deste transtorno. A falta de unanimidade quanto aos sintomas que seriam marcadores diagnósticos soma-se a falta de estudos epidemiológicos robustos que forneçam características mais precisas sobre essa população (REILLY et al., 2014).

Além disso, há necessidade não apenas de identificar, como também de classificar adequadamente esses sinais, de forma a ser possível atribuir um diagnóstico que permita o correto processo de intervenção. A realização desse diagnóstico diferencial no âmbito da linguagem é importante e desafiador na proporção em que os sintomas linguísticos estão presentes em outros transtornos do neurodesenvolvimento, como no TEA, por exemplo (WILLIAMS; LIND, 2013).

Apesar de vários estudos concordarem sobre a necessidade de uma terminologia comum, que comporte o perfil de crianças que apresentam déficits linguísticos, o caráter arbitrário para definir o TL, assim como a falta de marcadores genéticos, biológicos e comportamentais confiáveis implicam na escassez de evidências exatas e precisas para realização do diagnóstico (REILLY et al., 2014). A dificuldade de estabelecimento de marcadores confiáveis prejudica não apenas a generalização de estudos e pesquisas sobre TL, como principalmente as crianças que permanecem sem diagnóstico, com diagnósticos equivocados e frequentemente sem os encaminhamentos e intervenções adequadas (SPAULDING; PLANTE; FARINELLA, 2006).

Portanto, considera-se que o TL tem uma etiologia de padrão multifatorial. As alterações genéticas associam-se a fatores socioemocionais e/ou ambientais que desencadeiam o transtorno (CRESTANI; DE MORAES; SOUZA, 2017).

2.2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O TEA é considerado uma condição psiquiátrica grave que afeta o neurodesenvolvimento, caracterizado por critérios diagnósticos, segundo DSM (APA, 2014) que incluem déficits na comunicação e interação social, bem como padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses ou atividades. Os sintomas estão organizados em dois grupos. No grupo A são listados três itens referentes a déficits persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos. Há comportamentos descritos como: 1. Déficit na reciprocidade socioemocional, que vão desde a dificuldade para iniciar até a dificuldade de responder e manter interações sociais ou/e conversas; 2. Déficit nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, que vão desde contato visual baixo até ausente e dificuldade na compreensão e uso de gestos; 3. Déficit para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, que vão desde a dificuldade em compartilhar brincadeiras simbólicas simples a complexas, até o parcial ou ausente interesse por crianças da sua faixa etária.

No Grupo B, relativo a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, é necessário ter atualmente ou história prévia de no mínimo dois dos quatro itens a seguir: 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, como os movimentos de flapping, enfileiramento de brinquedos e ecolalia; 2. Insistência nas mesmas atividades ou objetos, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, como a dificuldade em variar o modo de manusear um brinquedo; 3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco, como o hiperfoco em números e letras, comum nesta população; 4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente, como reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva e busca visual por luzes ou movimento. Para a criança receber o diagnóstico de TEA, precisa pontuar em todos os itens do Grupo A de sintomas e em pelo menos dois itens do Grupo B (APA, 2014).

A avaliação para diagnóstico de TEA deve ser realizada pelo profissional médico, sendo os mais indicados, pediatras, neuropediatras e psiquiatras infantis. O diagnóstico requer que o profissional tenha conhecimento sobre os marcos do desenvolvimento infantil e sobre os sintomas característicos do TEA. Para estabelecimento do transtorno, recomenda-se a utilização de avaliações padronizadas como instrumentos de auxílio para o clínico (PACÍFICO et al., 2019). Encontram-se protocolos no formato de questionário, entrevistas com os responsáveis e os administrados diretamente com a criança. A avaliação considerada padrão-ouro para investigação é a Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (LORD et al., 2000) e a Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) (BECKER et al., 2012).

A ADOS (LORD et al., 2000) é organizada em quatro módulos, de acordo com o nível de desenvolvimento de linguagem expressiva do paciente, sendo a idade mínima de aplicação 12 meses. O instrumento avalia os domínios de comunicação, interação social, brincar/imaginação e comportamentos restritos e repetitivos. Em relação aos critérios psicométricos, apresenta alto nível de confiabilidade, consistência interna e validade (ESLER et al., 2015). Dentre outras avaliações, que apresentam critérios psicométricos adequados para o Brasil, tem-se o Autism Behavior Checklist (ABC) (MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005), Autism Screening Questionnaire (ASQ) (SATO et al., 2009), Childhood Autism Rating Scale (CARS) (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008), Modified Checklist for Autism in Toddlers (MCHAT) (LOSAPIO; PONDÉ, 2008), o Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista (PROTEA-R) (BOSSA; SALLES, 2018) e recentemente a Escala Labirinto (PONDÉ et al., 2021). Todas as avaliações incluem itens específicos para avaliação da comunicação e/ou linguagem.

Os déficits linguísticos presentes entre o primeiro e segundo ano de crianças com TEA já são bem definidos na literatura, o que auxilia os profissionais a detectarem e intervirem, apesar da caracterização linguística do

quadro poder se confundir com casos de TL, especificamente. De modo geral, observa-se linguagem expressiva e receptiva abaixo do esperado para idade, sendo essa uma das principais preocupações dos pais de crianças com TEA em consultas médicas (COONROD; STONE, 2004). Esse fator está associado a alterações no comportamento social, falta de habilidades intersubjetivas e de expressão emocional, porque a comunicação não verbal também está afetada (NICKEL et al., 2013).

O desenvolvimento atípico dessas crianças pode atingir várias áreas funcionais, o que contribui para a classificação do TEA como transtorno global do desenvolvimento. Dentre os sintomas encontrados, estão os déficits em compreender a intenção do outro, diminuição no contato visual durante interações sociais, pouco interesse em compartilhar a brincadeira com o outro e limitações para realizar a antecipação gestual e processar de forma integrada os aspectos não-verbais e verbais durante situações de comunicação social. Esses sintomas observáveis surgem pelos déficits no processamento e modulação de estímulos sensório-motores.

Além disso, estudos utilizando avaliações eletrofisiológicas encontraram diferenças no processamento auditivo, incluindo o processamento linguístico, no processamento visual, principalmente relacionado a face, na resposta somatossensorial, integração multissensorial, atenção, atenção seletiva e na conectividade neuronal em sujeitos com TEA. Ainda são encontradas frequentemente alterações na área da linguagem, devido à repercussão dos déficits comunicativos nesta área (HYMAN; LEVY; MYERS, 2020).

A palavra 'espectro' relaciona-se aos níveis de gravidade e à diversidade das apresentações dos sintomas elencados nos critérios diagnósticos, descritos no DSM (APA, 2014). Eles são mensurados por meio do nível de comprometimento e suporte necessários à criança com TEA, fundamentados pelos déficits mencionados e a capacidade de realização das atividades de vida diária. Consiste em três níveis: o nível 1 requer pouco apoio, nível 2 necessita de apoio substancial e nível 3, grande apoio substancial (APA, 2014).

Através das intervenções terapêuticas com plano individualizado, uma criança com TEA de suporte nível 3, poderá chegar ao nível 1 de suporte, por exemplo.

Devido a estas características observacionais relatadas pelo DSM (APA, 2014), torna-se evidente o prejuízo que a criança com TEA apresentará em menor ou maior grau no cotidiano, como por exemplo, no contexto domiciliar, a dificuldade na mudança de rotinas, a seletividade alimentar, a reação contrária a sons e a diminuição na reciprocidade social. Estes fatores podem tornar a rotina diária extremamente difícil para os responsáveis por esta população (ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DE LINGUAGEM E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O TEA e o TL estão entre os dois transtornos de início precoce com maior prevalência (SPICER-CAIN, 2023). No entanto, a realização do diagnóstico diferencial entre TEA e TL é desafiadora nos primeiros anos de vida, pois as manifestações podem ser significativamente semelhantes (KANTZER et al., 2018). Ambos os transtornos manifestam atraso na aquisição da linguagem, com sintomas que variam de menor taxa de balbúcio e vocalizações até atrasos persistentes na produção das primeiras palavras e dificuldades de estruturação sintática. Tanto sujeitos com TL como com TEA podem apresentar também dificuldades de interação social (SIMMS; JIN, 2015). O diagnóstico diferencial entre TL e TEA pode ser um desafio, no que tange às manifestações linguísticas (FAÉ et al., 2018). Assim, identificar sinais prodrômicos é fundamental para que seja possível detectar e diferenciar TEA e TL o mais cedo possível, determinar fatores de risco e delinear intervenções para minimizar os prejuízos linguísticos, escolares e sociais dessas crianças (SAINT-GEORGES et al., 2011; CRESTANI et al., 2013).

O DSM (APA, 2014) auxilia os profissionais a analisarem se os déficits na interação social são consequência apenas dos déficits comunicativos, ou se

são primários, fazendo parte do TEA (SIMMS; JIN, 2015). Um instrumento padronizado que possibilita a avaliação sistemática da criança, buscando identificar diferentes níveis de gravidade dos sintomas de TEA contribui para o diagnóstico diferencial entre TL e TEA. Principalmente nos primeiros anos de vida, as manifestações podem surgir de forma semelhante, sendo que em ambos os transtornos a criança pode apresentar atrasos na aquisição a linguagem e dificuldades de interação social. Para algumas crianças somente a avaliação de componentes específicos da linguagem pode não diferenciar os dois transtornos.

Apesar de compartilharem sintomas semelhantes no âmbito sociocomunicativo, as crianças com TEA apresentam maiores déficits em funções cognitivas e adaptativas e podem apresentar dificuldades comportamentais mais significativas (MAENNER et al., 2021). Segundo o DSM (APA, 2014), nas crianças com TEA são englobados atrasos no domínio social, além de incluir padrões de comportamentos, atividades e interesses restritos e repetitivos.

No TEA, as manifestações de linguagem ocorrem de forma muito heterogênea. Enquanto algumas crianças apresentam expressão e/ou compreensão mínimas, outras têm dificuldades específicas apenas no uso pragmático, não apresentando déficits nos demais subníveis linguísticos (SPICER-CAIN et al., 2023). Em quadros de TEA classificados no nível um de suporte e em crianças cujos déficits comunicativos são a principal característica, torna-se essencial diferenciar cada transtorno, visto o impacto do diagnóstico no desenvolvimento global e o delineamento de condutas terapêuticas específicas para cada caso (SIMMS; JIN, 2015).

O TEA tem incidência crescente, afetando uma a cada 44 crianças, e cerca de quatro vezes mais meninos do que meninas (MAENNER et al., 2021). O TL apresenta incidência ainda maior que os casos de TEA. Estima-se que afete até 8% da população (NORBURY et al., 2016). Assim como no TEA, para diagnosticar TL o DSM (APA, 2014) define que deve haver dificuldades

persistentes na aquisição e/ou uso da linguagem, que podem afetar o domínio receptivo e/ou expressivo. Estudos salientam que as dificuldades no âmbito da linguagem podem ser permanentes e gerar dificuldades ao longo da vida em ao menos uma parte dos indivíduos (BOTTING, 2020). As manifestações da linguagem são múltiplas e podem envolver dificuldades em fonologia, morfologia, sintaxe, semântica ou pragmática, em diferentes níveis do processamento linguístico (SPICER-CAIN et al., 2023).

Dentre as características, estão o início precoce de sintomas, incluindo vocabulário reduzido, estrutura limitada de frases e prejuízo no discurso, com capacidades linguísticas abaixo do esperado para a idade cronológica. Devido a esses fatores, o indivíduo comumente apresenta limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional. É necessária a verificação de ausência de prejuízos sensoriais, disfunções motoras ou outras condições médicas neurológicas, atraso global do desenvolvimento ou deficiência intelectual (APA, 2014). Dentre estes critérios, estudos recentes recomendam que o fator QI não seja mais usado como fator definitivo nos casos de TL (BISHOP et al., 2017; NORBURY et al., 2016).

Na interface entre os diagnósticos de TEA e TL, estudos ressaltam a importância da realização acurada do diagnóstico para delineamento de condutas terapêuticas assertivas, dentro do período crítico para desenvolvimento, considerando a janela de neuroplasticidade cerebral, e aconselhamento apropriado das famílias quanto ao prognóstico e futuras necessidades (FAÉ et al., 2018; JOHNSON; MYERS, 2007; SPICER-CAIN et al., 2023). Há, entretanto, escassez de instrumentos que avaliem comunicação e linguagem de forma confiável e que forneçam diagnósticos precisos para crianças muito pequenas (SPICER-CAIN et al., 2023).

A definição do diagnóstico é feita por marcadores clínicos, respeitando critérios de inclusão e exclusão. Porém, não há consenso quanto ao tipo de instrumentos para avaliação nos casos de TL (SIMMS; JIN, 2015; SZUKIELL;

GÓRSKAL; KRUK, 2017). Nos procedimentos clínicos considerados padrão-ouro para diagnóstico de ambos os transtornos, o uso de instrumentos avaliativos validados, padronizados e adaptados para determinada população são recomendados, como forma de garantir maior precisão no estabelecimento do diagnóstico (BRENTANI et al., 2013; PACÍFICO et al., 2019; SIMMS; JIN, 2015).

Outro aspecto que parece importante é minimizar os efeitos que um diagnóstico equivocado pode ter na direção da terapia e também na estrutura e funcionamento familiar daqueles que exercem as funções parentais. Observa-se na realidade clínica desta pesquisa que, a falta de um diagnóstico ou mesmo a presença de um diagnóstico equivocado, pode ter efeitos negativos na criança, na família, na equipe de trabalho e nas políticas de cuidado em saúde. Na criança porque pode não receber a(s) terapia(s) adequadas, além de carregar rótulos indesejáveis. Os efeitos nos pais são importantes porque a aceitação do que o filho possui passa pela compreensão das potencialidades e do futuro da criança, mas para isso é necessário conhecer o diagnóstico e os efeitos no desenvolvimento da criança. Já nas equipes porque, por vezes, encontram-se pressionadas por diagnósticos equivocados para a implementação de propostas inadequadas de terapia por médicos que buscam direcionar o processo terapêutico à família e à equipe.

O diagnóstico equivocado também pode gerar no sistema público de saúde e assistência social um custo indevido de benefícios sociais ou mesmo o acesso, via ministério público, a terapias desnecessárias em casos de TL. Já nos casos de TEA que chegam às clínicas-escola de fonoaudiologia, existe a possibilidade de ficarem sem o diagnóstico adequado porque prevalece a queixa de atraso na aquisição da linguagem e o encaminhamento para a rede de cuidado multidisciplinar necessária torna-se de difícil acesso sem o devido diagnóstico. Nestes casos, as famílias enfrentam um caminho árduo e demorado para conseguir a avaliação neuropediátrica ou psiquiátrica. Por isso, a presença de uma avaliação como a Escala Labirinto pode auxiliar o terapeuta

e a família a agilizar o processo diagnóstico médico e o acesso à assistência social.

No Brasil, as filas de espera do serviço público para atendimento especializado são longas. O tempo de espera pode variar de seis a 12 meses até o usuário ser atendido no serviço de fonoaudiologia, comumente o primeiro encaminhado quando há queixas de atraso na linguagem (CORRÊA, ARAKAWA; MAXIMINO, 2016; SANTOS et al., 2022). O longo tempo de espera repercute em menor aproveitamento da janela oportuna de aprendizado, considerando período crítico para aquisição de habilidades e a neuroplasticidade neuronal (DAWSON, 2008).

Este fator prolonga o tempo até as crianças receberem um diagnóstico e iniciarem intervenções adequadas considerando o perfil de cada sujeito. Nestes casos, possibilitar que os clínicos tenham acesso a instrumentos validados, confiáveis, de fácil acesso e aplicação, permite realização de diagnósticos mais assertivos, com otimização de tempo, e conseqüentemente, acesso a intervenções terapêuticas apropriadas (BAMFORD et al., 2022; SPICER-CAIN, 2023).

Adicionalmente, cabe citar o estudo de Conti-Ramsden, Simkin e Botting (2006), que estudou 76 sujeitos com 14 anos e histórico de TL por meio de instrumentos diagnósticos de autismo considerados padrão-ouro. Foi encontrada uma prevalência de características do espectro em 3,9% dos sujeitos, o que pode ser considerado alto. A hipótese que se pode fazer a partir disso é de que os sujeitos diagnosticados com TEA nível um de suporte possam ser confundidos com o TL. Isso evidencia a importância de investigar comparativamente ambos os grupos, elencando sinais e perfis que permitam o diagnóstico diferencial de ambos os transtornos por meio de uma escala validada para a população brasileira e de livre acesso ao sistema de saúde ao contrário dos demais instrumentos, que apresentam um alto custo para formação e aplicação e, portanto, há menos profissionais capacitados para utilizá-los.

2.4. ESCALA LABIRINTO

Em meio à necessidade do uso de avaliações padronizadas pelos profissionais para realização do diagnóstico diferencial entre TEA e TL, foi elaborada e validada para a população brasileira a Escala Labirinto (PONDÉ et al., 2021), que apresenta ampla acessibilidade e baixo custo de aplicação. Esta escala avalia e caracteriza os sintomas centrais do TEA descritos no DSM (APA, 2014), que abrangem habilidades de interação social, comunicação verbal e não verbal, e comportamentos rígidos e gestos repetitivos. Além disso, é composta por entrevista dirigida com os responsáveis, permitindo o mapeamento de sintomas associados e analisa a presença ou não de alterações somáticas. Assim, a ferramenta é subdividida em Sintomas Centrais, Sintomas Associados e Alterações Somáticas Associadas. A partir da análise sistemática e metódica dos quatro eixos constituintes dos Sintomas Centrais, utilizando a escala Likert, com pontuações entre zero e cinco pontos, que caracterizam frequência e intensidade dos sintomas, define-se o ponto de corte para diagnóstico de TEA na pontuação total e em cada subescala (PONDÉ et al., 2021).

Dentro dos Sintomas Centrais, foco deste estudo, tem-se a subescala de Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo, onde são avaliados nível de habilidade de jogo (simples, composto, simbólico, estereotipado e repetitivo), rigidez, movimentos repetitivos, movimentos de busca sensorial e interesses restritos; Comunicação Não Verbal, composta pelos itens: resposta ao chamado do nome, contato visual, intenção e resposta da atenção compartilhada e gestos comunicativos; Comunicação Verbal, que contempla itens de linguagem verbal expressiva, repertório linguístico e reciprocidade na comunicação; e Interação Social, que contém os itens resposta a aproximação, busca do outro e sorriso social.

O primeiro procedimento do processo de avaliação é a realização da anamnese. Ela é composta por perguntas referentes a dados

sociodemográficos, queixa familiar e histórico da criança, desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal, interação social, atividades restritas, inserção e comportamento na escola, antecedentes médicos, histórico da gestação, desenvolvimento ao longo dos dois primeiros anos, história de vida, antecedentes familiares e um interrogatório sistemático sobre os sistemas respiratório, digestivo, cardiovascular e gênito-urinário, também sobre alimentação, sono e aspectos sensoriais. A anamnese deve ser respondida pelo responsável, preferencialmente de forma presencial. Eventualmente, pode-se aplicar de maneira *on-line*, via *google forms*, mas sempre com confirmação de dados na entrevista presencial, como realizado nesta pesquisa.

A segunda etapa consiste na aplicação da escala, em suas atividades lúdicas. Essa parte é feita na presença da criança, do profissional e do responsável. Sugere-se que seja feita em sala individual e estima-se duração de 40 a 60 minutos para aplicação, gravada em vídeo. Os procedimentos para avaliação incluem observação do brincar espontâneo iniciado pela criança durante os primeiros cinco minutos de aplicação. Após, o avaliador conduz determinadas atividades conjuntas, em contexto naturalista de jogo.

O manual preconiza que sejam realizadas atividades com os seguintes materiais: jogo de encaixe de animais, casa de chaves, boliche, torre de blocos, chocalho, telefone com estímulo sonoro, carrinho e bola. Caso a criança tenha dificuldade de engajar com esses materiais, pode-se usar bolhas de sabão e/ou balões. Para a etapa dois de aplicação, são utilizados boneca, miniaturas de comida, mamadeira, cama e utensílios de higiene. Na primeira etapa, avalia-se habilidades de jogo funcional e na segunda, capacidade de brincar pré-simbólico e simbólico.

Durante toda avaliação observa-se dentro do contexto da interação social, a resposta da criança as iniciativas de brincar conjunto com o avaliador, a iniciativa espontânea da criança de buscar o adulto para brincar e o uso de sorriso social, que pode estar ausente, estar presente apenas sob incitação ou ocorrer naturalmente durante as atividades.

No âmbito da comunicação verbal, observa-se o uso que a criança faz da linguagem no diálogo, incluindo presença de ecolalia, inversão pronominal, alterações de prosódia ou perguntas perseverantes, comumente sintomas encontrados nas crianças com TEA. Ainda nesta subescala, avalia-se o domínio gramatical da língua, em qual nível a criança encontra-se na linguagem, considerando padrões típicos de desenvolvimento e incluindo características típicas do TEA, como presença de fala com jargões e o pouco uso de pronomes possessivos. O último item avalia a reciprocidade na comunicação, então o quanto a criança usa a linguagem para responder e iniciar o diálogo com o outro.

Nas outras duas subescalas avalia-se itens relacionados a comunicação não verbal, que inclui dois testes específicos, a resposta ao chamado do nome e o teste para analisar a resposta da criança a tentativa de atenção compartilhada feita pelo avaliador. Além desses itens, observa-se o contato visual realizado espontaneamente pela criança, as iniciativas da criança de demonstrar comportamento de atenção conjunta e o uso de gestos.

A última subescala dos sintomas centrais analisa a presença de comportamento rígido e gestos repetitivos. Nesta subescala, observa-se o nível de brincadeira da criança, considerando manuseio estereotipado, repetitivo, uso funcional ou simbólico dos objetos, além do comportamento ao transicionar de atividades. Avalia-se presença ou ausência de comportamento de hipo ou hiperreatividade sensorial e maneirismos, bem como a frequência com que aparecem.

Dentro do domínio dos Sintomas Associados estão os itens Cognição, que investiga nível de compreensão de ordens, habilidades e execução de tarefas; Comportamento Disruptivo, que analisa comportamentos de oposição, irritabilidade ou explosões de raiva; Impulsividade, Hiperatividade, Hipoatividade, Comportamento Hetero e Auto Lesivo e Comportamento Obsessivo/Compulsivo. Dentro das Alterações Somáticas estão os itens Alterações no Controle de Esfíncteres, Sono, Problemas Gastrointestinais e

Respiratórios, Tônus, Síndromes, Alterações Neurológicas ou Dismorfismos, Episódios Pré ou Perinatais e Epilepsia.

Ao final, a gravação deve ser analisada por um profissional com certificação para aplicação da Escala Labirinto. A pontuação é atribuída na ficha de respostas e então calcula-se a pontuação total e em cada subescala. De acordo com os critérios psicométricos, o ponto de corte para TEA deve ser igual ou maior que 12 pontos na pontuação total e igual ou maior a três na subescala de interação social, igual ou maior a quatro, nas subescalas de Comunicação Verbal e Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo, e igual ou maior a dois na subescala de Comunicação Não Verbal, conforme segue na Tabela 1.

Tabela 1 - Ponto de corte total e nas subescalas da Escala Labirinto

Subescalas	Ponto de corte para indicativo de TEA
Interação Social (IS)	≥3
Comunicação Verbal (CV)	≥4
Comunicação Não Verbal (CNV)	≥2
Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo (CRGR)	≥4
Pontuação Total	≥12

Fonte: (PONDÉ et al., 2021).

No Brasil, a Escala Labirinto complementa alguns instrumentos já conhecidos para realização de diagnóstico e caracterização de TEA. Apresenta o diferencial de ter baixo custo, em relação a ADOS (LORD et al., 2000) e a ADI-R (BECKER et al., 2012) por exemplo, que são instrumentos padrão-ouro no diagnóstico de TEA, mas são de acesso mais limitado, devido ao alto custo de formação e material de aplicação. Além disso, a ADOS, por exemplo, está em processo inicial de adaptação para a população brasileira, ainda não sendo um instrumento amplamente utilizado (PACÍFICO et al., 2019). Além destes

instrumentos, tem-se também o PROTEA-R (BOSSA; SALLES, 2018) e questionários autodirigidos que são válidos e adaptados a população brasileira, como a CARS (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008) e o M-CHAT (LOSAPIO; PONDÉ, 2008).

2.5. INVENTÁRIO DIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IDADI)

Dentre os instrumentos de avaliação global do desenvolvimento, utilizados para apoiar o raciocínio clínico no estabelecimento de um diagnóstico específico, tem-se o Inventário Dimensional de Desenvolvimento Infantil (IDADI) (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019). O uso desse instrumento no estudo teve objetivo de complementar a análise diagnóstica feita através da Escala Labirinto, instrumento principal da pesquisa. O IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) foi aplicado para fornecer dados quantitativos acerca do desenvolvimento das crianças com TL. Os resultados possibilitaram verificar a presença de atrasos apenas no domínio linguístico ou atrasos em outras esferas do desenvolvimento global. Assim, foi o instrumento selecionado para verificar se as crianças do grupo TL tinham realmente atraso nos domínios linguísticos, considerando a indicação dos fonoaudiólogos clínicos que os avaliaram.

O IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) consiste em uma avaliação abrangente do desenvolvimento infantil envolvendo sete domínios: cognitivo, socioemocional, comunicação e linguagem receptiva e expressiva, motricidade ampla e fina, e comportamento adaptativo. O inventário inclui 524 itens que descrevem comportamentos e habilidades esperadas para cada faixa etária, entre os quatro e 72 meses de vida, respeitando os marcos do neurodesenvolvimento infantil. O protocolo encontra-se validado para população brasileira e permite coletar informações do desenvolvimento infantil por meio de relatos parentais.

O questionário pode ser respondido pelos pais ou responsáveis, tanto no formato auto-administrado, quanto como entrevista a ser conduzida pelo profissional/pesquisador. A pontuação é realizada utilizando a escala Likert, na qual a resposta “sim” equivale a dois pontos, quando a criança domina o que está descrito no item; “às vezes”, quando executa com dificuldade e em alguns momentos, o que corresponde a um ponto; e “não”, quando a criança não executa ou nunca foi observada realizando determinada atividade, representando zero na pontuação. Ao final, é feito o escore bruto de cada domínio.

Em seguida, podem ser consultados os escores padronizados e desenvolvimentais. A partir dos escores padronizados, é possível analisar a classificação da criança avaliada em cada domínio. Dentre as opções estão crianças que apresentam desenvolvimento muito acima do esperado, acima do esperado, típico, em alerta para atraso, com atraso ou com atraso significativo. Além da classificação, ainda é possível construir gráficos de desenvolvimento, representando o nível de desenvolvimento da criança em cada domínio. Assim, a avaliação traz uma relação muito vantajosa de tempo e eficiência, custo-efetividade para a avaliação dos aspectos relacionais e comunicativos do desenvolvimento infantil.

Recentemente, foi realizado um estudo com crianças com TEA evidenciando a validade do IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) para avaliação do desenvolvimento desses sujeitos (MIRANDA et al., 2020). Neste estudo, investigaram evidências de validade baseadas na relação com critério de sensibilidade e especificidade do IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) comparando grupos com e sem TEA. Para isso, 31 mães de crianças com TEA (26 meninos) e 54 mães de crianças sem TEA (45 meninos) responderam a avaliação. Os resultados evidenciaram que o diagnóstico apresentou efeito significativo nos domínios de comunicação e linguagem expressiva, comunicação e linguagem receptiva, comportamento adaptativo, socioemocional, motricidade fina, cognição e motricidade ampla, seguindo esta

ordem decrescente. Os índices de sensibilidade e especificidade foram favoráveis ao uso do instrumento na identificação de crianças com suspeita de TEA nos domínios relevantes ao diagnóstico.

Considerando os aspectos teóricos e clínicos envolvidos no tema escolhido para esta dissertação, o objetivo geral da pesquisa foi avaliar a especificidade da Escala Labirinto para auxiliar no diagnóstico diferencial de crianças com TEA e TL na faixa etária dos dois aos quatro anos e 11 meses.

Como objetivos específicos foram estabelecidos:

- Comparar o desempenho dos itens de comunicação não verbal em crianças com TEA, TL e DT na faixa etária de dois a quatro anos;
- Comparar o desempenho dos itens de comunicação verbal de crianças com TEA, TL e DT na faixa etária de dois a quatro anos;
- Analisar a especificidade dos itens de interação social, comunicação verbal e não verbal, comportamento rígido e gesto repetitivo no diagnóstico diferencial de crianças com TEA e TL, considerando o ponto de corte da Escala Labirinto.

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa segue um delineamento do tipo quantitativo e transversal. Este projeto, intitulado “A Escala Labirinto no diagnóstico diferencial entre Transtorno do Espectro Autista e Transtorno de Linguagem na faixa etária de dois a quatro anos” é uma extensão do projeto de número 3.119.402, que apresenta aprovação prévia no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Sendo assim, as etapas do estudo foram realizadas conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, no que determina o Conselho Nacional de Saúde em sua resolução 466/12 e 510/16. Os sujeitos da pesquisa e seus responsáveis somente participaram do estudo mediante leitura e assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aceitando participar. Utilizou-se uma parte de dados secundários, provenientes da pesquisa original, pois a coleta da aplicação da escala é filmada em vídeo. Os responsáveis pelos locais onde foram coletados os dados consentiram com os procedimentos por meio da assinatura.

3.2. PARTICIPANTES

A amostra constituiu-se de 38 crianças com TL, 48 crianças com TEA e 28 crianças com DT. Os dados das crianças com TEA e DT fazem parte de um banco de dados cedido a este estudo pelo Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Autismo (Labirinto), da EBMSP. A amostra de participantes do grupo TL foi composta por 38 crianças avaliadas com a Escala Labirinto pelas pesquisadoras.

Para compor o grupo de TL, definiu-se como critério de inclusão que as crianças precisariam estar na faixa etária de dois a quatro anos e 11 meses,

respeitando a faixa etária definida para aplicação da escala. Os sujeitos provenientes das clínicas particulares deveriam apresentar diagnóstico prévio de TL ou TDL realizado por fonoaudiólogo com experiência clínica e especializado em linguagem (todos eram mestrandos na área dos distúrbios de linguagem). As crianças das clínicas-escola de instituições públicas, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), deveriam estar na fila de espera e apresentar queixa principal de atraso de linguagem. Elas foram chamadas e avaliadas pela equipe de pesquisa, com supervisão da orientadora principal deste trabalho que possui mais de 30 anos de experiência com TL. Também, algumas crianças que já estavam em atendimento nas clínicas-escola com diagnóstico prévio de TL ou TDL foram chamadas para a pesquisa e foram avaliadas pela pesquisadora e/ou orientadora desse estudo. Para conclusão do diagnóstico de TL ou TDL verificou-se que todos os profissionais responsáveis consideravam os critérios diagnósticos do DSM (APA; 2014).

Utilizou-se ainda, como critério adicional de inclusão na amostra, as crianças apresentarem evidências de alerta para atraso, atraso ou atraso significativo nas dimensões de comunicação e linguagem receptiva e/ou expressiva no IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019).

Assim, as crianças na faixa etária dos dois aos quatro anos e 11 meses, com diagnóstico estabelecido de TDL ou TL provenientes de clínicas particulares ou na fila de espera com queixa de atraso de linguagem das clínicas-escola, ambos os grupos com presença de atraso em pelo menos um domínio linguístico do IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) foram incluídas.

Os critérios de exclusão foram crianças com malformações, síndromes, deficiência auditiva e/ou visual e/ou motora, crianças inseridas em processo bilíngue de aquisição da linguagem, com déficit cognitivo que evidenciasse suspeita de deficiência intelectual importante ou com diagnóstico de TEA laudado por médico e/ou pela pontuação padrão da Escala Labirinto.

O grupo TEA, que teve dados fornecidos pelo Labirinto (EBMSP), apresentou como critério de inclusão ter diagnóstico de TEA laudado previamente e apresentar pontuação compatível com o diagnóstico pela CARS e Escala Labirinto. O grupo DT, também coletado pelo Labirinto (EBMSP), teve como critério de inclusão não apresentar atrasos, déficits ou transtornos no neurodesenvolvimento e ter todos os escores abaixo do ponto de corte para diagnóstico de TEA pela CARS (PONDÉ et al., 2021).

3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA

Na primeira etapa foi realizado contato com as clínicas-escola e as fonoaudiólogas de clínicas particulares para localizar os sujeitos com as características de TL ou queixa de atraso na aquisição da linguagem. Os locais incluíram as clínicas-escola dos cursos de Fonoaudiologia da UFSM/SM e da UFRGS/POA. Duas clínicas fonoaudiológicas particulares de Santa Maria/RS, uma de Bagé/RS e outra de Farroupilha/RS. Além dessas, duas clínicas multidisciplinares particulares de Rio Grande/RS. Em seguida, foi realizado contato com os responsáveis pessoalmente ou via *whatsapp*, convidando-os a participarem da pesquisa. Realizou-se agendamento da avaliação presencial para os que concordaram em se voluntariar.

Além do agendamento, neste momento foi enviada a anamnese da Escala Labirinto para os responsáveis, via *Google Forms*. Foi realizado também envio do IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) pela Vetor Editora, de forma *on-line* para os responsáveis responderem. Ressalta-se que o envio *on-line* foi feito para os participantes com acesso digital. Os que tiveram dificuldades ou limitações de acesso preencheram os protocolos na forma impressa, durante atendimento presencial.

A etapa seguinte foi o atendimento presencial com a criança e seus responsáveis para aplicação da Escala Labirinto. O primeiro passo, com os responsáveis, foi ler presencialmente o TCLE e solicitar sua assinatura, uma

vez que já haviam aceitado participar da pesquisa no contato virtual. Também nesse momento, os responsáveis que não haviam preenchido a anamnese e o IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) de forma *on-line*, preencheram-nos na forma impressa. Também alguns dados da entrevista foram complementados na entrevista presencial realizada antes ou depois da avaliação da criança.

Em seguida foi realizada aplicação da Escala Labirinto em seus procedimentos lúdicos de forma presencial com as crianças. A aplicação da escala ocorreu em sala clínica individual, arejada e iluminada, atendendo aos requisitos sanitários vigentes, pois ainda havia a pandemia de COVID-19 no início da coleta. As coletas foram realizadas pela pesquisadora ou pela orientadora deste estudo, ambas com certificação pelo Labirinto para realizar a avaliação. A aplicação foi realizada na presença do responsável e teve duração média de 40 a 60 minutos.

Utilizaram-se os materiais necessários para aplicação da Escala Labirinto. Na fase um: tabuleiro de encaixe de animais, dois chocalhos, torre de blocos, bola, carrinho, casa de chaves, telefone e boliche. Na fase dois: boneca, acessórios de brincadeira de cozinha – miniatura de fogão, panelas, mamadeira e comidinhas, miniaturas de escova de dentes, escova de cabelo, cama/berço. Em alguns casos foram usadas também bolhas de sabão ou balão, conforme previsto nas orientações de aplicação (PONDÉ; SIQUARA; WANDERLEY, 2021).

As avaliações foram gravadas em vídeo, utilizando como dispositivo de captação de imagens o celular, apoiado em um suporte com tripé na sala. As gravações foram organizadas e armazenadas utilizando a ferramenta Google Drive. Durante a aplicação, nos primeiros cinco minutos, observou-se a exploração livre feita pela criança de alguns brinquedos deixados à disposição no ambiente. A seguir, iniciaram-se as atividades previstas para avaliação das consignas do teste.

Para diagnóstico do grupo TL, além da aplicação do IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) e da Escala Labirinto, foram utilizadas outras avaliações protocolares para auxiliar no diagnóstico. Os fonoaudiólogos que indicaram as crianças com diagnóstico de TL relataram uso de diferentes protocolos avaliativos. Dentre estes, ADL-2 (MENEZES, 2019), ABFW (ANDRADE et al., 2004), Sistema de Observação e Análise (SOA), PROC (ZORZI; HAGE, 2004), Protocolo de Observação de Comportamentos (POC) (CHIARI et al., 1991). Alguns desses protocolos também foram utilizados nas crianças que estavam em fila de espera, após aplicação da Escala Labirinto e do IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019), com objetivo de auxiliar na conclusão e caracterização do perfil linguístico de cada criança do grupo TL. Não houve consenso sobre o uso dos instrumentos para diagnóstico de TL. Apesar disso, todos relataram ou utilizaram os critérios do DSM (APA, 2014) para identificar as manifestações clínicas dos sintomas de TL.

As avaliações das 28 crianças do grupo DT e dos 48 sujeitos do grupo TEA foram realizadas na clínica de psicologia da EBMSO, mediante leitura e assinatura do TCLE pelos responsáveis. Estagiários do curso de Psicologia e médicos residentes de psiquiatria aplicaram os procedimentos padrões da Escala Labirinto e da CARS nas crianças do grupo TEA, supervisionados por uma psiquiatra e um psicólogo. Após, a mesma equipe pontuou as escalas e realizou diagnóstico clínico conforme critérios do DSM (APA, 2014). Os sujeitos do grupo DT foram avaliados com a Escala Labirinto e a CARS por estudantes de psicologia ou medicina da EBMSO. Em seguida, assim como no grupo TEA, foram atribuídas as pontuações.

3.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

O material audiovisual gravado correspondente à aplicação da Escala Labirinto foi analisado pela pesquisadora deste trabalho, que atribuiu as pontuações da Escala Labirinto para cada caso avaliado. A orientadora do

estudo revisou as pontuações estabelecidas. Em casos em que houve dúvida quanto aos resultados, principalmente quando a interface de TL com diagnóstico de TEA se fez presente, e nos casos de sinais clínicos evidentes de TEA, a coordenadora realizou a conferência das tabulações e cotações de pontos. Em caso de persistência da dúvida, o caso foi levado ao grupo Labirinto para uma análise da coordenadora e participantes em encontros de pesquisa semanais. Em geral, não houve discordâncias superiores a 5% nas pontuações atribuídas assim como nos diagnósticos. Para decisão da pontuação final prevaleceu a atribuição das orientadoras deste estudo.

Os resultados das respostas ao IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019), incluindo tabela e gráfico do perfil dos escores padronizados de desenvolvimento e as curvas desenvolvimentais categorizadas por domínios, foram analisados, tabulados e processados diretamente pela editora Vetor e enviados por e-mail para a orientadora do estudo.

Após, os dados das respostas aos instrumentos (Escala Labirinto e IDADI) foram tabulados em uma planilha excel, contendo as seguintes informações: nome do participante, idade, idade gestacional ao nascimento, nível de escolaridade materna, pontuação total na Escala Labirinto, e nas quatro subescalas que compreendem os sintomas centrais. Por fim, inseriu-se a classificação obtida no IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019) para os domínios cognitivo, socioemocional, de comunicação e linguagem receptiva e expressiva, motricidade ampla e fina, e comportamento adaptativo, para futuras análises.

A análise da relação entre as variáveis coletadas foi realizada por meio do *software* JASP, versão 0.15. Foram utilizadas medidas de estatística descritiva e inferencial. Para comparar a pontuação na escala entre os grupos de crianças com DT, TL e TEA, foi utilizado o teste ANOVA *one-way*. Também foi utilizado o teste Post Hoc Scheffe, que avalia o nível de confiança geral, quando os tamanhos das amostras dos grupos são diferentes, como neste estudo.

4. RESULTADOS

Na tabela 2 é apresentada a quantidade total de crianças avaliadas e descritos os casos de TL e TEA encontrados.

Tabela 2 – Caracterização da amostra

Locais	Número de crianças no local	Receberam diagnóstico TEA (%)	Receberam diagnóstico TL (%)
Clínicas-escola	23	9 (39%)	14 (60%)
Clínicas particulares	27	3 (11,11%)	24 (88,88%)
Total	50	N=12 (24%)	N=38 (76%)

Legenda: TL: Transtorno de Linguagem, TEA: Transtorno do Espectro Autista

Após analisar a tabela é possível constatar que nos dois tipos de serviço, público e privado, houve casos de diagnósticos de TEA em meio à busca por crianças com queixa apenas de atraso de linguagem. Nas clínicas-escola houve mais casos que apresentaram queixa de atraso na linguagem e receberam o diagnóstico de TEA após aplicação da Escala Labirinto. A maior parte dos casos classificados com diagnósticos de TL foi proveniente de clínicas particulares. Nas amostras dos dois tipos de locais, o desfecho diagnóstico de TL foi o mais frequente. Salienta-se que as crianças diagnosticadas com TEA nas avaliações não fizeram parte do grupo TEA do estudo. Este foi composto exclusivamente pelos dados secundários da pesquisa original.

Na tabela 3, são apresentadas as médias e desvios padrão referentes aos grupos DT, TEA e TL na pontuação em cada subescala e na pontuação total da Escala Labirinto.

Tabela 3 - Médias e desvios padrão dos grupos clínicos na Escala Labirinto

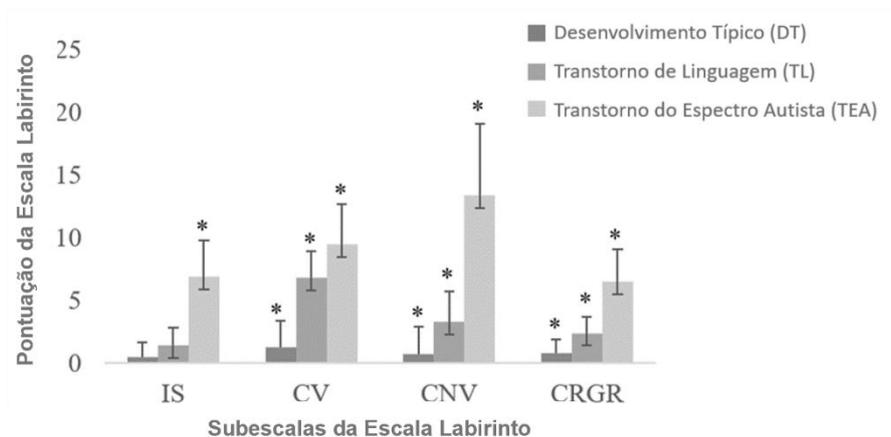
Subescalas da Escala Labirinto	DT N=28	TEA N=48	TL N=38	ANOVA P valor
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	Comparação dos 3 grupos juntos
Interação Social	0,5 (1,2)	6,9 (2,9)	1,4 (1,4)	< 0.001
Comunicação Verbal	1,3 (2,1)	9,5 (3,2)	6,8 (2,1)	< 0.001
Comunicação Não Verbal	0,7 (2,2)	13,4 (5,7)	3,3 (2,4)	< 0.001
Comportamento Rígido e Gestos Repetitivo	0,8 (1,1)	6,5 (2,6)	2,4 (1,3)	< 0.001
Pontuação Total Escala Labirinto	3,5 (5,2)	37,1 (12,9)	14,1 (4,9)	< 0.001

Legenda: DT: Desenvolvimento Típico, TEA: Transtorno do Espectro Autista TL: Transtorno de Linguagem.

Na comparação entre os grupos de crianças a partir do diagnóstico, por meio do teste ANOVA *one-way*, observa-se que há diferença significativa em relação aos grupos DT, TL e TEA referentes a cada subescala: Interação Social ($p < 0,001$), Comunicação Verbal ($p < 0,001$), Comunicação Não-Verbal ($p < 0,001$), Comportamento Rígido e Gestos Repetitivo ($p < 0,001$), Pontuação Total Escala Labirinto ($p < 0,001$). Além disso, é possível observar a pontuação com aumento progressivo, diferenciando os grupos DT, TL e TEA em todas as subescalas e na pontuação total.

Na Figura 1 é apresentada a comparação nas pontuações de acordo com cada subescala da Escala Labirinto, para os grupos DT, TL e TEA:

Figura 1 – Comparação no teste post hoc entre grupos DT, TL e TEA



Fonte: produção da autora.

Legenda: IS (Interação Social), CV (Comunicação Verbal), CNV (Comunicação Não Verbal) e CRGR (Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo).

*= $p < 0,05$

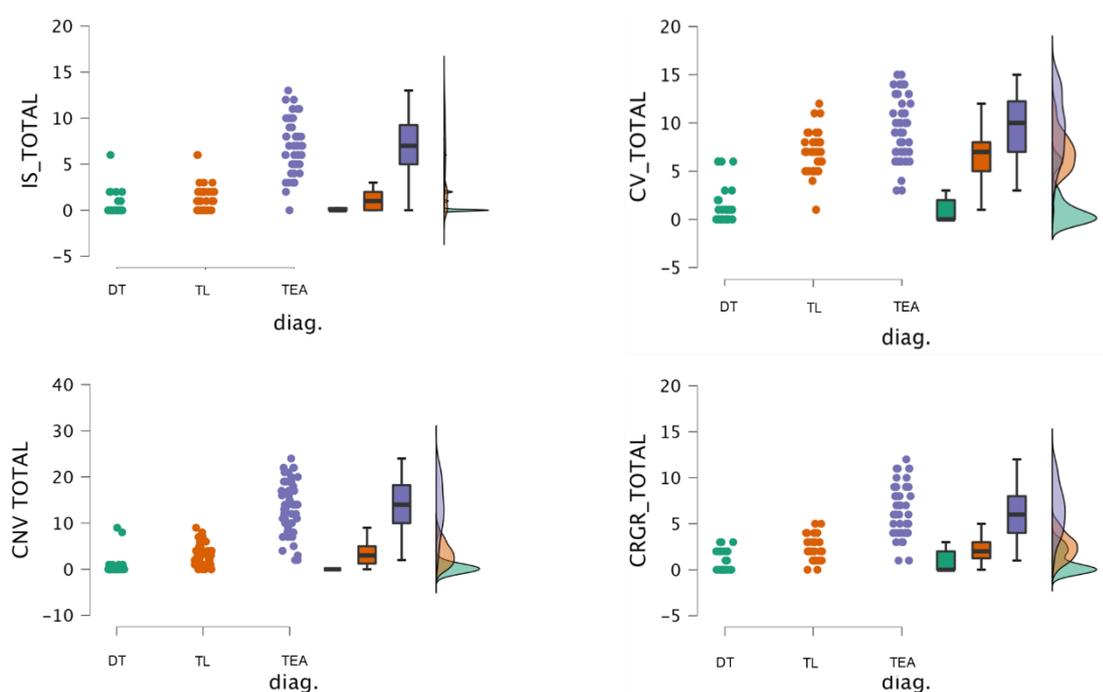
Conforme análise da Figura 1, a comparação a cada dois grupos analisada com uso do teste Post Hoc utilizando a correção de Scheffe, indicou diferença significativa entre os grupos nas subescalas. Na Interação Social entre os grupos DT e TEA ($p < 0,001$) e TL e TEA ($p < 0,001$). No entanto, entre os grupos DT e TL não foram encontradas diferenças significativas ($p = 0,310$).

Em relação à comparação na subescala Comunicação Verbal, encontrou-se diferenças entre os três grupos comparados (DT X TL; DT X TEA; TL X TEA) com valor de $p < 0,001$. Já na comparação da subescala de Comunicação Não Verbal observou-se diferenças entre os três grupos comparados (DT X TEA; TL X TEA) com valor de $p < 0,001$ e DT X TL com valor de $p = 0,04$. Em relação à comparação de desempenho na subescala Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo, constatou-se diferenças entre os três grupos comparados (DT X TL; DT X TEA; TL X TEA) com valor de $p < 0,001$.

Além disso, a análise da Figura 1 permite observar aumento crescente das pontuações em cada subescala, seguindo a ordem de grupo DT, TL e TEA. Em todas as subescalas o grupo TEA apresentou escores maiores. Apesar das pontuações de todas subescalas terem diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo TEA, observa-se maior diferença entre o grupo TL e TEA na subescala de Comunicação Não Verbal e menor diferença na pontuação dos itens de Comunicação Verbal.

As diferenças encontradas nas subescalas avaliadas pela Escala Labirinto entre os grupos DT, TL e TEA também serão apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Gráficos de distribuição das pontuações dos grupos DT, TL e TEA nas subescalas da Escala Labirinto



Fonte: produção da autora.

Legenda: IS (Interação Social), CV (Comunicação Verbal), CNV (Comunicação Não Verbal), CRGR (Comportamento Rígido e Gestos Repetitivos), DT (Desenvolvimento Típico), TL (Transtorno de Linguagem) e TEA (Transtorno do Espectro Autista).

Na Figura 2 verifica-se que a pontuação em cada subescala da avaliação permite diferenciar claramente os grupos de crianças com DT e TL das crianças com TEA. Em relação as subescalas dos sintomas centrais que se referem a Comunicação Verbal, Comunicação Não Verbal e Comportamentos Rígidos e Gestos Repetitivos, verificou-se diferença estatística entre as crianças com DT e TL. Apenas o sintoma de Interação Social não permitiu diferenciar estatisticamente o grupo com DT e o grupo com TL.

5. DISCUSSÃO

A Escala Labirinto é um instrumento acessível e previamente validado na realidade brasileira para caracterizar e auxiliar o clínico a realizar diagnóstico de TEA em crianças de dois a quatro anos e 11 meses na população brasileira. Os resultados deste estudo indicam que a escala se presta a auxiliar o diagnóstico diferencial entre as crianças com TEA e TL, considerando-se que os escores de todas as subescalas que avaliam os Sintomas Centrais apresentaram diferenças estatisticamente significativas no grupo de crianças TL e TEA. As subescalas de Interação Social, Comunicação Não Verbal, Comunicação Verbal e Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo também diferenciaram as crianças em DT de TL em três das quatro dimensões avaliadas. Os grupos TL e TEA apresentaram os mesmos sintomas clínicos, no entanto, observa-se pontuações maiores no segundo grupo em relação ao primeiro.

Os autores de um determinado estudo elucidam a necessidade de realização do diagnóstico diferencial entre ambos os transtornos (FAÉ et al., 2018). Esse fator é perceptível quando se observa a Tabela 2 deste estudo. Apesar do critério de inclusão ser apresentar atraso na aquisição da linguagem, os casos não tiveram como desfecho exclusivamente diagnósticos de TL. Esta análise permite observar como ambos os transtornos frequentemente apresentam a mesma queixa inicial, principalmente em crianças pequenas. Por isso, o diagnóstico diferencial frequentemente torna-se desafiador.

A queixa inicial de atraso na linguagem é comumente associada à ausência ou presença de fala (IVERSON; GOLDIN-MEADOW, 2005). É esse fator que faz os responsáveis buscarem atendimento, tanto para os casos de TEA, quanto para os casos de TL. No entanto, os déficits comunicativos não estão presentes apenas no âmbito da linguagem oral, mas também na gestual (IVERSON, 2018). Isso é claramente demonstrado na análise das Figuras 1 e 2. Nos gráficos de Comunicação Verbal e Não Verbal da Figura 2 isso é muito

evidente. Não apenas na subescala de Comunicação Verbal os grupos TEA e TL apresentaram déficits. Na subescala de Comunicação Não Verbal os atrasos são evidentes.

Isso demonstra como a interface entre comunicação oral e gestual torna-se substancial quando se assume um conceito de linguagem na perspectiva multimodal. Nesta, constrói-se uma matriz de funcionamento linguístico cognitivo na qual o gesto se apresenta integrado a produção vocal (CAVALCANTE et al., 2015). Por isso, quando há atraso evidente em comunicação verbal, é necessário observar as habilidades de comunicação não verbal também. Neste estudo, a Escala Labirinto mostrou-se capaz de identificar atraso em ambas as subescalas, sendo que no TEA as pontuações são consideravelmente mais elevadas em relação ao grupo TL.

Dentro das subescalas de comunicação da Escala Labirinto, é interessante observar que apesar de existir diferença significativa entre os grupos na subescala de Comunicação Verbal, é na subescala de Comunicação Não Verbal que foi constatada maior discrepância entre os grupos TEA e TL em relação aos demais domínios. Mesmo o grupo TL apresentando déficits neste domínio, a análise dos resultados demonstra claramente que o grupo TEA apresenta maior dificuldade em sustentação do olhar, iniciação e resposta à tentativa de atenção compartilhada com o parceiro, uso de sorriso social e uso de gestos.

Esses fatores já foram evidenciados em outros estudos, que apontam que no TEA há padrões atípicos no uso de gestos com função comunicativa. Além de produzir menos gestos, as crianças com TEA têm déficits principalmente em realizar gestos que envolvem habilidades de atenção compartilhada, e em integrar olhar e gesto para se comunicar (YE et al., 2021). Esses achados evidenciam a importância de se considerar a pontuação da comunicação não verbal no diagnóstico diferencial de TEA, TL e DT. Também, alertam para o fato de que pode ser um preditivo de acesso à comunicação

verbal, tendo em vista a perspectiva multimodal de aquisição da linguagem (CAVALCANTE et al., 2015).

Assim como nas subescalas de Comunicação Verbal e Não Verbal, nas duas outras subescalas que compõem os sintomas centrais da Escala Labirinto, os sujeitos com TEA apresentaram pontuação progressiva e significativamente mais alta que sujeitos com DT e TL. Na subescala de Interação Social, o grupo TL não apresentou diferença significativa do grupo DT, conforme representam as Figuras 1 e 2. Este aspecto pode indicar que crianças com TL não possuam problemas nas interações sociais dadas suas condições intelectuais e socioemocionais, como prevê a literatura clássica que chegou a chamar esses distúrbios de específicos à linguagem (CÁCERES-ASSENÇÃO et al., 2020).

Também pode indicar que esta subescala em específico não apresente itens sensíveis o suficiente para identificar as dificuldades de interação social das crianças com TL, pois a maioria dos estudos sugerem que há relação entre TL e aspectos sociais e comportamentais negativos, apesar de não haver evidências diretas entre a gravidade do TL e associação direta relacionada ao nível de dificuldades comportamentais e sociais (MOK et al., 2014; PUGLISI et al., 2016).

Nesta mesma subescala, entretanto, no que tange a distinção entre o grupo TEA e TL, as diferenças nos escores são claras. O grupo com TEA pontuou significativamente acima do grupo com TL. Cabe citar o estudo de Simms e Jin (2015), que analisou as diferenças entre os sintomas de crianças com TEA e TL, conforme DSM (APA, 2014), e indicou que crianças com TL têm maior interesse social, habilidades de atenção compartilhada mais consolidadas e mais reciprocidade afetiva. O mesmo estudo salientou que déficits no âmbito da interação social são esperados, mas como consequência das dificuldades linguísticas básicas.

Na comparação entre os grupos TL e TEA, as habilidades sociais apresentam-se de forma mais impactante no segundo grupo, conforme elucidada

também os resultados na subescala de Interação Social deste estudo. As manifestações nas crianças com TEA incluem baixa reciprocidade social, dificuldade em iniciar e sustentar as interações, baixas habilidades de atenção compartilhada, reciprocidade afetiva reduzida, dificuldades de participação em atividades com grupos e isolamento (SIMMS; JIN, 2015).

Na última subescala analisada, conforme Figuras 1 e 2, a subescala de Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo, repetiu-se o padrão analisado nas demais subescalas. Grupo TEA com maior pontuação estatisticamente significativa em relação ao grupo TL e DT. Esse resultado está em conformidade com os comportamentos já citados na literatura quando se trata da sintomatologia do TEA. As crianças com TEA manifestam interesses mais restritos e hiperfoco em determinados tópicos ou objetos que limitam seu interesse nos demais, inflexibilidade e rigidez com rotinas, manuseios atípicos de objetos, além de estereotípias vocais ou motoras (APA, 2014; SIMMS; JIN, 2015).

Apesar de obterem menor pontuação na subescala de Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo do que o grupo TEA, é interessante analisar que os casos TL pontuam significativamente mais alto do que os casos DT. Dentre os quatro itens que compõem este domínio, o grupo TL teve escores mais altos principalmente em movimentos repetitivos/estereotipados e brincar/simbolização.

Neste âmbito, casos de estereotípias motoras em crianças com TL, comumente um sinal de alerta para TEA, já foram apontados pelo estudo de Arvigo e Schwartzman (2021) que identificou estereotípias motoras semelhantes às manifestações características do TEA, em dois casos de crianças com TL. Em outro estudo, que analisou 277 crianças com diferentes diagnósticos, incluindo TEA, foi constatado que 18,3% das crianças com TL apresentaram algum tipo de estereotípias, principalmente de mãos/dedos, em movimentos autodirigidos. Já o grupo TEA apresentou significativamente mais

movimentos estereotipados em relação ao grupo sem TEA (GOLDMAN et al., 2008).

Outro fator que contribuiu para o aumento na pontuação do grupo TL, diferenciando-o do grupo DT na subescala de Comportamento Rígido e Gesto Repetitivo, foi o item de habilidades de brincadeira. Observa-se que tanto a linguagem como o brincar simbólico exigem capacidade de representação, abstração e imaginação (HENDRICKSON; DEVENEY; KELLY-VANCE, 2019; WEISBERG et al., 2013). Crianças que atingem níveis mais complexos de jogo também apresentam melhor desempenho em avaliações cognitivas e comunicativas (KASARI et al., 2012).

Nas crianças com TL, observam-se habilidades de jogo mais pobres. O perfil de características encontradas em crianças com TL aponta para ocorrência de menos variações de brincadeira, menos iniciações de rotinas, menor repertório de jogo e principalmente, menos condutas simbólicas no nível de faz-de-conta (BARTON, 2015; JESTER; JOHNSON, 2016). O estudo de Dennis e Stockall (2015) sugere que não há apenas atraso no nível simbólico de jogo. O brincar exploratório de crianças com TL já é mais pobre em relação às crianças com DT. No item que analisa o brincar na Escala Labirinto, a maioria das crianças apresentava nível de jogo funcional. Entretanto apenas 7,8% apresentaram condutas simbólicas apropriadas para a idade.

Sendo assim, apesar do grupo TEA apresentar as maiores pontuações nesse item da subescala, demonstrando um padrão de jogo mais restrito, com menos condutas funcionais, o grupo TL, em menor escala, também apresentou dificuldades em demonstrar habilidades de brincadeira criativas e flexíveis, principalmente em níveis simbólicos, como atribuir vida a um boneco, usar um objeto como se fosse outra coisa e imaginar a presença de um objeto sem a presença concreta do item (KASARI; STURM; SHIH, 2018).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de inicialmente ter sido construída para caracterização e diagnóstico de TEA, os resultados deste estudo permitem evidenciar a possibilidade de uso da Escala Labirinto para realização de diagnóstico diferencial entre TL e TEA em crianças entre dois e quatro anos e 11 meses.

Ao finalizar a pesquisa há algumas considerações que podem ser trazidas para reflexão final, que transcendem ao objetivo do diagnóstico diferencial entre TEA e TL.

A primeira delas é a importância de se considerar o TL como uma patologia com relativa frequência na população infantil e que merece pesquisas e atenção pelas equipes de saúde, para além dos fonoaudiólogos. É importante ressaltar que entre as 23 crianças com queixa de atraso na aquisição da linguagem, esperando atendimentos nas clínicas-escola, 60% tinham diagnóstico de TL e 39% de TEA, demonstrando o quão fundamental é que seja feita uma avaliação que possa distinguir entre os dois diagnósticos o mais precocemente possível.

O segundo é a dificuldade da população que acessa clínicas-escola de acessar atendimentos especializados, pois elas só receberam esse diagnóstico diferencial em função da pesquisa. Cabe destacar os efeitos nocivos que a permanência na lista de espera poderia ter tido na ausência do diagnóstico e tratamentos adequados, pois as 23 crianças avaliadas só iniciaram imediatamente seus atendimentos nas clínicas-escola a partir da pesquisa.

A Fundação de Apoio ao Deficiente do Rio Grande do Sul (FADERS, 2022) constatou 4.358 solicitações da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA) no âmbito do estado do Rio Grande do Sul, de 18 de junho de 2021 a fevereiro de 2022. Destes 51,06% não possuíam plano privado; 31,30% possuíam renda per capita de meio a um salário-mínimo; 94,50% estavam em atendimento clínico especializado e a maior parte realizou o diagnóstico entre dois e três anos, o que é um

diagnóstico precoce (ANAGNOSTOU et al., 2014). Esses números, no entanto, constituem os dados das crianças que chegaram ao diagnóstico, o que não compõe as crianças que estão em uma lista de espera sem que a família saiba que a criança possui um quadro de TEA, como aconteceu nas clínicas-escola desta pesquisa.

Por isso, acredita-se que a Escala Labirinto pode ser o passo inicial para que as crianças tenham o processo diagnóstico acelerado, o que pode ter um efeito positivo de tratamentos mais precoces. Sabe-se que o diagnóstico é dado pelo médico a partir de exame físico e exames complementares tais como audiometria, exames genéticos, neurológicos de imagem, entre outros e que ele demanda o enfrentamento de filas de espera que podem durar um ano ou até dois nas realidades investigadas (NETO; AZAMBUJA, 2022).

Já na amostra das clínicas particulares há evidências que as condições socioeconômicas da família permitem acesso mais precoce aos atendimentos em saúde, o que possibilita o direcionamento adequado ao profissional de saúde. Constatou-se que 88,88% das crianças com TL estavam recebendo terapia fonoaudiológica e que as crianças com TEA, sem a consciência deste transtorno por parte dos pais eram um número muito menor (11,11%) nas clínicas particulares.

Esses resultados colocam em evidência as desigualdades sociais no acesso à saúde no Brasil e a importância de procedimentos acessíveis para diagnóstico na infância. Vários estudos apontam os efeitos das questões sociodemográficas no acesso aos serviços de saúde (FERNANDEZ, 2014; BARROS; SOUSA, 2016; SANTOS, 2018), sobretudo desta população (LIMA et al., 2020). O fato da mãe não ter uma atividade profissional interferiu no desfecho de risco para TEA no estudo de Hoogstraten, Souza e Moraes (2019). Ferreira e Latorre (2012) afirmam, por exemplo, que mães na adolescência, quando em situação de vulnerabilidade social, podem representar um risco ao desenvolvimento do bebê, não apenas pela baixa renda em si, mas quando ela se associa ao baixo capital social. Esta também foi uma observação no estudo

de Krueel e Souza (2018) que indicam a renda e falta de apoio familiar como aspectos que incidem sobre o desenvolvimento infantil. Esses aspectos trazem reflexões importantes para o que se verifica nas clínicas-escola em que as mães podem ser muito jovens e sofrer uma série de carências sociais e de renda.

Além disso, há estudos que apontam para interseccionalidade como aspecto que afeta os cuidados em saúde, ou seja, a população com baixo nível socioeconômico e de origem preta tende a ter mais problemas de saúde e menor acesso (VARGA; BATISTA, 2016) como é o caso da população do Sistema Único de Saúde (SUS) que acessa as clínicas-escola e participou deste estudo.

Nesse sentido, destaca-se a importância de instrumentos como a Escala Labirinto para que as equipes de saúde possam ter uma noção da gravidade de cada caso e fazer os encaminhamentos, tanto para as avaliações médicas, como para os tratamentos adequados a cada caso e contexto clínico.

Por fim, no decorrer da realização desta pesquisa destaca-se que houve dificuldade em encontrar sujeitos com o diagnóstico de TDL na faixa etária estabelecida, o que gerou necessidade de mudança do delineamento da pesquisa, inclusive. Por isso, alteraram-se os critérios de inclusão, e crianças dentro do diagnóstico de TL, mais abrangente do que o estabelecido inicialmente, foram selecionadas também. Este processo ocorreu a fim de garantir uma amostra maior e de alcançar, o mais próximo possível, a quantidade de participantes estipulada no cálculo amostral inicial.

Outro fator a se salientar é que a pesquisa foi realizada ainda durante a pandemia. Apesar das restrições sanitárias já permitirem o atendimento presencial na área da saúde durante o período de coletas, foi necessária atenção aos protocolos de higienização adotados em cada local. Um fator positivo foi a possibilidade, com maior aceitação e adesão das famílias, da realização de parte da coleta de forma on-line. Como apenas a aplicação da Escala Labirinto foi realizada presencialmente, pois não há possibilidade de ser

feita de outra forma, o uso do meio eletrônico foi um facilitador. Dentro dessa questão ainda, devido às crianças estarem saindo de período de isolamento social, a queixa de dificuldades de interação social, com maior retraimento das crianças com TL foi um fator observado com frequência.

Apesar do empenho da equipe, houve uma limitação no tamanho da amostra o que poderá ser ampliado em estudos futuros. Isso permitirá aprofundar a caracterização do grupo com TL e até analisar aspectos mais específicos do desempenho na Escala Labirinto e no IDADI (DA SILVA; FILHO; BANDEIRA, 2019), bem como eventuais desempenho de subgrupos em outros testes de linguagem padronizados. Neste estudo, não foi possível obter uma descrição mais precisa e padronizada de testes utilizados pelos clínicos na construção do diagnóstico, mas apenas garantir que fossem clínicos que soubessem fazer o diagnóstico de TL, ou seja, considerados experientes e referência como um padrão ouro na realidade do estudo. Acredita-se também que a realização de estudos com amostras maiores permitirá a identificação de pontos de corte mais generalizáveis para o grupo de TL tanto em termos de pontuação geral quanto de subescalas da Escala Labirinto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANAGNOSTOU, E. et al. Autism spectrum disorder: advances in evidence - based practice. **CMAJ**, v. 186, n. 7, p. 509-19, 2014.

ANDRADE, C. **ABFW: Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática**. 1. ed. São Paulo: Pró-Fono, 2004.

ARAUJO, J.; VERAS, A.; VARELLA, A. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde TT - Brief considerations regarding the attention to individuals with autism spectrum disorder in the public health system TT. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 89–98, 2019.

ARVIGO, M.C.; SCHWARTZMAN, J. S. Transtorno do movimento estereotipado associado ao atraso da linguagem – dados de estudos de caso que contribuem para o diagnóstico diferencial. **Disturb. Comum**. v. 33, n. 3, p. 462-472, 2021.

BAIO, J. et al. Morbidity and Mortality Weekly Report Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. **MMWR Surveill Summ.**, v. 67, n. 6, p. 1–16, 2018.

BAMFORD, C. et al. Dynamic Assessment for Children With Communication Disorders: A Systematic Scoping Review and Framework. **American Journal of Speech-Language Pathology**, v. 31, n. 4, p. 1878–1893, 2022.

BARROS, F.; SOUSA, M. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

BARTON, E. Teaching generalized pretend play and related behaviors to young children with disabilities. **Exceptional Children**, v. 81, n. 4, p. 489, 2015.

BRACKENBURY, T.; PYE, C. Semantic deficits in children with language impairments. **Language Speech and Hearing Services in Schools**, v. 36, n. 1, p. 5-16, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Brasília, DF, 2014.

BECKER, M. et al. Translation and validation of Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 70, p. 185-90, 2012.

BEFI-LOPES, D. M.; BENTO, A. C. P.; PERISSINOTO, J. Narração de histórias por crianças com distúrbio específico de linguagem. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 2, p. 93–98, 2008.

BISHOP, D. et al. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary delphi consensus study of problems with language development: Terminology. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 58, n. 10, p. 1068–1080, 2017.

BOSA, C.; SALLES, J. **PROTEA-R**, 1. ed. Porto Alegre: Vetor Editora, 2018.

BOTTING, N. Language, literacy and cognitive skills of young adults with developmental language disorder (DLD). **International Journal of Language and Communication Disorders**, v. 55, n. 2, p. 255–265, 2020.

BRENTANI, H. et al. Autism spectrum disorders: An overview on diagnosis and treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. SUPPL. 1, p. 62–72, 2013.

CÁCERES-ASSENÇO, A. et al. Por que devemos falar sobre transtorno do desenvolvimento da linguagem. **Audiology - Communication Research**, v. 25, p. 10–12, 2020.

CARDOSO, J. **Princípios de análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem**. 2010. 102 p. Tese (Doutorado em Letras)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2010.

CAVALCANTE, M. et al. Gestualidade como uma pista importante de fluência infantil. **Revista Prolíngua**, v. 10, n. 1, p. 43-50, 2015.

CHIARI, B. et al. Proposta de sistematização de dados da avaliação fonoaudiológica através da observação de comportamentos de criança de 0 a 6 anos. **Pró-fono**, v. 3, n. 2, p. 29-36, 1991.

CONTI-RAMSDEN, G.; SIMKIN, Z.; BOTTING, N. The prevalence of autistic spectrum disorders in adolescents with a history of specific language

impairment (SLI). **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 47, n. 6, p. 621–628, 2006.

COONROD, E. E.; STONE, W. L. Early concerns of parents of children with autistic and nonautistic disorders. **Infants and Young Children**, v. 17, n. 3, p. 258–268, 2004.

CORRÊA, C.; ARAKAWA, A.; MAXIMINO, L. Clínica-escola de fonoaudiologia: manejo da lista de espera. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 5, p. 1222–1229, 2016.

CRESTANI, A. H.; DE MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. de. Content validation: Clarity/relevance, reliability and internal consistency of enunciative signs of language acquisition. **Codas**, v. 29, n. 4, p. 1–6, 2017.

CRESTANI, A. H. et al. Distúrbio específico de linguagem: a relevância do diagnóstico inicial. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 1, p. 228–237, 2013.

DA SILVA, M.; FILHO, E.; BANDEIRA, D. Development of the Dimensional Inventory of Child Development Assessment (IDADI). **Psico-USF**, v. 24, n. 1, p. 11–26, 2019.

DAWSON, G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. **Development and Psychopathology**, v. 20, n. 3, p. 775–803, 2008.

DENNIS, L.; STOCKALL, N. Using play to build the social competence of Y young children with language delays: Practical guidelines for teachers. **Early Childhood Education Journal**, v. 43, n. 1, p. 1–7, 2015.

EBBELS, S. Effectiveness of intervention for grammar in school-aged children with primary language impairments: A review of the evidence. **Child Language Teaching and Therapy**, v. 30, n. 1, p. 7–40, 2014.

ELSABBAGH, M. et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. **Autism Research**, v. 5, n. 3, p. 160–179, 2012.

ESLER, A. N. et al. The autism diagnostic observation schedule, toddler module: Standardized severity scores. **J Autism Dev Disord**. v. 45, n. 9, p. 2704- 2720, 2015.

FUNDAÇÃO DE ARTICULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E ALTAS HABILIDADES NO RIO GRANDE DO SUL. **Características da população com carteira de identificação do transtorno do espectro autista no estado do Rio Grande do Sul: CIPTEA**. Porto Alegre, 2022.

FAÉ, I. G. et al. Diagnóstico diferencial entre transtornos de espectro autista e transtorno específico de linguagem receptivo e expressivo: uma revisão integrativa. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, 2018.

FERNALD, A.; MARCHMAN, V.; WEISLEDER, A. SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. **Developmental Science**, v. 16, n.2, p. 234–248, 2013.

FERNANDEZ, J. Determinantes culturais da saúde: Uma abordagem para a promoção de equidade. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 119–130, 2014.

FERREIRA, M.; LATORRE, M. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: Uma reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2523–2531, 2012.

GATHERCOLE, S. E. Word learning in language impaired children. **Child Language Teaching and Therapy**, v. 9, n. 3, 1993.

GOLDMAN, S. et al. Motor stereotypies in children with autism and other developmental disorders. **Develop. Med. Child Neurol.** v. 51, n. 1, p. 30-38, 2008.

HAGE, S. R. V. et al. Specific language impairment: linguistic and neurobiological aspects. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 64, p. 173–180, 2006.

HENDRICKSON, B.; DEVENY, S.; KALLY-VANCE, L. Play behaviors of young children with and without expressive language delay: An exploratory study. **Journal of Curriculum, Teaching, Learning and Leadership in Education**, v. 4, n. 1, p. 10-27, 2019.

HERBERT, M. et al. Brain asymmetries in autism and developmental language disorder: A nested whole-brain analysis. **Brain**, v. 128, n. 1, p. 213–226, 2005.

HYMAN, S. L.; LEVY, S. E.; MYERS, S. M. Identification, evaluation and management of children with Autism Spectrum Disorder. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, 2020.

IVERSON, J. Early motor and communicative development in infants with an older sibling with autism spectrum disorder. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 61, n. 11, p. 2673–2684, 2018.

IVERSON, J.; GOLDIN-MEADOW, S. Gesture paves the way for language development. **Psychological Science**, v. 16, n. 5, p. 367– 371, 2005.

JESTER, M.; JOHNSON, C. Differences in theory of mind and pretend play associations in children with and without specific language impairment. **Infant and Child Development**, v. 25, n.1, p. 24-42, 2016.

JOHNSON, C. P.; MYERS, S. M. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. **Pediatrics**. v. 120, n. 5, p. 1183-1215, 2007.

KANTZER, A. et al. Young children who screen positive for autism: Stability, change and “comorbidity” over two years. **Research in Developmental Disabilities**, v. 72, p. 297–307, 2018.

KASARI, C. et al. Longitudinal follow up of children with autism receiving targeted interventions on joint attention and play vs targeted interventions on joint attention and play. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. v. 51, n. 5, p. 487-495, 2012.

KASARI, C.; STURM, A.; SHIH, W. SMARTer approach to personalizing intervention for children with autism spectrum disorder. **J Speech Lang Hear Res**. v. 8, n. 61, p. 2629–2640, 2018.

KRUEL, C.S.; SOUZA, A.P.R. O desenvolvimento do bebê e sua complexa relação com determinantes sociais da saúde. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 23, n. 1, p. 83-94, 2018.

LAMEGO, D.; MOREIRA, M.; BASTOS, O. Guidelines for child health: Language development on focus, **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3095–3106, 2018.

LAW, J.; REILLY S.; SNOW P. Child speech, language and communication need re-examined in a public health context: a new direction for the speech and language therapy profession. **Int. J. Lang. Commun. Disord.**, v. 48, n.5, p. 486-496, 2013.

LIMA, R. et al. Narrativas de familiares de autistas de Capsi da região metropolitana do Rio de Janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 3, p. 144–155, 2020.

LORD, C. et al. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. **J. Autism Dev. Disord.**, v. 30, n.3, p. 205-223, 2000.

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

MAENNER, M. et al. Prevalence and characteristics of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years — Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2018. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 70, n. 11, p. 1–16, 2021.

MARKIEWICZ, K.; PACHALSKA, M. Diagnosis of severe developmental disorders in children under three years of age. **Med. Sci.Monit.**, v. 3, n. 2, p. 89–99, 2007.

MARTELETO, M. R. F.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study. **Braz J Psychiatry**. v. 27, n. 4, p. 295-301, 2005.

MENEZES, M. **ADL 2 - Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2019.

MOK, P. et al. Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 55, n. 5, p. 516–527, 2014.

MOUSINHO, R. et al. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. **Revista Psicopedagogia**, v. 25, n. 78, p. 297–306, 2014.

NETO, F.; AZAMBUJA, L., **Transtorno do Espectro Autista (TEA): O que pais e cuidadores precisam saber sobre o TEA?**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Bestiário, 2022.

NICKEL, L. R. et al. Posture development in infants at heightened versus low risk for autism spectrum disorders. **Infancy**, v. 18, n. 5, p. 639–661, 2013.

NORBURY, C. F. et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 57, n. 11, p. 1247–1257, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 décima revisão**. 3. ed. São Paulo: EDUSP; 1998.

PACÍFICO, M. et al. Preliminary evidence of the validity process of the autism diagnostic observation schedule (ADOS): Translation, cross-cultural adaptation and semantic equivalence of the Brazilian Portuguese version. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 41, n. 3, p. 218–226, 2019.

PEREIRA, A.; RIESGO, R.; WAGNER, M. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **J. Pediatr.**, v. 84, n. 6, p. 487-494, 2008.

PONDÉ, M. et al. A validation study of the LABIRINTO scale for the evaluation of autism spectrum disorder in children aged 2 to 4 years. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 00, n. 0, p. 1–9, 2021.

PONDÉ, M.; WANDERLEY, D.; SIQUARA, G. **Escala Labirinto para Diagnóstico e Caracterização Clínica do TEA**. 1. ed. Bahia: [s.n.], 2020.

PUGLISI, M. et al. Behavior problems and social competence in Brazilian children with specific language impairment. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 29, n. 1, 2016.

RAMUS, F. et al. Phonological deficits in specific language impairment and developmental dyslexia: Towards a multidimensional model. **Brain**, v. 136, n. 2, p. 630–645, 2013.

REILLY, S. et al. Specific language impairment: A convenient label for whom? **International Journal of Language and Communication Disorders**, v. 49, n. 4, p. 416–451, 2014.

MIRANDA, J. R. et al. Evidências de validade de critério do Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil para rastreamento do Transtorno do Espectro do Autismo. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, v. 12, n. 3, p. 19–29, 2020.

HOOGSTRATEN, A.R.J.V.; SOUZA, A. P.; MORAES, A. Aspectos obstétricos, psicossociais e sociodemográficos que podem potencializar risco para autismo nos primeiros nove meses de vida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 30, n. 1, p. 27–36, 2020.

ROY, P.; CHIAT, S. Teasing apart disadvantage from disorder the case of poor language, *in*: MARSHALL, Chloe (Org.), **Current Issues in Developmental Disorders**, NOVA IORQUE: Psychology Press, 2013, p. 125–150.

SAINT-GEORGES, C. et al. Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? taking into account interaction using computational methods. **PLoS ONE**, v. 6, n. 7, 2011.

SANTOS, B. et al. Perfil epidemiológico de usuários encaminhados para atendimento fonoaudiológico em um município do Rio Grande do Sul. **Audiology - Communication Research**, v. 27, p. 1–7, 2022.

- SANTOS, D. **Estudo de caso de uma criança portadora de disfasia**. 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fonoaudiologia). Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre, RS, 1998.
- SANTOS, J. Social class, territory and health inequality in Brazil. **Saude e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 556–572, 2018.
- SATO, F. P. et al. Instrument to screen cases of pervasive developmental disorder: a preliminary indication of validity. **Braz. J. Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 30-33, 2009.
- SCHWARTZ, R.; LEONARD, L. Lexical imitation and acquisition in language impaired children. **Journal of Speech and hearing Disorders**, v. 50, n. 2, p. 141-149, 1985.
- SIMMS, M. D.; JIN, X. M. Autism, language disorder, and social (pragmatic) communication disorder: DSM-V and differential diagnoses. **Pediatrics in Review**, v. 36, n. 8, p. 355–362, 2015.
- SNOWLING, M. et al. Language profiles and literacy outcomes of children with resolving, emerging, or persisting language impairments. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 57, n. 12, p. 1360–1369, 2016.
- SPAULDING, T.; PLANTE, E.; FARINELLA, K. Eligibility criteria for language impairment. **Language Speech and Hearing Services in Schools**, v. 37, n. 1, p. 61-72, 2006.
- SPICER-CAIN, H. et al. Early identification of children at risk of communication disorders: Introducing a Novel Battery of Dynamic Assessments for Infants. **American journal of speech-language pathology**, v. 32, n. 2, p. 523–544, 2023.
- SZUKIEL, B.; GÓRSKA, M.; KRUK, U. Differential diagnosis of Specific Language Impairment-SLI. **Pol. J. Appl. Sci**, v. 3, p. 5–10, 2017.
- TAGER-FLUSBERG, H.; COOPER J. Present and future possibilities for defining a phenotype for specific language impairment. **Journal of Speech, Language and Hearing Research**, v. 42, n. 5, 1999.
- TOMBLIN, J. et al. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. **Journal of Speech, Language and Hearing Research**, v. 40, n. 6, p. 1245-1260, 1997.
- VARGA, I.; BATISTA, L. Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios para um estudo de caso sobre

racismo institucional sistêmico. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 521-523, 2016.

WEISBERG, D. et al. Talking it up: Play, language development, and the role of adult support. **American Journal of Play**, v. 6, n. 1, p. 39-54, 2013.

WILLIAMS, D.; LIND, S. Comorbidity and diagnosis of developmental disorders, *in*: MARSHALL, Chloe (Org.). **Current Issues in Developmental Psychology**. 1. ed. NOVA IORQUE: Psychology Press, 2013, p. 19–45.

WRIGHT, S. et al. What's in a name? Comparative therapy for word-finding difficulties using semantic and phonological approaches. **Child Language Teaching and Therapy**, v. 9, n. 3, 1993.

YE, Q. et al. The gestures in 2–4-year-old children with Autism Spectrum Disorder. **Frontiers in Psychology**, v. 12, n. January, 2021.

ZANON, R.; BACKES, B.; BOSA, C. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 25–33, 2014.

ZORZI, J.; HAGE, S. **PROC – Protocolo de Observação Comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis**. 1. ed. São Paulo: Pulso Editorial, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Projeto para Construção e Validação de Instrumento para Avaliação Diagnóstica de Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo.

Eu, _____ RG: _____, fui convidada(o) a participar de um projeto de pesquisa para avaliar a utilidade de um instrumento de avaliação para pessoas com suspeita de transtorno do espectro do autismo.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA:

Esse projeto se propõe a construir e validar um instrumento para avaliação diagnóstica do transtorno do espectro do autismo (TEA) que permita identificar os sintomas típicos do autismo e também sintomas associados, como birra, agitação e inteligência, comportamento alimentar e sensibilidade sensorial, buscando tornar mais específico o encaminhamento terapêutico após o diagnóstico.

PROCEDIMENTO:

Eu entendo que se concordar em participar do estudo, o pesquisador me fará perguntas a respeito do desenvolvimento do meu filho. Fará uma avaliação com o meu filho, através de atividades lúdicas (brincadeiras) e conversa (quando a criança falar). Essa avaliação faz parte da avaliação que normalmente fazemos para diagnóstico de problemas emocionais (psiquiátricos), sendo incluídas questões mais específicas para avaliar a suspeita diagnóstica de autismo (idade que começou a falar e a andar; se já tem controle da urina e das fezes; se tem alguma restrição alimentar; se tem sensibilidade ao barulho; como ele gosta de brincar; como ele interage com outras crianças etc.). As brincadeiras incluem jogar bola, jogar boliche, brincar

com carrinhos, brinquedos de encaixe etc. A conversa com a criança é sobre suas brincadeiras preferidas, seus amigos, seus sentimentos e os seus gostos. A avaliação total terá duração aproximada de duas horas.

VANTAGENS

A avaliação será feita por profissionais treinados em realizar diagnóstico de transtornos do desenvolvimento. Caso seu filho seja diagnosticado com algum transtorno, será fornecido relatório detalhado e encaminhamento para os serviços de atendimento disponíveis, consoante as necessidades identificadas na avaliação. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para a elaboração de um instrumento brasileiro para avaliação diagnóstica de Transtorno do Espectro do Autismo. Os resultados desse estudo serão publicados em revistas científicas, apresentados em congressos e disponibilizados para profissionais e pais envolvidos no estudo.

RISCO E DESCONFORTO

Não há nenhum tipo de risco na realização da entrevista, uma vez que são perguntas sobre a minha vida e do meu filho e a avaliação faz parte de um protocolo de atividades realizadas para avaliação de problemas do desenvolvimento no nosso serviço de avaliação diagnóstica. Caso haja algum tema nas entrevistas que me mobilize será oferecida a possibilidade de consulta de avaliação por profissional especializado em saúde mental (psiquiatra ou psicólogo da nossa equipe). Caso você esteja inscrito para realizar avaliação diagnóstica no LABIRINTO você fará o processo habitual de avaliação e depois receberá o relatório de encaminhamento para tratamento na rede do SUS ou em seu plano de saúde. Caso seu filho faça parte do grupo que não está na lista de avaliação e seja identificada alguma demanda de tratamento, encaminharemos para atendimento com profissionais da equipe do projeto, no ambulatório no serviço de psicologia da BAHIANA.

SIGILO

Eu entendo que todas as informações colhidas através deste projeto de pesquisa farão parte de um banco de dados que não vai conter nenhuma informação sobre minha identidade ou do meu filho. Esse termo de consentimento de participação da pesquisa será guardado separado das informações fornecidas no questionário.

DESISTÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO

Fui informado(a) de que a minha participação no estudo é voluntária e que posso, em qualquer tempo, retirar meu consentimento e interromper a minha participação. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos escreva para o Comitê de Ética e Pesquisa da FBDC. Endereço Av. D. João VI, 274 Brotas Salvador-BA, CEP: 40290-000. Posso igualmente contactar a Professora Milena Pereira Pondé, no mesmo endereço, no Serviço de Psicologia (SEPSI).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Projeto para Construção e Validação de Instrumento para Avaliação Diagnóstica de Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo.

Pesquisador: Milena Pereira Pondé

Eu confirmo que foram a mim explicados os objetivos do estudo e os procedimentos da entrevista. Eu compreendi esse formulário de consentimento e estou de acordo em participar deste estudo.

Salvador, ____/____/____

Nome do participante

Assinatura do responsável

APÊNDICE B- MODELO DE CARTA DE ANUÊNCIA

Carta de Anuência

Cidade, (dia) de (mês) de 2021.

Venho, por meio desta, comunicar que o

_____ se propõe a participar da proposta de estudo que visa construir um instrumento para avaliação diagnóstica do transtorno do espectro autista e autoriza que os pacientes atendidos no serviço na faixa etária de 2 anos a 4 anos e 11 meses, com diagnóstico de transtorno do desenvolvimento da linguagem possam ser convidados a participar da pesquisa. Os pacientes que já têm diagnóstico clínico serão convidados a participar da pesquisa, que fará parte da avaliação diagnóstica de rotina do serviço, constituída por anamnese com os pais e exame da criança, que inclui realização de atividades padronizadas para avaliar transtornos do desenvolvimento. Além disso, os pais serão convidados a preencher escala de avaliação sobre alteração sensorial. Caso os pais concordem em participar da pesquisa os dados coletados entrarão no banco de dados para validação do instrumento, sem identificação da criança. Caso os pais não concordem os dados coletados serão usados para a composição do relatório multidisciplinar emitido de rotina pelo serviço, porém os dados não serão incluídos na pesquisa. O projeto está aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Título do Projeto: "Projeto para Construção de Instrumento para Avaliação Diagnóstica de Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo". O Pesquisador Responsável é Milena Pereira Pondé <http://lattes.cnpq.br/6930560304574804> e o pesquisador assistente é Gustavo Marcelino Siquara <http://lattes.cnpq.br/7697881919732690>. A docente do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Ana Paula Ramos de Souza, é pesquisadora assistente e orientadora da dissertação de mestrado de Tainá Benfica, que fará parte da pesquisa.

Responsável Técnico

Orientadora da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A- APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Projeto para construção e validação de instrumento para avaliação diagnóstica de pessoas com transtorno do espectro do autismo

Pesquisador: Milena Pereira Pondé

ÁREA TEMÁTICA:

Versão: 2

CAAE: 00467217.2.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.119.402

Apresentação do Projeto:

Esse projeto se propõe a construir um instrumento para avaliação diagnóstica do transtorno do espectro do autismo (TEA) que permita identificar fatores de sintomas, ao invés de apenas distinção na gravidade de sintomas, ampliando assim a possibilidade de pesquisas etiológicas e tornando mais específico o encaminhamento terapêutico após o diagnóstico. A elaboração da escala constará de quatro etapas: Elaboração, através de extensa revisão da literatura e de debates, com especialistas em autismo e desenvolvimento infantil, de itens que contemplem a avaliação dos sintomas centrais no autismo e de sintomas que abarquem as comorbidades mais frequentemente associadas. Após uma primeira versão o instrumento será enviado a especialistas em TEA e desenvolvimento infantil de diferentes áreas. Na terceira etapa será realizado um projeto piloto para testar a aplicabilidade do instrumento, assim como a

adequação dos itens propostos à prática da avaliação diagnóstica. A quarta etapa consistirá na validação do instrumento.

Objetivo da Pesquisa:

-Objetivo Primário:

Construção de um instrumento de diagnóstico e caracterização clínica para o Transtorno do Espectro Autista.

-Objetivo Secundário:

Construção de um instrumento de avaliação clínica que consiga separar o autismo de pessoas com desenvolvimento típico e de pessoas com outras condições psiquiátricas passíveis de serem confundidas com autismo, como retardo mental e transtorno de linguagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

-Riscos:

Criar expectativas nos pais e pessoas avaliadas em relação à tecnologia de tratamento, o que será dirimido durante o atendimento.

-Benefícios:

Criar um instrumento brasileiro para avaliação de autismo, que possa ser amplamente utilizado pela comunidade científica e pelos clínicos em geral. Para as crianças de escola regular, o benefício direto será a entrega de uma cartilha sobre inclusão, bem como a realização na escola de palestras para professores, alunos e pais sobre inclusão e sobre autismo. Para as crianças já diagnosticadas com autismo, o benefício será a entrega de um relatório constando as informações sobre os sintomas associados ao TEA indicadas na avaliação realizada. Esse relatório pode auxiliar os profissionais que atendem a criança, em função de acrescentarem informações sobre processamento sensorial e comorbidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo visa desenvolver um instrumento para diagnóstico de pessoas com

TEA. A elaboração da escala constará de quatro etapas: 1) Elaboração, através de extensa revisão da literatura e de debates, com especialistas em autismo e desenvolvimento infantil, de itens que contemplem a avaliação dos sintomas centrais no autismo (comunicação e interação social; foco de interesse restrito; particularidades sensoriais; núcleo de habilidades) e de sintomas que abarquem as comorbidades mais frequentemente associadas ao TEA (TDAH, TOD, transtornos de aprendizagem, TOC, epilepsia, síndromes genéticas, exposições ambientais perinatais) e que interferem de forma importante no prognóstico e apresentação clínica dessa condição. Será a primeira versão do instrumento. 2) Após uma primeira versão o instrumento será enviado a especialistas em TEA e desenvolvimento infantil de diferentes áreas (psiquiatria, neurologia, genética, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e nutrição) para avaliação do construto e sugestões. Após essa fase serão incorporados, modificados ou eliminados itens referentes aos construtos propostos, de acordo com as sugestões dos diferentes especialistas, gerando então a segunda versão do instrumento. 3) Na terceira etapa o instrumento será aplicado em um projeto piloto a 20 crianças, que fazem parte da amostra total de 320 crianças descritas a seguir na etapa de validação, com e sem diagnóstico de TEA buscando testar a aplicabilidade do instrumento, assim como a adequação dos itens propostos à prática da avaliação diagnóstica. 4) Na quarta etapa o instrumento final será exposto aos procedimentos de validação, que serão detalhados a seguir. O foco desse projeto é a validação do instrumento a partir de análises de validação de conteúdo, aparente, construto e concorrente. A primeira etapa da validade de conteúdo é a análise semântica: é a aplicação da versão inicial do instrumento a alguns sujeitos (público-alvo) para os quais o instrumento foi desenvolvido. A outra etapa é análise de juízes: é uma consulta feita a expertises – o número de participantes para essa etapa da validação será com um total de quinze juízes, profissionais e pesquisadores psicopedagogos, neuropediatras, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos, brasileiros

com experiência em avaliação e diagnóstico em autismo. A validade de critério de um teste consiste no grau de eficácia que ele tem em prever um desempenho específico de um sujeito. Aborda a qualidade da escala ou teste de funcionar como um preditor presente ou futuro de outra variável, operacionalmente independente, chamada critério (Pasquali, 2007). Nessa etapa do estudo, terá um total de 320 participantes, captados nos seguintes locais: 160 crianças/adolescentes com diagnóstico de TEA – no LABIRINTO, no Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce (NIIP) e em clínicas privadas e 160 crianças/adolescentes típicos, frequentando escola regular. Na validade de construto infere-se o grau em que uma pessoa possui determinada característica a partir das definições operacionais do construto. Nessa etapa, os participantes serão os mesmos da etapa anterior: 320 crianças/adolescentes já descritos. Uma medida é fidedigna quando o componente de erro é pequeno, de modo a não flutuar aleatoriamente no tempo. Uma forma de se avaliar a fidedignidade do instrumento é realizar a “correlação teste-reteste”, que se refere à estabilidade da medida ao longo do tempo e é medida utilizando-se o instrumento duas vezes com as mesmas pessoas, sendo então calculada a correlação entre seus dois escores. A avaliação será refeita numa amostra de pacientes, após 6 a 12 meses da aplicação inicial. A correlação será medida em relação aos escores dos diferentes domínios, escore total e classificação. Para a validação do teste-reteste, será utilizada uma amostra de 40 crianças, sendo 20 de cada grupo (autismo e típicas), pertencentes à amostra inicial dos 320 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto foi apresentada adequadamente.
- Riscos e Benefícios: apresentados satisfatoriamente.
- Cronograma: ajustado.
- Orçamento: adequado.
- TCLE: adequados.

- Termos de Assentimento para crianças e adolescentes: ajustados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 e documentos afins, as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado de nº 3.065.128 relativas a TA e cronograma foram devidamente sanadas garantindo a execução deste projeto dentro da metodologia e objetivos propostos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI. DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

- a) A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.
- b) Cabe ao pesquisador:
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_878931.pdf	08/12/2018 02:21:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_assent_menor_autista.doc	08/12/2018 02:18:48	Milena Pereira Pondé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_assent_menor_tipico.doc	08/12/2018 02:18:08	Milena Pereira Pondé	Aceito
Cronograma	Cronograma_.docx	08/12/2018 01:54:37	Milena Pereira Pondé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes_atualizado.doc	07/10/2018 14:50:08	Milena Pereira Pondé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pais_crianças_autistas_atualizado.doc	07/10/2018 14:49:56	Milena Pereira Pondé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pais_crianças_típicas_atualizado.Doc	07/10/2018 14:49:37	Milena Pereira Pondé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_novo.docx	07/10/2018 14:49:18	Milena Pereira Pondé	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoatualizada.pdf	05/10/2018 16:08:46	Milena Pereira Pondé	Aceito
Outros	Cartas_de_anuência.docx	11/09/2017 20:12:17	Milena Pereira Pondé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 23 de Janeiro de 2019

Assinado por: Roseny Ferreira
(Coordenador)

ANEXO B – ANAMNESE DA ESCALA LABIRINTO



ANAMNESE – MENORES DE 8 ANOS

I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. História colhida com: () Mãe () Pai () Outro cuidador, especificar:

2. Nome do(a) Paciente:

3. Sexo: M () F ()

4. Idade da Criança e data de nascimento:

5. Idade do Pai: Idade da Mãe:

II. DESENVOLVIMENTO DA COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

1. Idade das primeiras palavras e idade das primeiras frases.

2. Ele já falou dele mesmo na terceira pessoa?

3. Ele costuma repetir o que falam com ele (ecolalia)? Isso já aconteceu antes?

4. Ele às vezes fala frases que não tem relação com o contexto? Tipo repetir frases que escutou em um

filme ou propaganda? (Ecolalia tardia) Isso já aconteceu?

Resposta:

5. Caso não fale, como ele(a) se comunica?

6. Aponta para os objetos?

7. Puxa o adulto pela mão até o objeto?

8. Tenta se comunicar através de gestos?

Resposta:

9. Sabe fazer sim e não com a cabeça?

10. Sabe fazer gestos comunicativos como tchau ou legal?

11. Sabe jogar beijo?

12. Que outros gestos ele(a) realiza para se comunicar?

Resposta:

13. Atende ao chamado do seu nome?

14. Atende a comandos verbais?

15. Olha nos seus olhos quando falava com você?

16. Mantém o olhar ou olha e desvia rapidamente?

Resposta:

17. Você percebe quando ele(a) estava triste, alegre ou zangado(a) pela expressão do rosto dele(a)?

18. Ele(a) é criança que consegue expressar os sentimentos ou os desejos pela mímica facial?

Resposta:

III. INTERAÇÃO SOCIAL

1. Brinca com outras crianças ou preferia brincar sozinho(a)?
2. Como é a brincadeira com outras crianças?
3. Do que brincam?
4. Fazem brincadeiras simbólicas (faz de conta: brincar de médico, de professor, de super-herói, etc) ou só brincam de correr?
5. Ele(a) entende as regras de brincadeiras coletivas, como futebol, esconde-esconde, pega-pega?

Resposta:

6. Quando alguém se aproxima ou tenta brincar com ele(a), ele(a) sorria?
7. Se for uma pessoa que ele(a) não conhece, como ele(a) reage?
8. Como ele(a) reage quando uma criança se aproxima dele(a)?

Resposta:

9. Ele(a) tem amigos?
10. Como ele(a) se relaciona com os amigos?

Resposta:

11. Ele(a) acompanha brincadeiras em grupo, como esconde-esconde, pega-pega (picula), futebol, etc?

Resposta:

12. Como ele(a) se comporta em ambientes onde há outras crianças, como parques, praia, aniversários infantis?

Resposta:

IV. ATIVIDADES RESTRITAS

1. Com o que ele(a) gosta de brincar? Como ele(a) costuma brincar?

Resposta:

2. Ao invés de brincar, ele(a) apenas arremessa os brinquedos no chão?

3. Ele(a) enfileira os brinquedos ou os separa por formas ou cores?

4. Ele(a) tem mania de colocar todos os brinquedos em recipientes, depois tirar e colocar de volta repetidas vezes?

5. Ele(a) prefere morder os brinquedos, colocá-los na boca ou cheirá-los?

6. Tem mania de rodar os objetos?

Resposta:

7. Ele(a) gosta de tomar banho? Gosta de brincar com água?

Resposta:

8. Tem alguma brincadeira que ele(a) repita muito?

9. Ele(a) tinha algum tipo de ritual, ou seja, alguma coisa que ele(a) fazia de forma muito repetida?

Resposta:

10. Ele(a) faz gestos repetidos com as mãos ou com o corpo?

11. Ele(a) anda na ponta dos pés ou de forma estranha?

12. Isso já aconteceu?

Resposta:

13. Ele(a) faz brincadeiras de faz de conta, como criar histórias com carros, bonecos, animais?

14. Ele(a) imita os adultos ou imita personagens de desenhos animados?

Resposta:

15. Ele(a) tem dificuldade de fazer coisas fora da rotina?
16. Por exemplo: quando muda algum móvel em casa, ele(a) fica nervoso(a)?
17. Quando o caminho que costuma fazer (para a escola, por exemplo) é modificado, ele(a) reclama?
18. Ou quando muda o horário da comida, do banho? Isso já aconteceu?

Resposta:

19. ALIMENTAÇÃO: Ele(a) tem restrições alimentares?
20. Quanto à consistência, cor ou tipo de alimento?
21. Rituais alimentares?
22. Costume de comer coisas não comestíveis (fezes, xampu, sabão, detergente etc)?
23. Descrever outras alterações.

Resposta:

24. SENSORIAL: Ele(a) apresenta comportamentos sensoriais de busca (rodar em torno do eixo, se balançar, apertar os olhos, andar na ponta dos pés, necessidade de movimento constante, resposta à dor reduzida, automutilação, descascar feridas, outros)?
25. Tem dificuldade de se equilibrar, passa por cima de objetos, se bate muito nos objetos? Ou comportamentos sensoriais de esquiva (tapar os ouvidos com sons desagradáveis, incomodar-se com locais barulhentos, com muitas cores, resposta à dor aumentada, outros)?

Resposta:

26. Alterações na marcha (ele(a) anda de modo diferente/estranho)?

Sim () Não ()

Se sim, especificar/descrever:

27. Ele(a) apresenta estereotípias (movimentos repetidos de balançar as mãos, girar os punhos, movimentar os dedos na frente dos olhos)?

Sim () Atualmente não, mas já teve () Não, nunca teve ()

Se sim, especificar/descrever:

V. SOBRE A ESCOLA E A COGNIÇÃO

1. Como ele(a) se comportou quando foi para escola pela primeira vez?
2. Ele(a) aceitou ir para a escola?
3. Recusava-se a ficar na escola?

Resposta:

4. Ele(a) participa das atividades da escola com outras crianças?
5. Ele(a) tem amigos na escola?
6. Como ele(a) se comporta com as outras crianças?

Resposta:

7. Ele(a) acompanha o conteúdo da escola?
8. Consegue aprender como as outras crianças?
9. Tem alguma dificuldade de aprendizagem? Qual? Ler? Escrever? Matemática?

Resposta:

10. Ele(a) respeita os professores e as figuras de autoridade?

Resposta:

11. Habilidades fora do comum: Questionar se a criança apresenta habilidades que configuram um talento ou interesse muito grande, como identificar logomarcas, entoar ou cantar melodias inteiras, identificar trajetos, memorizar datas, memorizar informações; se se alfabetizou sozinho; se tem habilidades que parecem excepcionais em língua estrangeira, desenho, matemática, música, etc.

Resposta:

12. Dificuldade de aprendizagem? Sim () Não ()

Informar se tem alguma dificuldade específica ou global:

Caso tenha dificuldade cognitiva importante, checar se consegue manusear aparelhos eletrônicos como TV (mudar o canal, encontrar programas de sua preferência) ou celular (localizar jogos e aplicativos de sua preferência); ou se consegue ao menos ligar e desligar a TV, mudar o canal ou coisas mais simples.

VI. ANTECEDENTES MÉDICOS

OBS: explique aos pais com palavras coloquiais, não com os termos médicos.

1. Ele(a) é ou já foi muito teimoso(a), sempre se opondo às determinações dos adultos?

Sim () Não ()

Se sim, qual a frequência?

Dê exemplos:

2. Irritabilidade

Sim () Não ()

Se sim, qual a frequência?

Dê exemplos:

3. Explosões de raiva – Reativo(a) a estímulos

Sim () Não ()

Se sim, qual a frequência?

Dê exemplos:

4. Impulsividade – Descontrole inibitório

Sim () Não ()

Se sim, qual a frequência?

Dê exemplos:

5. Impulsividade – Aparentemente aleatória

Sim () Não ()

Se sim, qual a frequência?

Dê exemplos:

6. Hiperatividade/agitação (Ele(a) é agitado(a)?)

Sim () Não ()

Se sim, qual a frequência?

Dê exemplos:

7. Hipoatividade

Sim () Não ()

Se sim, consegue fazer algumas tarefas?

Dê exemplos:

8. Heterolesão (Ele(a) agride os outros?)

Sim () Não ()

Se sim, qual a frequência?

Dê exemplos:

9. Autolesão ou automutilações (Ele(a) se agride? Se morde?)

Sim () Não ()

Se sim, qual a frequência?

Dê exemplos:

VII. ALTERAÇÕES SOMÁTICAS

1. Controle de esfíncter – Com que idade teve controle de esfíncter? Aconteceu de se recusar a usar o vaso? Fazia alguma das dejeções em local definido por ele(a) mesmo(a) (um canto da casa, na varanda, no quintal, de pé, etc)? Prendia as fezes e/ou a urina? Manipulava as fezes e/ou o ânus?

Resposta:

2. Sono – Como é o sono dele(a)? Demora para dormir? Acorda durante a noite, quantas vezes? Que horas se deita, que horas adormece, demora para dormir? Acorda muito cedo, que horas acorda? Troca a noite pelo dia? Tem ronco? Movimenta-se muito enquanto dorme? Tem pesadelos, terror noturno, sonambulismo? Tem algum ritual para dormir? Dorme no quarto sozinho(a)? Dorme ou dormia com os pais?

Resposta:

3. Cabeça – dores, tonturas, zumbidos e desmaios. Acuidade visual e auditiva.

Resposta:

4. Aparelho Respiratório – alergias, gripes frequentes, tosse, falta de ar, pneumonia, necessidade de internamento hospitalar para tratamento de doença respiratória.

Resposta:

5. Aparelho Cardiovascular – taquicardia, síncope, dores no peito e sensação de desmaio.

Resposta:

6. Aparelho Digestivo – refluxo, azia, má digestão, dores abdominais, diarreia, obstipação, sensação de vazio, alergia alimentar (quais alimentos), intolerância a glúten e/ou lactose.

Resposta:

7. Aparelho Genitourinário – dificuldade de urinar, urgência e ardor miccional.

Resposta:

8. Tem alguma síndrome? Doença neurológica?

Resposta:

9. Epilepsia? Qual? Controlada?

Resposta:

VIII. INFORMAÇÕES SOBRE GRAVIDEZ E PARTO

Desejada: Sim () Não ()

Planejada: Sim () Não ()

Aceita: Sim () Não ()

Iniciou o pré-natal com quantas semanas?

Usou Sulfato ferroso ()	Ácido fólico () dosagem:	mg/dia
OBS: anotar se usou mais de 4 mg/dia de ácido fólico, já que o uso recomendado na gravidez é de 4 mg/dia.		
Presença de doenças ou complicações durante a gravidez? Sim () Não ()		
Descreva:		
Por exemplo: diabetes gestacional, tireoidite, gripes, doenças infectocontagiosas, hipertensão, infecção urinária, etc.		
Uso de Medicamentos (quais e em que mês da gestação):		
Drogas/ Álcool/ Tabaco (meses da gestação e quantidade):		
PARTO: Semanas:	Natural ()	Cesáreo () Fórceps ()
APGAR: 1º minuto: / Depois:		
Condições de nascimento (chorou, ficou em observação, precisou de reanimação, de internação em UTI Neonatal):		
Peso ao nascer:	Perímetro Cefálico:	
Malformação aparente?		
Sugou o seio ao nascer?		
Alta com quantos dias?		
Você recebeu os resultados dos testes de triagem neonatal do(a) seu filho(a)?		
DESENVOLVIMENTO NO 1º E 2º ANOS DE VIDA		
Aleitamento materno exclusivo/complementar até quantos meses?		
Alimentação suplementar, quantos meses?		
Começou a comer pastoso, quantos meses?		
Começou a comer sólido, quantos meses?		
Sons vocálicos (m)	Primeiras palavras (m)	Frases (m) Sorriso social (m)
Controle esfinteriano vesical diurno (m)	Controle esfinteriano vesical noturno (

m)

Controle esfinteriano anal diurno (m)

Controle esfinteriano anal noturno (m)

IX. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Doença psiquiátrica em parente consanguíneo?

1.1. Depressão: Sim () parentesco: Não ()

1.2. Transtorno bipolar: Sim () parentesco: Não ()

1.3. Alcoolismo: Sim () parentesco: Não ()

1.4. Uso de drogas: Sim () parentesco: Não ()

1.5. Esquizofrenia Sim: () parentesco Não ()

1.6. Suicídio ou tentativa de suicídio: Sim () parentesco: Não ()

1.7. Deficiência intelectual: Sim () parentesco Não ()

1.8. Epilepsia: Sim () parentesco Não ()

1.9. Transtorno do Espectro do Autismo: Sim () parentesco Não ()

ANEXO C – ESCALA LABIRINTO

Escala LABIRINTO para diagnóstico e caracterização clínica do TEA

CRITÉRIO A - Déficit persistente na comunicação social e na interação social (deve preencher os três itens)

1. Déficit na reciprocidade socioemocional (Aproximação social anormal, dificuldade em manter uma conversação recíproca; Escassez de interesses compartilhados, emoções e afeto; Dificuldade de iniciar ou responder a interações sociais; Total falta de iniciativa e resposta a abordagens de interação social.)
2. Déficit em comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social (Integração pobre entre a comunicação verbal e não verbal; Anormalidades no contato visual e linguagem corporal; Déficit na compreensão e uso de gestos; Total falta de expressão facial ou gestos).
3. Déficit em desenvolver ou manter relacionamentos apropriados para o grau de desenvolvimento (para além daqueles com os cuidadores) (Dificuldades em ajustar o comportamento para se adaptar aos diferentes contextos sociais; Dificuldade em compartilhar jogos de imaginação e fazer amigos; Aparente ausência de interesse nas pessoas).

CRITÉRIO B - Padrões restritos de comportamento, interesses ou atividades (pelo menos dois)

1. Repetições (Movimentos repetidos, uso repetido e estereotipado de objetos (alinhar brinquedos, girar objetos; Ecolalia, frases idiossincráticas; Estereotípias motoras simples).
2. Adesão excessiva a rotinas (Adesão a rotinas, sofre com pequenas mudanças; Rituais de saudação: “oi, tudo bem?”, “bom dia, como vai você?; Padrões rígidos de pensamento, padrões ritualizados de comportamento, ou resistência excessiva a mudança; Insistência do mesmo caminho ou comida; Perguntas repetitivas).
3. Interesses fixos, altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (Tais como ligações fortes com algum objeto; Preocupação excessiva com objetos não usuais; Interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes)
4. Hiper ou hipo-reatividade sensorial ou interesse não usual em aspectos sensoriais do ambiente (Tais como indiferença aparente à dor/calor/frio, resposta adversa a sons específicos, ou textura; cheirar excessivamente ou tocar objetos; fascinação por luz ou objetos que giram.)

Módulo – de 2 anos a 4 anos e 11 meses

Para responder adequadamente às questões da Escala LABIRINTO para diagnóstico e caracterização clínica do TEA, é necessário estar atento ao desenvolvimento típico da criança, bem como a avaliação por meio das tarefas sugeridas, o que vai proporcionar o preenchimento mais confiável do instrumento, esquivando-se de avaliações subjetivas e que levem em conta apenas a experiência prévia do avaliador. Após a avaliação da criança, reveja as informações sobre os marcos do desenvolvimento para responder com mais precisão à escala.

Nome da criança:

Idade:

Data de nascimento:

Data da avaliação:

Sintomas Centrais

1. Interação social

1.1. Resposta da criança às aproximações feitas pelo avaliador

Esse item é avaliado com base nas observações feitas durante todo atendimento. O foco desse item são as respostas da criança às tentativas de aproximações feitas pelo avaliador, reveladas pelo engajamento (participar colaborando) da criança nos jogos e brincadeiras propostas pelo avaliador. A permanência na atividade por mais tempo revela um engajamento maior. A criança com autismo pode querer fazer a atividade somente do seu jeito, não colaborando com a proposta do avaliador, ou mesmo se opondo. Pode também fazer uma oposição passiva ao avaliador, que consiste em um comportamento de esquiva, que se revela com o não engajamento ou indiferença: por exemplo a criança prefere brincar sozinha longe do avaliador, fica de costas ou se afasta quando o avaliador se aproxima.

A criança fica indiferente a qualquer tipo de aproximação do avaliador.

5

MUITO esforço é necessário para a criança aceitar a aproximação. A criança se engaja em UMA atividade proposta, que, em geral, representa o seu foco de interesse; E/OU se engaja apenas em brincadeiras de natureza física ou agitada.	4	
MUITO esforço é necessário para a criança aceitar a aproximação. A criança se engaja em POUCAS (duas ou três) atividades propostas. Inclui aqui também crianças que fazem a atividade apenas do seu jeito, ou fazem o oposto do que o avaliador propõe, ou realizam brevemente a proposta e não prosseguem na atividade.	3	
MODERADO esforço é necessário para a criança aceitar a aproximação. A criança se engaja em ALGUMAS (mais de quatro) atividades propostas.	2	
LEVE esforço é necessário para a criança aceitar a aproximação. A criança parece mais tímida no início, mas, após um leve esforço, aceita a aproximação. A criança se engaja na maioria das atividades propostas.	1	
A criança aceita bem a aproximação; se engaja rapidamente em todas ou na maioria das atividades propostas.	0	

1.2. Iniciativas feitas pela criança de buscar o outro

Esse item é avaliado com base nas observações sobre a busca de contato que a criança faz durante toda a avaliação, tanto a busca para com o avaliador como dos pais (ou cuidadores presentes).

*Considera-se que a criança busca o outro quando ela se dirige ativamente ao adulto para convidá-lo para **participar de alguma brincadeira** (oferece a bola para jogar o boliche, chama para fazer parte de um jogo simbólico), OU quando ela **mostra ao adulto algum brinquedo** ou algo que ela fez (um desenho, um encaixe, mostra que consegue abrir a casa de chaves). A criança pode também buscar o adulto **quando precisa de algo**, como abrir o saco das peças de encaixe, pedir lanche, pedir para ir embora.*

A criança EM NENHUM MOMENTO busca os pais/cuidadores e nem o avaliador.	5	
A criança busca o avaliador e/ou os pais/cuidadores APENAS para solicitar ajuda ou para fazer algum tipo de solicitação em seu próprio benefício.	4	
A criança busca o avaliador e/ou os pais/cuidadores APENAS UMA VEZ para participar de alguma brincadeira OU para mostrar algum brinquedo; OU crianças que buscam o adulto APENAS para provocar.	3	
A criança busca o avaliador e/ou os pais/cuidadores POUCAS VEZES (duas ou três) para participar de alguma brincadeira OU para mostrar algum brinquedo.	2	
A criança busca o avaliador e/ou os pais/cuidadores ALGUMAS VEZES (quatro ou cinco) para participar de alguma brincadeira E/OU para mostrar algum brinquedo.	1	
A criança busca o avaliador e/ou os pais/cuidadores para participarem de VÁRIAS atividades/brincadeiras. Mostra brinquedos aos pais e/ou avaliadores em VÁRIAS situações, indicando compartilhamento de algo prazeroso para si.	0	

1.3. Sorriso social

O sorriso social ocorre em resposta ao estímulo realizada por outra pessoa. A criança pode usar o sorriso como uma forma de aproximação social, nesse caso o sorriso não é apenas uma resposta, mas revela uma intenção comunicativa e de aproximação. Considerar que a criança pode sorrir sem relação com o contexto, nessas situações o sorriso não é social.

A criança NUNCA sorri; ou sorri APENAS sem relação com o contexto, como se sorrisse para si mesma.	5	
A criança sorri em resposta ao avaliador APENAS com brincadeiras muito agitadas ou de natureza física, como as de levantamento, giro ou cócegas; OU sorri APENAS quando os pais (cuidadores) fazem brincadeiras com as quais ela está habituada. Pode sorrir com mais frequência sem relação com o contexto, como se sorrisse para si mesma.	4	
A criança responde com sorriso às brincadeiras e iniciativas propostas pelo avaliador e NUNCA sorri como forma de buscar aproximação social.	3	
A criança responde com sorriso às brincadeiras e iniciativas propostas pelo avaliador. RARAMENTE (uma ou duas vezes) sorri como forma de buscar aproximação social.	2	
A princípio, a criança pode sorrir pouco, ou não sorrir. Após um tempo de aproximação do avaliador, a criança se mostra mais sorridente, de modo que ela passa a sorrir como forma de buscar uma aproximação social, assim como em resposta à situação ou ao sorriso do adulto.	1	
A criança tanto responde ao sorriso social do avaliador, quanto sorri como forma de buscar uma aproximação social, não apenas em resposta à situação ou ao sorriso do adulto.	0	

Escore Total da Interação Social

2. Comunicação verbal

A resposta a esse item se baseia nos diálogos iniciados pelo avaliador e/ou pela criança.

2.1. Atipias na linguagem verbal expressiva

*Nesse item pesquisamos a presença de alterações na expressão verbal, que são características do autismo, sendo que algumas delas podem estar presentes em crianças menores, na fase de aquisição da linguagem. A **inversão pronominal**: a criança se refere a si mesma na terceira pessoa, podendo ocorrer mais comumente de 1,5 a 2,5 anos e eventualmente entre 2 anos e 6 meses e 3anos em crianças em desenvolvimento típico. **Alteração discreta na prosódia** consiste em acentuação aguda de algumas sílabas. **Alteração marcada da prosódia**: a fala da criança é claramente mecânica, com pouca variação entonacional. Não há variação entre padrões de fala afirmativo, interrogativo ou*

exclamativo. Não consegue ajustar a fala para diferentes interlocutores, ou seja, fala no mesmo padrão com bebês e adultos. **Ecolalia tardia:** a criança repete frases de filmes, de propagandas, caracterizando claramente que é uma frase copiada. A ecolalia tardia pode ser usada em contexto apropriado ou sem conexão com o contexto. **Ecolalia imediata:** a criança repete o que o adulto fala (ou faz uma repetição aproximada quando a linguagem verbal não é clara). Pode ocorrer como forma de processar a fala do interlocutor e tentar compreender, nesses casos, é mais comum em perguntas que utilizam ‘quem’, ‘quando’, ‘onde’ e ‘como’ ou perguntas abrangentes como ‘o que você quer fazer?’ Para melhor avaliação, prossegue a conversa com uma pergunta mais simples, se houver resposta, a repetição da criança não representa ecolalia. Exemplo: [“o que é isso?” complementemente com: “É um carro, ou isso é uma bola?”], [“Quando você pode brincar?” complementemente com: “Você pode brincar depois da escola?”]. **Perguntas perseverantes** ocorrem quando a criança pergunta repetidamente a mesma coisa, que em geral não tem relação com o contexto.

A verbalização da criança é exclusivamente ecolálica; OU perguntas perseverantes.	5	
Apresenta ecolalia imediata frequente; OU alteração marcada da prosódia; OU repete a mesma pergunta muitas vezes.	4	
Frequente ecolalia tardia com contexto adequado; OU ecolalia imediata eventual; OU alteração discreta de prosódia; OU repete a mesma pergunta eventualmente.	3	
De 2 a 3 anos: eventual ecolalia tardia com contexto adequado, a prosódia é próxima à esperada ou normal. De 3 a 5 anos: eventual ecolalia tardia com contexto adequado, a prosódia é próxima à esperada ou normal; OU apresenta inversão pronominal com frequência.	2	
De 2 a 3 anos: a criança fala com tom de voz muito baixo, com prosódia próxima à esperada ou normal. De 3 a 5 anos: a criança fala com tom de voz muito baixo, com prosódia próxima à esperada ou normal; OU apresenta inversão pronominal eventualmente.	1	
A criança não apresenta inversão pronominal, ecolalia, alteração na prosódia e nem perguntas perseverantes. Crianças que não falam também são cotadas aqui.	0	

2.2. Qualidade do repertório linguístico

Esse item se refere ao domínio gramatical da língua, ou seja, o quanto a criança domina palavras e suas combinações em níveis linguísticos mais complexos.

De 2 a 5 anos: Não fala e/ou não emite nenhum som comunicativo, ou apenas grita ou emite grunhidos incompreensíveis; OU De 4 a 5 anos: APENAS articula sons de forma encadeada (silábicos), porém o conteúdo não é compreensível (como se falasse uma língua incompreensível – jargão).	5	
De 2 a 3 anos: APENAS articula sons de forma encadeada (silábicos), porém o conteúdo não é compreensível (como se falasse uma língua incompreensível – jargão). De 3 a 4 anos: fala palavras soltas, que NÃO comunicam; ou APENAS articula sons de forma encadeada, porém o conteúdo não é compreensível (como se falasse uma língua incompreensível – jargão). De 4 a 5 anos: fala POUCAS palavras soltas, que podem ou não comunicar.	4	

De 2 a 3 anos: fala palavras soltas, que NÃO comunicam. De 3 a 4 anos: fala POUCAS palavras soltas, que comunicam. De 4 a 5 anos: fala palavras soltas que comunicam e justapõe palavras, sem organizar frases gramaticais.	3	
De 2 a 3 anos: fala POUCAS palavras soltas, que comunicam. De 3 a 4 anos: fala palavras soltas que comunicam e justapõe palavras, sem organizar frases gramaticais. De 4 a 5 anos: fala frases com até 3 palavras. Começa a usar o pronome possessivo. Faz pequenos relatos de sua rotina.	2	
De 2 a 3 anos: fala palavras soltas que comunicam e justapõe palavras, sem organizar frases gramaticais. De 3 a 4 anos: fala frases com até 3 palavras. Começa a usar o pronome possessivo. Faz pequenos relatos de sua rotina. De 4 a 5 anos: fala frases com até quatro palavras, lembra e conta pequenas histórias.	1	
De 2 a 3 anos: fala frases com até 3 palavras, começa a usar pronomes possessivos e usa muito o “Por quê?” Faz pequenos relatos de sua rotina. De 3 a 4 anos: fala frases com até quatro palavras, lembra e conta pequenas histórias. De 4 a 5 anos: tem um vocabulário bastante amplo. Em geral, fala muito. Expressa ideias e comenta sobre o seu cotidiano. Pode também fazer muitas perguntas.	0	

2.3. Reciprocidade na comunicação verbal

A resposta a esse item se baseia nos diálogos iniciados pelo avaliador ou pela criança. Refere-se ao uso da fala com a intenção de se comunicar com as pessoas e de responder ao interlocutor. Um diálogo recíproco implica que ocorra alternância de fala entre os interlocutores sobre um determinado assunto: a criança inicia uma conversa, o avaliador responde e a criança comenta de volta; ou o avaliador inicia a conversa, a criança responde ou comenta, o avaliador comenta de volta e a criança responde ou comenta novamente.

Não usa a fala com intenção comunicativa e não atende a comandos verbais.	5	
Não usa a fala com intenção comunicativa, mas atende a alguns comandos verbais.	4	
É necessário muito esforço para que a criança responda ao que lhe é perguntado, as respostas são sempre muito curtas. Raramente se dirige verbalmente às pessoas de modo espontâneo, quando o faz, em geral, é para fazer alguma solicitação, ou pergunta sobre tema do seu foco de interesse.	3	
O diálogo é na base de perguntas e respostas: a criança responde às questões que o avaliador faz e faz perguntas ao avaliador, mas não sustenta um diálogo recíproco. OU fala sobre temas do seu interesse, mas quando o entrevistador tenta trazer outro assunto a criança retorna ao assunto do seu interesse.	2	
O diálogo recíproco ocorre em alguns momentos, sobretudo quando o tema interessa à criança, mas não é fluido como descrito no item “0”.	1	
O diálogo estabelecido com a criança é recíproco, a conversa flui de forma mútua. A criança faz perguntas e comentários, dando prosseguimento a uma conversa com turnos com o avaliador.	0	

Escore total da Comunicação Social

3. Comunicação não verbal

3.2. Resposta ao chamado do nome

A resposta a esse item se baseia nas respostas da criança às tentativas de chamada pelo nome que são feitas. Primeiro: o avaliador chama a criança pelo nome **de forma clara** por até quatro vezes.

Segundo: caso ela não responda nenhuma das vezes, o avaliador pede aos pais/cuidador que chamem a criança pelo nome **sem** oferecer nenhum estímulo até três vezes. Terceiro: caso ela não responda, pedir que eles chamem pelo nome e apresentem algum estímulo (um brinquedo, ou algo que os pais saibam que atrai a criança), ou o próprio avaliador chama a criança mais uma vez pelo nome, mostrando algo que pode ser do interesse dela. Exemplo: “Fulano, olha o carrinho” (ou qualquer objeto que a criança mostrou predileção).

Não responde ao chamado do nome, nem mesmo quando um estímulo lhe é apresentado.	5	
Responde APENAS quando os pais/cuidadores OU o avaliador a chamam APRESENTANDO UM ESTÍMULO.	4	
Não responde ao chamado do avaliador, mesmo após quatro tentativas; responde ao chamado dos pais/cuidadores, SEM que apresentem um estímulo.	3	
Responde após três ou quatro tentativas ao chamado do avaliador, podendo ou não fazer contato visual direto com o avaliador.	2	
Responde, após duas tentativas, olhando diretamente para o avaliador ou responde imediatamente, porém sem fazer contato visual direto com o avaliador.	1	
Responde com contato visual direto quando o examinador a chama pelo nome na primeira _____ 0 _____ tentativa.		

3.2. Contato visual com o avaliador

Considera-se que quando duas pessoas interagem é muito frequente que se olhem enquanto conversam, de modo que o olhar auxilia a comunicação. Crianças com autismo comumente evitam o olhar, sendo esse um dos sinais precoces dessa condição. Esse item pontua o contato visual que a criança faz com o avaliador durante toda a avaliação.

A criança não faz contato visual com o examinador em nenhum momento.	5	
A criança olha para o avaliador por poucos segundos, em RARAS (uma ou duas) ocasiões.	4	
A criança olha para o avaliador por poucos segundos, em POUCAS (três ou quatro) ocasiões.	3	
A criança faz contato visual, em VÁRIAS (mais de cinco) ocasiões, por poucos segundos, sobretudo quando o avaliador a convoca para algo que a interesse, OU busca o olhar do avaliador APENAS quando quer chamar a atenção dele para algo que a interesse.	2	

A criança olha para o avaliador mesmo sem ser convocada, mas não por muito tempo e é menos frequente do que seria esperado.	1	
A criança mantém o olhar no examinador a maior parte do tempo em que estão interagindo, buscando o seu olhar em diversos momentos.	0	

3.3. Intenção de atenção compartilhada realizada pela criança

Esse item se refere às iniciativas que a criança tem de indicar ao avaliador (ou aos pais/cuidadores) o interesse dela em algum objeto, compartilhando com eles esse interesse. A atenção compartilhada, no desenvolvimento típico, consiste na criança olhar para o avaliador, olhar para o objeto e olhar de volta para o avaliador (ou olha primeiro para o objeto, depois para o avaliador e em seguida de volta ao objeto), deixando clara a intenção de indicar com o olhar o objeto que ela quer mostrar e se certificando com o olhar que o avaliador acompanhou o seu olhar compartilhado.

Caso a criança não tenha tentado dirigir a sua atenção para nenhum objeto fora do alcance, estimule dizendo o seguinte: “estou procurando o carro (ou a bola, ou qualquer outro brinquedo ou objeto que esteja fora do seu alcance e fora do alcance da criança, mas que esteja bem visível para a criança), você está vendo onde está?”

Bebês com 9 meses já apresentam atenção compartilhada.

A criança não apresenta nenhum gesto que indique ao avaliador e/ou aos pais/cuidadores o seu interesse por um objeto.	5	
SEM FAZER CONTATO VISUAL a criança puxa o avaliador até o objeto, OU coloca a mão do avaliador em cima do objeto, OU entrega o objeto para o avaliador.	4	
A criança indica o objeto para o avaliador apontando, vocalizando ou não; mas não olha para o avaliador e nem para o objeto.	3	
A criança olha para o objeto do seu interesse, podendo apontar e/ou vocalizar, mas não olha para o avaliador; OU a criança olha em direção ao avaliador enquanto aponta para o objeto, mas não olha para o objeto (ou seja, o olhar não faz a ligação do objeto com o avaliador); OU a criança faz o que está descrito no item “1” apenas uma vez.	2	
A criança olha para o avaliador e depois para o objeto, mas não olha de volta para o avaliador para complementar o ciclo da atenção compartilhada (pode ao mesmo tempo vocalizar e/ou apontar); OU a criança faz o ciclo completo de atenção compartilhada apenas uma vez.	1	
A criança apresenta olhar compartilhado conforme descrito na epígrafe. Pode, ao mesmo tempo, vocalizar e/ou apontar compartilhando com o avaliador o seu interesse pelo objeto.	0	

3.4. Resposta da criança às tentativas do avaliador de atenção compartilhada

Esse item se refere à resposta da criança às iniciativas do avaliador(a) de compartilhar com ela o interesse por algum objeto. A sequência da tarefa é interrompida quando o paciente olhar para o objeto indicado.

Posicione um brinquedo (o ursinho) a certa distância do paciente (forme um triângulo entre você o paciente e o brinquedo).

1. Chame-a pelo nome e em seguida diga “olhe”, dirija o seu olhar e o rosto em direção ao brinquedo e volte o seu olhar para o paciente, indicando através do olhar o seu desejo de que ele olhe para o brinquedo (caso a(o) paciente não olhe repita a mesma ação uma vez).
2. Caso o paciente não olhe repita a mesma ação anterior, AGORA APONTANDO para o brinquedo (caso o paciente não olhe repita mais uma vez).
3. Caso o paciente não olhe repita a mesma ação anterior, AGORA APONTANDO E NOMEANDO o brinquedo (“olhe aquele ursinho”).

A criança não responde a nenhuma tentativa de atenção compartilhada.	5	
A criança olha para o brinquedo quando o avaliador aponta e nomeia a segunda vez.	4	
A criança olha para o brinquedo quando o avaliador aponta e nomeia a primeira vez.	3	
A criança olha para o brinquedo quando o avaliador aponta a segunda vez.	2	
A criança olha para o brinquedo quando o avaliador aponta a primeira vez.	1	
A criança acompanha o olhar do avaliador e olha para o brinquedo.	0	

3.5. Gestos Comunicativos

Considerar nesse item os gestos que tenham intenção comunicativa, sejam auxiliares à comunicação verbal ou substitutos, exemplo: dar tchau, legal, gesto que indica comer (mexe a mão perto da boca), pare (abre a palma da mão em direção ao interlocutor), onde está? (mãos viradas para baixo), silêncio (dedo na boca), dormir (cabeça encostada nas mãos), vem cá (movimenta os dedos da mão), senta aqui (mão no chão indicando local), ninar nenê (balançar braços cruzados), gesto de indicando sim e não, indicar números com os dedos, etc. Se o único gesto for bater palmas, verificar se não se trata de maneirismo.

A criança não apresenta nenhum gesto comunicativo.	5	
A ÚNICA forma de comunicação não verbal da criança é apontar de forma vaga, com o braço ou com a mão, ao invés de apontar com o indicador para mostrar algo distante.	4	
A criança usa gestos comunicativos apenas imitando (exemplo: o entrevistador dá tchau, ou joga um beijo e ele imita); OU APENAS usa o dedo indicador para apontar espontaneamente para mostrar algo distante.	3	
A criança só usa gestos comunicativos quando solicitada a fazê-lo (“jogue um beijo”, “dê tchau”, “mostre nos dedos quantos anos você tem”), E/OU os gestos são mecânicos ou diferentes dos padrões socioculturais habituais (por exemplo: dá tchau com o dorso da mão, com a mão fechada).	2	
A criança se comunica espontaneamente com gestos conforme descrito no item “0”, porém é menos frequente do que seria esperado para uma criança da sua idade.	1	
A criança se comunica por gestos de forma espontânea, usando gestos como auxiliares ou substitutos da comunicação verbal.	0	

4. Comportamento rígido, estereotipado e maneirismos

4.1. Brincar/simbolização

Esse item se refere à capacidade de criança de acesso ao mundo simbólico, nessa faixa de idade verificado através da forma como ela brinca. O acesso ao simbólico se opõe ao brincar repetitivo e estereotipado, característico de crianças com autismo. **O brincar funcional simples** se refere ao uso apropriado do brinquedo (sacudir o chocalho, jogar a bola, ninar a boneca, arrastar o carrinho). **O brincar funcional composto** é uma associação convencional de dois ou mais brinquedos (dar a mamadeira à boneca, mexer a panela com o talher). **O brincar simbólico** ou faz-de-contas implica na atribuição de propriedades que não são inerentes ao objeto (usar um lápis como se fosse uma colher, um bloco como se fosse comida), ou atribuir presença a objetos/situações imaginadas (fingir que queimou a mão na panela quente, fingir que come algo no prato vazio, ou bebe algo no copo vazio). **O brincar estereotipado** se refere a um padrão ritualístico e perseverante de uso dos brinquedos ou outros objetos (alinhar brinquedos, colocar e tirar brinquedos de algum recipiente, brincar com partes de brinquedos, separar brinquedos por cores, formas ou tamanho, girar os brinquedos ou parte deles, deixar os brinquedos caírem de certa altura, etc.). Crianças entre 2 e 3 anos brincam de forma funcional com vários brinquedos; crianças de 3 a 4 anos já começam a fazer brincadeiras simbólicas espontâneas (faz de contas); crianças de 4 a 5 anos já tem uma grande capacidade de fantasiar.

A criança nunca usa os brinquedos OU apenas arremessa os brinquedos no chão de forma desordenada, e/ou apenas os cheira ou os coloca na boca.	5	
A criança usa os brinquedos APENAS de forma estereotipada.	4	
A criança RARAMENTE (uma ou duas vezes) brinca de forma funcional simples. Brinca, na MAIOR PARTE DO TEMPO, de forma estereotipada.	3	
A criança faz brincadeiras funcionais simples e RARAMENTE (um ou duas vezes) faz brincadeiras funcionais compostas. Quando ocorre brincar simbólico é imitando o avaliador OU cenas fixas. Pode TAMBÉM brincar de forma estereotipada.	2	
Brinca funcionalmente (simples e composto) com os brinquedos e realiza algumas brincadeiras simbólicas. O brincar é menos flexível e criativo do que seria esperado para uma criança da sua idade.	1	
Brinca funcionalmente com vários brinquedos e realiza brincadeiras simbólicas espontâneas, de forma flexível e criativa, compatível com a sua idade.	0	

4.2. Dificuldade de mudança e interesses restritos

Esse item se refere a comportamentos que expressam que a criança resiste à troca do brinquedo ou da atividade. Pode também resistir às propostas de mudança feitas pelo avaliador na forma como ela usa o brinquedo ou realiza uma atividade. A dificuldade de mudança pode se revelar por interesses

restritos, com a adesão da criança a algum brinquedo, atividade ou mesmo a algum objeto, ou perseverar na mesma forma de brincar ou realizar a atividade.

A criança fica aderida a algum brinquedo/objeto ou atividade, do qual não aceita se separar. Resiste intensamente a qualquer tentativa de retirar o brinquedo/objeto ou mudar a atividade.	5	
Apresenta interesse muito forte por algum brinquedo/objeto ou atividade. Resiste às tentativas de retirar o brinquedo/objeto ou mudar a atividade; mas busca ou aceita APENAS UM outro brinquedo ou atividade durante a avaliação.	4	
Apresenta interesse maior por algum brinquedo/objeto ou atividade. Resiste às tentativas de retirar o brinquedo/objeto ou mudar a atividade; mas busca ou aceita pelo menos DOIS outros brinquedos ou atividades durante a avaliação.	3	
Apresenta nítida preferência por algum brinquedo/objeto ou atividade, ao qual volta com frequência, mas não resiste às propostas de mudanças de brinquedos ou atividades.	2	
A criança nota que houve mudança do brinquedo ou atividade propostas, pode retornar à mesma atividade ou buscar o mesmo brinquedo algumas vezes (UMA OU DUAS VEZES), mas não resiste às mudanças de brinquedos ou atividades.	1	
A criança não apresenta sinais de adesão a nenhum brinquedo/objeto ou atividade e não resiste à mudança nos brinquedos ou atividades durante a avaliação.	0	

4.3. Maneirismos

Referem-se a movimentos repetitivos e ritmados, que são executados sem uma finalidade e são intencionais (ex: balançar o corpo ou a cabeça, balançar as mãos (flapping), estalar os dedos, bater as mãos, montar os dedos uns em cima dos outros, girar punhos etc. Não cotar aqui movimentos que claramente estão associados a hipo ou hiper reatividade sensorial, que devem ser cotados no item 4.4.

A criança apresenta maneirismos conforme descritos acima A MAIOR PARTE DO TEMPO durante a avaliação.	5	
A criança apresenta maneirismos conforme descritos acima em VÁRIAS (mais de cinco) ocasiões durante a avaliação, mas não a maior parte do tempo.	4	
A criança apresenta maneirismos conforme descritos acima em ALGUMAS (de três a cinco) ocasiões durante a avaliação.	3	
A criança apresenta maneirismos conforme descritos acima RARAMENTE (uma ou duas ocasiões) durante a avaliação.	2	
A criança JÁ APRESENTOU maneirismos conforme descritos acima, ou apresenta raramente, de modo que os pais referem, mas não foram observados durante a avaliação.	1	
A criança NUNCA apresentou maneirismos conforme descritos acima	0	

4.4. Comportamentos de hipo ou hiper reatividade sensorial

Reatividade Sensorial é um padrão de respostas às experiências sensoriais, observadas através de comportamentos que se manifestam como hiper reatividade (reações exageradas/excessivas) ou hipo reatividade (reações ausentes/reduzidas) a informações sensoriais do ambiente ou do próprio corpo, quando comparadas com crianças com desenvolvimento típico. Por exemplo: não perceber quando tocado, parecer não notar que está sujo, pisar em objetos pelo chão, esfregar-se no chão, morder camisa, cheirar ou lambe objetos, passar brinquedos no corpo, olhar brinquedos de ângulos diferentes (ex. deitar-se no chão e movimentar o carrinho diante dos olhos), fixar-se no movimento ou sons dos brinquedos, pular constantemente, andar constantemente de um lado para o outro, andar na ponta dos pés. Inclui também incômodo com som (coloca as mãos nos ouvidos diante de alguns sons), com texturas, com o toque (afastar-se quando tocado), com movimento (quando adulto pega no colo ou faz brincadeiras de jogar pra cima ou aviãozinho) etc.

OBS: Para identificar com maior precisão os aspectos sensoriais, os pais devem responder o questionário sensorial.

A criança apresenta alterações na reatividade sensorial conforme descrito acima A MAIOR PARTE DO TEMPO.	5	
A criança apresenta alterações na reatividade sensorial conforme descrito acima em VÁRIAS ocasiões (mais de cinco vezes), mas não a maior parte do tempo.	4	
A criança apresenta alterações na reatividade sensorial conforme descrito acima em ALGUMAS ocasiões (de três a cinco vezes).	3	
A criança apresenta alguma alteração na reatividade sensorial descrita acima de forma clara em um ou dois momentos durante a avaliação. Apesar de ocorrerem durante a avaliação, ocorrem RARAMENTE.	2	
A criança JÁ APRESENTOU alguma alteração na reatividade sensorial descrita acima, ou apresenta raramente, de modo que os pais referem, mas não foram observados durante a avaliação.	1	
A criança nunca apresentou alteração na reatividade sensorial.	0	

Escore total comportamento rígido e gestos repetitivos

Sintomas Associados

Referem-se a características que estão frequentemente presentes no transtorno do espectro do autismo, mas que não fazem parte dos sintomas centrais dessa condição.

Observe que para alguns itens dos Sintomas Associados você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

Cognição: Compreensão e execução

Como este instrumento não realiza uma medida direta da inteligência, as questões abaixo se propõem a fazer uma avaliação indireta de potencialidade cognitiva.

5.1. Compreensão Verbal

Refere-se à compreensão verbal da criança. O avaliador deve identificar se a criança é capaz de compreender frases compostas que sejam compatíveis com a sua idade. Para crianças de 2 a 3 anos considerar comandos simples, tais como: “pegue a bola”; “venha cá”; “vamos guardar o brinquedo”; “qual o nome deste bichinho?”. Já para crianças com mais de 3 anos considerar comandos mais complexos, com mais de uma informação, tais como: “por favor, pegue aquele chocalho que está debaixo da almofada e coloque em cima da mesa”.

A criança não parece compreender nada do que lhe falam. A criança não atende nem a comandos simples.	5	
Apesar de muitas vezes parecer não escutar, em pelo menos <u>uma</u> ocasião atende a comandos simples do avaliador, apoiando-se em gestos associados à produção oral. Exemplo: o avaliador diz: “Vamos desenhar?” e, ao mesmo tempo, pega a mão da criança e coloca próxima ao lápis e papel, e ela atende ao comando; ou o avaliador diz: “Pega o lápis?”, ao mesmo tempo que segura o lápis perto da mão da criança para ela pegar o lápis e ele pega.	4	
Responde em pelo menos <u>duas</u> ocasiões a comandos simples, sem que seja necessário utilizar gestos associados. Exemplo: atende ao comando: “pega o carrinho”.	3	
Responde a comandos compostos (com duas ou mais orientações) <u>em uma ou duas ocasiões</u> , sem que seja necessário utilizar gestos associados. Exemplo: “dá mamadeira para a boneca”; “guarda o boliche e pega a torre”.	2	
Apesar de nem sempre responder aos comandos e/ou perguntas, nota-se que a criança é capaz de compreender comandos compostos (com duas ou mais orientações) <u>em mais de três situações, mas não na maioria das vezes</u> . Exemplo: “dá mamadeira para a boneca”; “guarda o boliche e pega a torre”.	1	
A criança tem compreensão verbal compatível com a sua idade, o que se expressa durante toda a avaliação, compreendendo quase todos os comandos verbais do avaliador.	0	

5.2. Execução

Esse item está relacionado à execução das tarefas solicitadas pelo examinador, ou atividades realizadas pela criança. Aqui devemos observar a capacidade de resolver problemas que não podem ser resolvidos automaticamente (ex. subir em algo para conseguir pegar o que gostaria). Habilidades como formação de conceito (ex. aponta o que é pequeno e grande), classificação de

objetos (ex. consegue identificar o que é igual e diferente), identificação de relações com objetos de causa e efeito. Para crianças de 2 a 3 anos considerar a capacidade de encaixar três peças simples; emparelhar objetos com a mesma textura; emparelhar a forma geométrica com a mesma figura. Já para crianças com mais de 3 anos considerar emparelhar três ou mais objetos; aponta para objetos compridos ou curtos; indica se os objetos são iguais ou diferentes; associa objetos correspondentes como mamadeira com o bebê.

A criança é incapaz de realizar as tarefas propostas; apenas espalha ou arremessa os brinquedos ou objetos, ou os manipula de forma sensorial (cheirar, lamber). Nas brincadeiras não consegue identificar padrões ou estruturar o formato da brincadeira.	5	
A criança consegue balançar de forma fugaz o chocalho, e encaixa apenas uma peça no jogo de encaixe sozinha. Tem dificuldade de empilhar os brinquedos. Não sabe identificar o que é pequeno ou grande, por isso a brincadeira parece não obedecer a um certo grau de organização.	4	
A criança brinca com algum grau de organização. Pode colocar os brinquedos e retirá-los dos recipientes; pode conseguir tocar os brinquedos musicais de forma desordenada, mas não consegue realizar sozinha a maioria das tarefas propostas. Indica tentar compreender o funcionamento dos objetos ou de suas partes, mas tem alguma dificuldade de identificar como os objetos são agrupados por categorias ou tamanhos.	3	
A criança brinca de maneira organizada com os brinquedos mais simples e consegue encaixar a maioria das peças e empilhar os brinquedos por tamanho na maioria das vezes, mesmo que nem sempre acerte. Mostra interesse em ativar e desativar um brinquedo, parecendo, de uma certa forma, estar estudando as “ações” do objeto ou procurando entender relações de causa-efeito.	2	
A criança consegue fazer a maioria das tarefas propostas, mas não todas; ou pode fazê-las sem autonomia, necessitando de mais dicas ou apoios; OU, apesar de não fazer as tarefas propostas, a criança mostra interesse pelas semelhanças ou diferenças entre os objetos. Por exemplo, ela procura agrupar objetos de uma mesma categoria (ex. todos os veículos); ou procura agrupar objetos em função de uma característica comum (ex. forma, cor ou tamanho); ou procura agrupar objetos em função de uma relação temática (ex. talheres com pratos, carros com bonecos).	1	
A criança executa a maioria das tarefas que são apropriadas para a sua idade, como descritas na epígrafe.	0	

Escore total da Compreensão e Execução

6. Cognição: Habilidades Especiais

Refere-se a habilidades que a criança possui além daquilo que seria esperado para a sua idade cronológica, apesar de poder apresentar dificuldades globais de aprendizagem.

Apresenta habilidades além do esperado para a sua idade, configurando um talento excepcional em áreas bem específicas. Ex.: leitura com fluência aos 3 anos, desenhos muito elaborados (ricos em detalhes e perspectiva), autodidata no aprendizado de línguas estrangeiras, memorização de sequências numéricas (placas de carros, telefones), reprodução de músicas em instrumentos, manuseio extremamente elaborado de eletrônicos e suas funções.	5	
A criança apresenta habilidades que configuram um talento ou interesse muito grande, mas não é excepcional; podendo ser consequência de um interesse acentuado da criança. Ex.: identificar logomarcas, entoar ou cantar melodias inteiras, identificação de trajetos, memorizar datas, memorizar informações.	3	
A criança não apresenta habilidades especiais.	0	

Escore total de Habilidades Especiais

7. Comportamento Disruptivo

7.1. Oposição

Refere-se à oposição ativa, que implica uma ação proativa contrária às consignas do avaliador e é característica do transtorno desafiante opositor. Por exemplo a criança faz o oposto daquilo que o avaliador sugere, quer sempre a sua vez nos jogos, se recusa a seguir as regras e insiste nas suas próprias regras, toma o brinquedo do avaliador, espalha os brinquedos que o avaliador propõe, repete ostensivamente comportamentos ou ações antes interditas e sorri de forma provocativa.

Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

A criança apresenta oposição ativa durante toda avaliação.	5	
A criança apresenta oposição ativa MAIS DE TRÊS VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos de oposição ativa MUITO FREQUENTEMENTE na escola e em casa.	4	
A criança apresenta oposição ativa DUAS OU TRÊS VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos FREQUENTES de oposição ativa na escola e em casa.	3	
A criança apresenta oposição ativa UMA VEZ durante a avaliação. Pode também haver relatos eventuais de oposição ativa em casa ou na escola.	2	

A criança não apresenta oposição ativa durante a avaliação, mas há relatos eventuais de oposição ativa em casa ou na escola.	1	
A criança não apresenta oposição ativa durante a avaliação e não há relatos de oposição ativa em casa e nem na escola.	0	

7.2. Irritabilidade

Esse item se refere a um humor irritadiço, caracterizado por choro, reclamação ou xingamento. A criança parece estar mal-humorada.

Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta

A criança apresenta-se muito irritadiça durante toda avaliação.	5	
A criança se irrita DUAS OU TRÊS VEZES durante a avaliação e a irritabilidade dura mais tempo; E/OU há relatos de irritabilidade MUITO FREQUENTEMENTE na escola e em casa.	4	
A criança se irrita DUAS OU TRÊS VEZES durante a avaliação. A irritabilidade dura pouco tempo; E/OU há relatos FREQUENTES de irritabilidade na escola e em casa.	3	
A criança se irrita UMA VEZ durante a avaliação. A irritabilidade dura pouco tempo e ela se regula sozinha. Pode também haver relatos eventuais de irritar-se em casa ou na escola.	2	
A criança não apresenta irritabilidade durante a avaliação, mas há relatos eventuais de irritar-se em casa ou na escola.	1	
A criança não mostra irritabilidade durante a avaliação e não há relatos de irritabilidade em casa e nem na escola.	0	

7.3. Explosões de Raiva – Reativo a estímulos

As explosões de raiva são reações mais intensas e ocorrem em resposta a alguma frustração, são desproporcionais ao estímulo e se caracterizam por se jogar no chão, agressão física, arremessar objetos ou quebrar objetos.

Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

A criança explode MAIS DE TRÊS VEZES durante a avaliação, dura mais tempo E/OU não é possível acalmá-la.	5	
A criança explode DUAS VEZES durante a avaliação, dura mais tempo, sendo necessário intervenção para acalmá-la; E/OU há relatos MUITO FREQUENTES de explosões em casa e na escola.	4	
A criança explode DUAS VEZES durante a avaliação, dura pouco tempo e ela se regula sozinha; E/OU há relatos FREQUENTES de explosões em casa e na escola.	3	
A criança explode UMA VEZ durante a avaliação, porém não dura muito tempo e ela se regula sozinha. Pode também haver relatos eventuais de explosões de raiva em casa ou na escola.	2	

A criança não apresenta episódio de explosão durante a avaliação, mas há relato de explosões eventuais em casa ou na escola	1	
A criança não apresenta explosões de raiva durante a avaliação, pode ficar insatisfeita diante de negativas ou limites impostos ao seu comportamento, mas a sua reação não excede uma reação adaptativa. Não há relatos de explosões de raiva em casa e nem na escola.	0	

7.4. Impulsividade – Descontrole inibitório

Impulsividade se refere a reações irrefletidas em resposta a algum estímulo externo, como não esperar a sua vez, interromper a fala do outro e outras situações impulsivas que caracterizam transtornos psiquiátricos associados com déficit no controle inibitório. Não cotar aqui atos impulsivos que não se dão em resposta a estímulos externos, nem no contexto de uma interação, que ocorrem mais comumente em pacientes com autismo e devem ser cotados no item 8.

Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

A criança apresenta reações impulsivas INÚMERAS (mais de 6 vezes) durante a avaliação.	5	
A criança apresenta reações impulsivas VÁRIAS VEZES (4 a 5 vezes) durante a avaliação.	4	
A criança apresenta reações impulsivas ALGUMAS VEZES (2 a 3 vezes) durante a avaliação; E/OU há relatos FREQUENTES de reações impulsivas em casa ou na escola.	3	
A criança apresenta reações impulsivas UMA VEZ durante a avaliação. Pode também haver relatos EVENTUAIS de reações impulsivas em casa ou na escola.	2	
A criança não apresenta reações impulsivas durante a avaliação, mas há relatos EVENTUAIS em casa ou na escola	1	
A criança não apresenta reações impulsivas durante a avaliação E não há relatos dessas reações em casa e nem na escola.	0	

Escore total do comportamento disruptivo	
--	--

8. Impulsividade

A impulsividade refere-se a atos impulsivos aparentemente aleatórios, como jogar coisas pela janela, derrubar objetos, empurrar pessoas, cuspir ou bater em alguém, puxar os cabelos das pessoas, arremessar objetos ou brinquedos no chão etc. NÃO cotar aqui quando a impulsividade ocorrer em resposta a situações de

excesso de estimulação sensorial ou frustração, ou ainda dificuldade de comunicar o que deseja ou o que sente, o que é cotado nos itens 11 e 12. Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

A criança apresenta alguns dos atos impulsivos descritos SEIS OU MAIS VEZES durante a avaliação.	5	
A criança apresenta alguns dos atos impulsivos descritos QUATRO OU CINCO VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos de atos impulsivos COM MUITA FREQUÊNCIA em casa e na escola.	4	
A criança apresenta alguns dos atos impulsivos descritos DUAS OU TRÊS VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos FREQUENTES de atos impulsivos em casa ou na escola.	3	
A criança apresenta algum dos atos impulsivos descritos UMA VEZ durante a avaliação. Pode também haver relatos de eventuais atos impulsivos em casa ou na escola.	2	
A criança não apresenta episódio de impulsividade durante a avaliação, mas há relato de eventuais atos impulsivos em casa ou na escola.	1	
A criança não apresenta sinais de impulsividade durante a avaliação e não há relatos de impulsividade em casa e nem na escola.	0	

Escore da impulsividade

10. Hiperatividade

Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

A criança é hiperativa e não fica parada em nenhum momento.	5	
A criança é hiperativa, porém fica parada por períodos muito curtos (menos de 5 minutos), fazendo algumas atividades.	4	
A criança é bastante ativa, porém fica parada por períodos curtos (5 a 10 minutos), fazendo algumas atividades; E/OU, apesar de a criança não se apresentar hiperativa na avaliação, há relatos de hiperatividade em casa e na escola.	3	
A criança é mais inquieta do que o habitual, porém pode permanecer parada por períodos maiores (10 minutos) fazendo algumas atividades.	2	

A criança fica um pouco inquieta apenas quando não lhe é oferecida nenhuma atividade estruturada.	1	
A criança não apresenta hiperatividade durante a avaliação e não há relatos de hiperatividade em casa e nem na escola.	0	

Escore da hiperatividade	
--------------------------	--

10. Hipoatividade

A criança é bastante letárgica, permanece a maior parte do tempo parada.	5	
A criança é muito quieta, letárgica, executa apenas uma ou duas tarefas, mesmo que incompletas.	4	
A criança é muito quieta, porém consegue executar algumas tarefas com auxílio.	3	
A criança é mais lenta do que o habitual, porém em atividades que a interessam muito ela se mostra um pouco mais ativa.	2	
A criança fica parada em alguns momentos quando não lhe é oferecida nenhuma atividade estruturada.	1	
A criança não se mostra hipoativa durante a avaliação e nem há relatos de hipoatividade em outros ambientes.	0	

Escore da hipoatividade	
-------------------------	--

11. Comportamento hetero lesivo

A hetero lesão consiste em bater, arranhar, tentar morder ou empurrar as pessoas; ou danificar o patrimônio. Ocorre diante de situações de excesso de estimulação sensorial, ou dificuldade de comunicar o que deseja ou o que sente, ou frustração nas atividades repetitivas, rituais e ou de interesse (a criança não aceita a intrusão do outro, interferindo, modificando ou encerrando alguma atividade do interesse dela).

Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

A criança apresenta reações hetero lesivas MAIS DE SEIS VEZES durante a	5	
---	---	--

avaliação.		
A criança apresenta reações hetero lesivas QUATRO OU CINCO VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos de reações hetero lesivas COM MUITA FREQUÊNCIA em casa ou na escola.	4	
A criança apresenta reações hetero lesivas DUAS OU TRÊS VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos FREQUENTES de reações hetero lesivas em casa ou na escola.	3	
A criança apresenta reações hetero lesivas UMA VEZ durante a avaliação. Pode também haver relatos eventuais de reações hetero lesivas em casa ou na escola.	2	
A criança não apresenta episódio de hetero lesão durante a avaliação, mas há relato de EVENTUAIS reações hetero lesivas em casa ou na escola.	1	
A criança não tem reações hetero lesivas, a menos que seja em reação a uma agressão sofrida. Não há relatos de hetero lesão em casa e nem na escola.	0	

Escore comportamento hetero lesivo

12. Comportamento auto lesivo

Auto lesão diz respeito a um comportamento auto lesivo caracterizado por bater na cabeça, bater nas orelhas, se morder, bater a cabeça contra a parede ou objetos, bater no rosto etc. Ocorre diante de situações de excesso de estimulação sensorial, ou dificuldade de comunicar o que deseja ou o que sente, ou frustração nas atividades repetitivas, rituais e ou de interesse (a criança não aceita a intrusão do outro, interferindo, modificando ou encerrando alguma atividade do interesse dela). Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

A criança apresenta reações auto lesivas MAIS DE SEIS VEZES durante a avaliação.	5	
A criança apresenta reações auto lesivas QUATRO OU CINCO VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos de reações auto lesivas COM MUITA FREQUÊNCIA em casa ou na escola.	4	
A criança apresenta reações auto lesivas DUAS OU TRÊS VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos FREQUENTES de reações auto lesivas em casa ou na escola.	3	
A criança apresenta reações auto lesivas UMA VEZ durante a avaliação. Pode também haver relatos eventuais de reações auto lesivas em casa ou na escola.	2	
A criança não apresenta reações auto lesivas durante a avaliação, mas há relato de EVENTUAIS reações auto lesivas em casa ou na escola.	1	
A criança não apresenta reações auto lesivas. Não há relatos de auto lesão em casa e nem na escola.	0	

Escore comportamento auto lesivo

13. Sintomas obsessivo/compulsivo

Refere-se a comportamentos característicos do transtorno obsessivo/compulsivo, como: tocar um objeto com uma mão e depois com a outra (simetria); necessidade de organizar objetos do mesmo modo; verificar portas e janelas; lavar-se muitas vezes por receio de contaminação; guardar (acumular) coisas inúteis; pensamentos intrusivos que não consegue controlar, etc. Não cotar aqui comportamentos ritualísticos característicos de pessoas com autismo, que são cotados no item 4.1. Observe que para este item você pode considerar também informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

A criança apresenta comportamento obsessivo/compulsivo MAIS DE SEIS VEZES durante a avaliação.	5	
A criança apresenta comportamento obsessivo/compulsivo QUATRO OU CINCO VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos de comportamento obsessivo/compulsivo COM MUITA FREQUÊNCIA em casa ou na escola.	4	
A criança apresenta comportamento obsessivo/compulsivo DUAS OU TRÊS VEZES durante a avaliação; E/OU há relatos FREQUENTES de comportamento obsessivo/compulsivo em casa ou na escola.	3	
A criança apresenta comportamento obsessivo/compulsivo UMA VEZ durante a avaliação. Pode também haver relatos eventuais de comportamento obsessivo/compulsivo em casa ou na escola.	2	
A criança não apresenta comportamento obsessivo/compulsivo durante a avaliação, mas há relato de comportamento obsessivo/compulsivo em casa ou na escola.	1	
A criança não apresenta comportamento obsessivo/compulsivo durante a avaliação e não há relatos desse comportamento em casa e nem na escola.	0	

Escore do comportamento obsessivo/compulsivo

Alterações Somáticas Associadas

Os itens aqui se referem a sintomas somáticos que estão frequentemente associados ao autismo, podendo estar relacionados a fenótipos específicos.

Esses itens são preenchidos com informações colhidas na anamnese para escolher a resposta.

14. Alteração no controle de esfíncteres

Refere-se ao treinamento no controle de esfíncteres e também a comportamentos relacionados ao treinamento, que são típicos de crianças com autismo: recusa ativa do uso do troninho/penico ou do vaso; quando quer fazer alguma das dejeções solicita a fralda para fazê-lo; faz alguma das dejeções em local definido por ele mesmo (um canto da casa, na varanda, no quintal, de pé etc.); prende com muita frequência as fezes e/ou a urina; não se incomoda em se manter com a fralda suja; manipula com frequência as fezes e/ou o ânus.

Observe que para preencher este item você deve buscar as informações colhidas na anamnese.

A criança apresenta dois dos comportamentos descritos no item 4; ou todos eles.	5	
A criança não tem nenhum tipo de controle de esfíncter; E/OU prende com muita frequência as fezes E/OU a urina; E/OU manipula com frequência fezes e o ânus.	4	
A criança se recusa a usar o vaso sanitário ou o troninho/penico. Solicita a fralda para fazer as dejeções; OU faz as dejeções em local definido por ele mesma.	3	
A criança usa o vaso ou o troninho/penico de forma irregular (ou tem menos de 3 anos, ainda não tem controle de esfíncteres, mas os pais têm conseguido avanços no treino).	2	
Costuma TAMBÉM solicitar a fralda para fazer alguma das dejeções; E/OU faz alguma das dejeções em local definido por ele mesma.		
A criança tem mais de 3 anos e ainda não tem controle de esfíncteres, mas vem avançando lentamente no treino e não tem as alterações descritas; OU já tem controle de esfíncteres, porém, ao longo do desenvolvimento, já teve alguma das alterações descritas, mas não tem mais.	1	
A criança já tem controle de esfíncteres; OU tem menos de 3 anos, ainda não tem controle de esfíncteres, mas os pais têm conseguido avanços no treino. Além disso, NUNCA apresentou as alterações descritas.	0	

Escore de alterações no controle de esfíncteres

15. Sono

Responda essa questão considerando que o padrão de sono de uma criança nessa faixa de idade é de 10 a 13 horas de sono por dia, podendo haver cochilos de até 2 horas no período da tarde. O horário de sono é entre 20h e 6 da manhã, podendo haver variação de mais ou menos duas horas, considerando hábitos da família.

Observe que para preencher este item você deve buscar as informações colhidas na anamnese.

O paciente QUASE NÃO dorme durante a noite, podendo gritar, ficar agitado ou chorar muito; PODE TAMBÉM dormir durante o dia, invertendo o ciclo sono-vigília; PODE TAMBÉM apresentar pesadelos e/ou sonambulismo e/ou terror noturno; E/OU apresentava esses sintomas na frequência referida, mas está EM TRATAMENTO farmacológico.	5	
O paciente CONSTANTEMENTE tem o sono interrompido durante a noite; PODE TAMBÉM dormir durante o dia, invertendo o ciclo sono vigília; PODE TAMBÉM apresentar pesadelos e/ou sonambulismo e/ou terror noturno E/OU apresentava esses sintomas na frequência referida, mas está EM TRATAMENTO farmacológico. Pode dormir APENAS na cama dos pais.	4	
O paciente VÁRIAS VEZES demora para dormir ou acorda cedo demais; E/OU acorda VÁRIAS VEZES durante a noite; E/OU apresenta FREQUENTEMENTE pesadelos e/ou sonambulismo e/ou terror noturno E/OU apresentava esses sintomas na frequência referida, mas está EM TRATAMENTO farmacológico. Pode, FREQUENTEMENTE, acordar e ir para a cama dos pais.	3	
O paciente pode, ÀS VEZES, demorar para dormir, acordar durante a noite ou acordar cedo demais; OU pode apresentar ÀS VEZES pesadelos e/ou sonambulismo e/ou terror noturno; E/OU apresentava esses sintomas na frequência referida, mas está EM TRATAMENTO farmacológico. Pode, ÀS VEZES, acordar e ir para a cama dos pais.	2	
O(A) paciente tem má higiene do sono (exemplo: dorme tarde e acorda tarde).	1	
O(A) paciente dorme bem e tem uma rotina de sono adequada.	0	

Escore do Sono

16. Problemas gastrointestinais

Observe para preencher este item você deve buscar as informações colhidas na anamnese.

O paciente tem intolerância a MUITOS alimentos, incluindo alimentos que contêm glúten, caseína e lactose; ou já teve esses problemas em algum momento do desenvolvimento.	5	
O paciente tem intolerância a ALGUNS alimentos, como os que contêm glúten, caseína ou lactose; ou já teve esses problemas em algum momento do desenvolvimento.	4	
O paciente tem obstipação, diarreia ou refluxo importantes; mas não tem intolerância a alimentos; ou já teve esses problemas em algum momento do desenvolvimento.	3	
O paciente tem obstipação, diarreia ou refluxo importantes; relacionados com algum tipo de alimentação; pode ter algum tipo de alergia alimentar; ou já teve esses problemas em algum momento do desenvolvimento.	2	
O paciente tem obstipação, diarreia ou refluxo, mas os sintomas são leves e manejáveis com dieta; ou já teve esses problemas em algum momento do desenvolvimento.	1	
O paciente não tem nenhum tipo de alteração gastrointestinal.	0	

Escore problemas gastrointestinais

17. Problemas respiratórios

Observe que para preencher este item você deve buscar as informações colhidas na anamnese.

O paciente é muito vulnerável a infecções respiratórias, já teve VÁRIOS episódios de pneumonia, amigdalites e/ou faringites, e/ou crises de asma e já foi internado VÁRIAS vezes em função de infecções respiratórias, asma ou pneumonia.	5	
O paciente é muito vulnerável a infecções respiratórias, já teve VÁRIOS episódios de pneumonia, amigdalites e/ou faringites, e/ou crises de asma e precisou ficar internado POUCAS vezes em função de infecções respiratórias, asma ou pneumonia.	4	
O paciente é vulnerável a infecções respiratórias, já teve VÁRIOS episódios de pneumonia, amigdalites e/ou faringites, e/ou crises de asma; porém NUNCA precisou ficar internado em função de infecções respiratórias, asma ou pneumonia.	3	

O paciente é vulnerável a infecções respiratórias, já teve ALGUNS episódios de pneumonia, amigdalites e/ou faringites, e/ou crises de asma; porém NUNCA precisou ficar internado em função de infecções respiratórias, asma ou pneumonia.	2	
O paciente é vulnerável a infecções respiratórias, apresenta gripes, amigdalites e/ou faringites com mais frequência do que o habitual, ou asma leve; porém NUNCA precisou ficar internado em função de infecções respiratórias, asma ou pneumonia.	1	
O paciente apresenta as viroses e gripes habituais e NUNCA precisou ficar internado em função de infecções respiratórias, asma ou pneumonia.	0	

Escore problemas respiratórios

18. Tônus

Presença de hipotonia caracterizada por musculatura "mole" para a idade. Ao se sentar a criança pode tocar a região lateral externa dos joelhos na superfície do chão. O tronco fica curvado para frente. De pé, os braços estão estendidos ao lado do corpo sem a típica semiflexão. A marcha pode ser arrastada e a curvatura dos pés (cava) rasa ou ausente. Os pés são pronados para dentro. A boca pode estar entreaberta demonstrando que há também hipotonia facial. Está associada com hipoatividade. A criança não tem dinamismo e prefere brincadeiras sentada ou deitada.	5	
A hipotonia é semelhante ao item 5 pontos, entretanto não é acompanhada de hipoatividade.	3	
A hipotonia é menor que de item 5, mas a criança se senta com o tronco curvado e/ou a marcha é arrastada, sem adequada elevação dos pés (melhor observado durante a corrida).	1	
Ausência de hipotonia.	0	

Escore tônus

19. Síndromes, alterações neurológicas ou dismorfismos.

Exemplo: Síndromes genéticas, paralisia cerebral, microcefalia ou dismorfismos.

Sim	5	
Não	0	

Se sim, especificar	
---------------------	--

20. Episódios pré ou pós-natais

Exemplo: prematuridade, apgar baixo, pequeno para idade gestacional, grande para idade gestacional, Zica, toxoplasmose, citomegalovírus, síndrome alcoólica fetal, rubéola, uso de citotec, uso de ácido valproico, uso de drogas psicoativas ou não, infecção urinária, eclâmpsia, diabetes gestacional, outros.

Observe que para preencher este item você deve buscar as informações colhidas na anamnese.

Sim	5	
Não	0	

Se sim, especificar	
---------------------	--

21. Epilepsia

Observe que para preencher este item você deve buscar também as informações colhidas na anamnese.

Sim	5	
Não	0	

Se sim, especificar	
---------------------	--

Especificar se estava tendo crise durante a avaliação.