



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SAÚDE

SUELEN GUALBERTO GOMES SIMAS

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA LABIRINTO DE DIAGNÓSTICO DE
AUTISMO: MÓDULO DE 5 A 7 ANOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SALVADOR - BA
2025

SUELEN GUALBERTO GOMES SIMAS

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA LABIRINTO DE DIAGNÓSTICO DE
AUTISMO: MÓDULO DE 5 A 7 ANOS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde.

Orientador: Dr. Gustavo Marcelino Siquara

Coorientadora: Dr^a Milena Pereira Pondé

SALVADOR - BA
2025

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S588 Simas, Suelen Gualberto Gomes.
Evidências de validade da escala labirinto de diagnóstico de autismo: módulo de 5 a 7 anos/ Suelen Gualberto Gomes Simas. - Salvador, 2025.
124f.; il.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Marcelino Siquara
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Psicologia e Intervenções em Saúde) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, 2025.

Inclui bibliografia

1. Autismo. 2. Diagnóstico. 3. Escala. 4. Psicologia e Intervenções em Saúde. I. Siquara, Gustavo Marcelino. II. Título.

CDU: 159.9

SUELEN GUALBERTO GOMES SIMAS

**"EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA LABIRINTO DE DIAGNÓSTICO DE
AUTISMO: MÓDULO DE 6 A 7 ANOS"**

Dissertação apresentada à Escola Bahiana
de Medicina e Saúde Pública, como
requisito parcial para a obtenção do Título
de Mestre em Psicologia e Intervenções em
Saúde.

Salvador, 21 de novembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Cassio dos Santos Lima
Doutorado em Psicologia
Universidade Federal da Bahia, UFBA

Dr. José Neander Silva Abreu
Doutorado em Neurociências e Comportamento
Universidade de São Paulo, USP

Dra. Nayara Silva Argolo
Doutorado em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia, UFBA

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde, força, sabedoria e perseverança para trilhar cada etapa desta jornada acadêmica.

Agradeço profundamente a todas as pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa e para a minha formação ao longo do mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Gustavo Marcelino Siquara, e à minha coorientadora, Profa. Dra. Milena Pereira Pondé, expresso minha sincera gratidão pelas orientações, disponibilidade, paciência e rigor científico. Suas contribuições foram fundamentais para a construção, desenvolvimento e amadurecimento deste trabalho.

Às professoras Profa. Dra. Carolina Aguiar e Profa. Dra. Chrissie Carvalho, que integraram a banca de qualificação, agradeço pelas valiosas contribuições, críticas construtivas e direcionamentos que enriqueceram significativamente esta dissertação.

Aos membros da banca examinadora de defesa, Prof. Dr. Cássio Santos Lima, Prof. Dr. José Neander Silva Abreu e Profa. Dra. Nayara Silva Argollo, agradeço pela disponibilidade, leitura criteriosa e contribuições que auxiliaram na consolidação final deste trabalho.

Aos participantes desta pesquisa, especialmente às crianças e aos seus responsáveis, registro meu profundo agradecimento pela confiança, disponibilidade e colaboração. Sem a participação de vocês, este estudo não teria propósito nem possibilidade de realização.

Aos colegas e amigos que estiveram presentes ao longo dessa trajetória, oferecendo apoio, incentivo, motivação e compreensão, deixo meu agradecimento especial a Érica, Janaina, Naiara, Kaike, Vanessa e Ana Lima, cuja presença foi fundamental em diferentes momentos dessa caminhada.

Registro, ainda, minha imensa gratidão à Dra. Marta Baltazar, cujo incentivo foi decisivo para o início desta jornada acadêmica. Foi por meio de sua motivação e confiança que ingressei no mestrado desta instituição, acreditando no meu potencial desde o primeiro momento.

Por fim, agradeço profundamente à minha família, base essencial de sustentação emocional. Em especial, à amada Doralice (in memoriam), cuja presença, ensinamentos e amor continuam a me guiar; à minha tia Cláudia, à tia Elineia e ao meu avô Juracy, pelo apoio constante, incentivo incondicional, paciência e compreensão ao longo de toda esta trajetória acadêmica. O amor de vocês foi fundamental para que este trabalho fosse concluído com dedicação e perseverança.

A todos vocês, minha mais sincera gratidão.

RESUMO

Introdução: O autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento amplamente estudado pelos diversos campos das ciências nos últimos anos. Entretanto, não foram identificados marcadores biológicos que fundamentam a causa do autismo, sendo necessário um diagnóstico clínico através de observação clínica norteada pelos manuais diagnósticos clínicos, testes psicométricos, anamnese e escalas. A partir desse propósito, este estudo tem como principal objetivo obter evidências de validade da escala labirinto de diagnóstico de autismo do módulo de 5 a 7 anos da Escala Labirinto, concebido como um produto técnico. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, correlacional e transversal. Participaram 91 crianças, sendo 34 com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e 57 com desenvolvimento típico, selecionadas por meio de 02 instituições e 01 escola pública, na faixa etária de 5 a 7 anos e 11 meses. Todos os participantes foram avaliados com a Escala Labirinto e a Escala de Responsividade Social - SRS 2ª Edição. O grupo com desenvolvimento típico também foi submetido ao CBCL para identificar problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais. A coleta de dados iniciou-se com a apresentação da pesquisa às instituições e aos responsáveis, os quais, após concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para análise dos dados, utilizou-se a análise fatorial exploratória (EFA) para buscar evidências de validade. **Resultados:** Os achados apontaram que a escala LABIRINTO consegue diferenciar os grupos de desenvolvimento típico e TEA através da Curva ROC (AUC) de 0,90. A LABIRINTO alcançou um ponto de corte de 11, com sensibilidade de 0,85 e especificidade de 0,87. A análise fatorial revelou que 09 itens componentes da escala evidenciaram cargas fatoriais consideráveis (até 0,91), indicando uma forte aderência dos itens ao construto teórico avaliado. No entanto, 05 itens se apresentaram pouco consistentes do ponto de vista estatístico. **Considerações Finais:** Esta pesquisa demonstrou que a Escala LABIRINTO é um instrumento eficaz e demonstra-se válida para o processo de diagnóstico do TEA, favorecendo aos profissionais de saúde uma ferramenta robusta, de fácil aplicação e gratuita.

Palavras-chave: autismo, escala, diagnóstico, validação.

ABSTRACT

Introduction: Autism is a neurodevelopmental disorder widely studied by various scientific fields in recent years. However, no biological markers have been identified to support the cause of autism, making a clinical diagnosis necessary through clinical observation guided by clinical diagnostic manuals, psychometric tests, anamnesis, and scales. Based on this purpose, this study aims to obtain validity evidence for the Labyrinth scale for autism diagnosis, specifically the 5-7 year module of the Labyrinth Scale, conceived as a technical product. **Method:** This is a quantitative, descriptive, correlational, and cross-sectional study. Ninety-one children participated, 34 diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) and 57 with typical development, selected from two institutions and one public school, aged 5 to 7 years and 11 months. All participants were assessed using the Labyrinth Scale and the Social Responsiveness Scale - SRS 2nd Edition. The typically developing group was also subjected to the CBCL to identify internalizing, externalizing, and total behavioral problems. Data collection began with the presentation of the research to the institutions and guardians, who, after agreeing to participate, signed the Informed Consent Form. For data analysis, exploratory factor analysis (EFA) was used to seek evidence of validity. **Results:** The findings indicated that the LABIRINTO scale can differentiate between the typically developing and ASD groups through an ROC curve (AUC) of 0.90. LABIRINTO reached a cutoff point of 11, with a sensitivity of 0.85 and a specificity of 0.87. Factor analysis revealed that 9 items of the scale showed considerable factor loadings (up to 0.91), indicating a strong adherence of the items to the evaluated theoretical construct. However, 5 items were statistically inconsistent. **Final Considerations:** This research demonstrated that the LABYRINTH Scale is an effective and valid instrument for the diagnosis of ASD, providing healthcare professionals with a robust, easy-to-use, and free tool.

Keywords: autism, scale, diagnosis, validation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Curva ROC da Escala Labirinto.	51
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes dos grupos com TEA e desenvolvimento típico	37
Tabela 2 - Comparação das pontuações nos itens e no escore total da Escala LABIRINTO entre os grupos com TEA e desenvolvimento típico.....	46
Tabela 3 - Análise Fatorial da Escala LABIRINTO.....	49
Tabela 4 - Ponto de corte na escala LABIRINTO, com base no diagnóstico estabelecido segundo o DSM-5 para diferenciar casos de não-casos	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADOS-2	Autism Diagnostic Observation Schedule - 2ª Edição
ADIR	Autism Diagnostic Interview - Revisada
AEE	Atendimento Educacional Especializado
CBCL	Child Behavior Checklist (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência)
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição
CID-11	Classificação Internacional de Doenças, 11ª Edição
CNV	Comunicação Não Verbal
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DI	Deficiência Intelectual
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição
DSM-V TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Texto Revisado
EFA	Análise Fatorial Exploratória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LABIRINTO	Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Autismo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCD	Pessoa Com Deficiência
RRBIS	Comportamentos e Interesses Rígidos e Repetitivos
ROC	Receiver Operating Characteristic
SRS-2	Escala de Responsividade Social, 2ª Edição
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGD	Transtorno Global do Desenvolvimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	Evolução e História da Classificação Diagnóstica do Autismo	14
2.2	As Manifestações do TEA e Desafios na Interação Social	16
2.3	Instrumentos Diagnósticos	17
2.4	A Importância de Ferramentas Diagnósticas	20
2.5	Contexto Epidemiológico e Necessidade de Ferramentas Diagnósticas Adaptadas	20
2.6	Impacto do Diagnóstico e Importância de Ferramentas Acessíveis e Precisas	22
2.7	A Escala Labirinto para Diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autista (TEA)	22
2.8	Psicologia, Saúde e a Escala Labirinto	24
2.9	Políticas Públicas, Processos Psicossociais em Saúde e a Escala Labirinto de Diagnóstico de Autismo	26
2.11	Escala Labirinto	29
2.12	Validação Psicométrica da Escala Labirinto	31
3	OBJETIVO	34
3.1	Objetivo Geral	34
3.2	Objetivos Específicos	34
4	MÉTODO	35
4.1	Delineamento	35
4.2	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	35
4.3	Participantes	36
4.4	Procedimento e Coleta de Dados	38
4.5	Instrumentos de Avaliação Diagnóstica	39
4.6	Escala Labirinto	39
4.7	Escala de Responsividade Social - 2ª Edição	40
4.8	Treinamento e Padronização dos Aplicadores	41
4.9	Plano de Análise	42
4.10	Validade e Confiabilidade	44
4.11	Questões Éticas	44
5	RESULTADOS	46
6	DISCUSSÃO	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
8	PRODUTO	71
8.1	INTRODUÇÃO	71
8.1.1	Benefícios da Avaliação Diagnóstica	72
8.2	MÉTODO	72
8.2.1	Tipo de Produto	72
8.2.2	Aplicabilidade	72
8.2.3	Guia De Aplicação	72
8.2.4	Pontos fortes e Limitações do Estudo	73

8.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) representa uma condição de neurodesenvolvimento que afeta significativamente as capacidades de interação social, comunicação e comportamento, caracterizando-se por padrões restritos e repetitivos. Nas últimas décadas, observou-se um aumento expressivo na conscientização e nos diagnósticos relacionados ao autismo, o que se deve, em parte, à ampliação nos critérios diagnósticos adotados internacionalmente. Com o lançamento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5) em 2014, houve uma unificação das categorias diagnósticas anteriormente distintas, incluindo a Síndrome de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, sob o conceito mais abrangente do Transtorno do Espectro Autista (American Psychiatric Association, 2014). Essas alterações proporcionaram uma compreensão mais ampla do espectro autista, enfatizando, ao mesmo tempo, a importância de métodos diagnósticos confiáveis e acessíveis para a identificação dessa condição.

Embora os avanços nos critérios diagnósticos tenham contribuído para o reconhecimento do TEA, o acesso a instrumentos de diagnóstico padronizados e validados ainda enfrenta barreiras, especialmente em países como o Brasil. A maioria das ferramentas amplamente reconhecidas internacionalmente, como a Escala de Observação para Diagnóstico de Autismo (ADOS-2) e a Entrevista Diagnóstica de Autismo - Revisada (ADI-R), possuem um alto custo e requerem treinamento especializado, limitando sua aplicabilidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o uso de instrumentos desenvolvidos em contextos culturais distintos levanta questionamentos sobre a validade e precisão desses métodos quando aplicados em diferentes populações, como a brasileira (Becker, 2016). Diante disso, essa realidade demonstra a necessidade de instrumentos diagnósticos economicamente acessíveis e

culturalmente ajustados, a fim de garantir uma avaliação justa e eficaz para todos os indivíduos no espectro.

Nesse sentido, a Escala Labirinto foi desenvolvida com o objetivo de oferecer uma ferramenta diagnóstica para o TEA que seja de fácil acesso para profissionais de saúde em todo o país, respeitando as diversidades dos contextos regionais. Este estudo reúne evidências de validade da Escala Labirinto, investigando sua eficácia na identificação dos sintomas centrais do autismo — déficits na interação social, comunicação verbal e não verbal, além de comportamentos restritos e repetitivos. Ademais, essa pesquisa buscou fortalecer a validade da Escala Labirinto através de comparações com instrumentos consolidados, sendo uma delas a Escala de Responsividade Social – 2ª Edição (SRS-2), amplamente utilizada na avaliação de comportamentos sociais em indivíduos com TEA, a fim de consolidar sua validade (Constantino & Gruber, 2012).

Doravante, a presente dissertação visa preencher a lacuna na disponibilidade de instrumentos diagnósticos para o TEA no Brasil, promovendo contribuições significativas para a área da saúde pública e psicologia. A partir dos resultados obtidos, espera-se fornecer uma ferramenta de avaliação acessível e validada, que auxilie na realização de diagnósticos precoces e intervenções eficazes para indivíduos com TEA, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde voltados ao autismo no contexto brasileiro.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Evolução e História da Classificação Diagnóstica do Autismo

O conceito de autismo tem sido amplamente discutido e desenvolvido no campo médico e psicológico ao longo dos anos, envolvendo importantes contribuições de pesquisadores pioneiros. O psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1911) foi um dos primeiros a associar o autismo a comportamentos observados na esquizofrenia, utilizando o termo para descrever uma tendência de isolamento em pacientes esquizofrênicos. Posteriormente, o austríaco Leo Kanner (1943) identificou características comuns em um grupo de 11 crianças com distúrbios severos, entre elas déficits na interação social, estereotípias, ecolalias e comportamentos obsessivos (Dias, 2015). Sua obra “Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo” marcou o surgimento de uma nova entidade nosológica, o “autismo infantil precoce”, baseada em uma observação detalhada de crianças que apresentavam isolamento social e dificuldades de interação afetiva, além de uma estrutura de personalidade diferenciada.

A abordagem de Kanner divergia da de Bleuler, especialmente ao rejeitar a teoria de que o autismo era causado pelo distanciamento emocional dos pais, conceituado pela expressão “mães geladeiras” (Silva, 2020). Em paralelo, Hans Asperger (1944) também contribuiu significativamente para a compreensão do autismo, ao observar traços semelhantes em crianças de famílias autistas, sugerindo uma base genética para a condição (Dias, 2015). Suas observações foram posteriormente integradas ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR, que classificou o autismo e a Síndrome de Asperger como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), destacando prejuízos severos na interação social, interesses restritos e atividades (American Psychiatric Association, 2002).

A Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (Tamanaha, Perissinoto & Chiari, 2008) também categorizou o autismo no âmbito dos TGDs, definindo-o por alterações na

interação social, comunicação e interesses estereotipados. Atualmente, a classificação diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA) se baseia em duas fontes principais: o DSM-5, que define a condição através de uma tríade diagnóstica (déficits persistentes na comunicação social e interação social, e padrões restritos e repetitivos de comportamento), e o CID-11, que apresenta critérios similares, incluindo a presença ou ausência de deficiência intelectual (DI) e comprometimento da linguagem funcional, descrito da seguinte forma:

“O transtorno do espectro do autista é caracterizado por déficits persistentes na capacidade de iniciar e manter a interação social recíproca e de comunicação social e por uma série de restritos, repetitivos e padrões inflexíveis de comportamento e interesses. O início da doença ocorre durante o período de desenvolvimento, geralmente na primeira infância, mas os sintomas podem não se manifestar plenamente até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas. Déficits são suficientemente severos para causar prejuízo na vida pessoal, familiar, áreas sociais, educacionais, ocupacionais ou outros importantes de funcionamento e são geralmente uma característica generalizada do indivíduo de funcionamento observável em todos os ambientes, embora possam variar de acordo com sociais, educacionais, ou outro contexto (Organização Mundial da Saúde, 2019).”

2.2 As Manifestações do TEA e Desafios na Interação Social

A comunidade científica reconhece que o TEA como um transtorno psicopatológico com grande impacto na comunicação não verbal (CNV), o que torna as interações sociais particularmente desafiadoras para pessoas com essa condição. Dalgalarrondo (2019) descreve uma série de dificuldades, como a ausência de contato visual, sorrisos fora de contexto, falta de interesse em interações sociais, estereotípias motoras e ausência de comportamento empático, que refletem a complexidade do TEA para além dos critérios diagnósticos formais. A comunicação verbal também é frequentemente afetada, muitos apresentam fala rígida e padrões vocais distintos, como vozes excessivamente altas ou baixas, além de uma dicção pouco flexível e decorada.

O processo de diagnóstico do TEA é amplamente clínico, fundamentado na observação comportamental e nos relatos dos pais ou cuidadores. Esse procedimento inclui etapas de anamnese, exames físicos para excluir outras condições, e o uso de instrumentos de triagem e escalas de avaliação padronizadas, que desempenham um papel essencial no processo investigativo (Dalgalarrondo, 2019).

Os prejuízos encontrados em indivíduos com Autismo estão relacionados a interação socioafetiva com pessoas; alterações na prosódia (pouca variação ou fala robotizada e/ou decorada); na dimensão pragmática; na dificuldade em concordar com mudanças ambientais e na rotina, sendo considerado comportamentos estereotipados e repetitivos. Além disso, há atrasos importantes em tarefas de cognição social (reconhecimento de emoções, voz, percepção, uso de regras sociais e teoria da mente) (Dalgalarrondo, 2019).

2.3 Instrumentos Diagnósticos

Instrumentos diagnósticos possibilitam uma direção clínica precisa acerca de alterações comportamentais e sua caracterização, favorecendo o diálogo entre profissionais de diversas áreas, bem como viabilizar o rumo da prevenção, investigação e tratamento no qual será ofertado em sua etiologia. O diagnóstico é concebido por intermédio da manifestação de um grupo de sinais e sintomas, concebendo possíveis síndromes e mais adiante entidades nosológicas (Robins e Guze, 1970).

A literatura científica apresenta diversas ferramentas de avaliação diagnóstica sistematizadas sendo uma delas *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) e *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS-2) vistas como instrumentos padrão ouro no mundo e seguem em estudos para validação no Brasil (Marques & Bosa, 2015).

O ADI-R é um instrumento semiestruturado aplicado em formato de entrevista com pais ou cuidadores, composto por 93 itens que abrangem três áreas principais: interação social recíproca, comunicação, e comportamentos restritos e repetitivos. Como parte do procedimento, a ausência do indivíduo durante a entrevista é recomendada para permitir que os cuidadores reflitam sobre o histórico de desenvolvimento e comportamentos característicos da criança ou adulto. Esse instrumento foi elaborado com base nos critérios diagnósticos do CID e DSM, visando garantir sua aplicabilidade em diversos contextos clínicos (Becker, 2009).

Outro instrumento amplamente reconhecido, o ADOS-2, é uma escala de observação padronizada e semi estruturada que avalia comunicação, interação social, jogos, imaginação e comportamentos repetitivos. Com cinco módulos organizados de acordo com o nível de linguagem do indivíduo, o ADOS-2 é aplicado de maneira individual e adaptado à faixa etária e habilidades linguísticas da pessoa avaliada. Por sua abrangência e precisão, o ADOS-2 é uma das ferramentas mais completas para o rastreamento do TEA, com tempo de aplicação estimado entre 40 e 60 minutos para cada módulo (Lord et al., 2008).

No cenário brasileiro, a Escala de Responsividade Social – 2ª Edição (SRS-2) destaca-se como uma das ferramentas clínicas amplamente utilizadas para avaliar sintomas relacionados ao TEA. A SRS-2 é capaz de determinar níveis de comprometimento social e de comunicação após sua aplicação, facilitando a identificação de sintomas centrais da condição (Constantino, 1960).

Outros instrumentos de triagem constantemente utilizados no território brasileiros são: *Autistic Behavior Checklist - ABC* (Escala de Comportamento Autísticos), o PROTEA-R, O CARS, e o M-CHAT. A escala ABC é composta por uma lista de comportamentos do desenvolvimento atípico, na qual são compatíveis com o transtorno do espectro autista (TEA). Suas principais contribuições são a realização de uma triagem de crianças que estejam com suspeita deste transtorno, além de fornecer um diagnóstico individualizado e o detalhamento das áreas mais comprometidas. Atualmente, a ABC vem sendo amplamente utilizada por profissionais de saúde devido ao seu baixo custo e de fácil aplicação por meio de observação direta da criança (Marteleto & Pedromônico, 2005).

Criado por Bosa (1988) e tendo validade preliminar em 2010, o Protocolo de Avaliação Comportamento para Crianças com Suspeita de TEA - Versão Revisada - PROTEA-R é uma ferramenta de triagem por meio da observação direta, que tem como objetivo avaliar como os comportamentos compatíveis com o TEA se manifestam em crianças entre a faixa etária de 18 a 48 meses com suspeitas de autismo, analisando a qualidade e a frequência dos comportamentos. (Pereira, 2015).

A *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), é um equipamento com maior intensidade de uso com relação a avaliação, identificação e classificação das características de TEA em crianças acima de 2 anos de idade. Idealizado por Schopler, Reichler e Renner (SCHOPLER et al 1988), essa escala possui 15 itens nos quais diferencia crianças com autismo das crianças

com atrasos do desenvolvimento sem autismo, bem como estabelecer a distinção por níveis de comprometimento (nível I, II e III) (Pereira, Riesgo & Wagner, 2008).

Outro instrumento comumente utilizado é o M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), sendo um dispositivo de rastreamento voltado para crianças de 1 ano a 2 anos que apresentam risco de comportamentos condizentes com o autismo (Losapio & Pondé, 2008), sendo este incluída na caderneta de saúde da criança possibilitando a equipe de saúde uma detecção precoce de atrasos no desenvolvimento.

Considerando que a avaliação do Transtorno do Espectro Autista (TEA) ocorre por meio de observação clínica da equipe multidisciplinar, composta por psicologia, fonoaudiologia, psiquiatria e/ou neurologia, entre outros. Os instrumentos mencionados acima tornam-se imprescindíveis para fundamentar uma avaliação de rastreio, identificando possíveis atrasos no desenvolvimento. No Brasil, a utilização desses instrumentos de triagem no TEA vem sendo amplamente adotados, sendo alguns em processo de tradução, adaptação e validação (Silva & Elias, 2020). Neste sentido, é crucial instrumentos de avaliação no contexto brasileiro que disponham de um formato transcultural, isto é, considerando as singularidades do país de modo a assegurar que as avaliações foquem as especificidades brasileiras e garantindo um diagnóstico com maior precisão (Manzi-Oliveira et al., 2011). Posto isto, a Escala Labirinto propõe integrar as características específicas do desenvolvimento humano, tendo em vista os marcos do desenvolvimento infantil dentro da realidade brasileira.

2.4 A Importância de Ferramentas Diagnósticas

Os critérios descritos no DSM-5, incluindo os déficits persistentes na comunicação social e interação social em vários contextos, (Critério A) e os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B), sinalizam a diversidade de manifestações do TEA, que se apresenta de maneira única em cada indivíduo. A condição abrange desde altos níveis de habilidades específicas até comorbidades que podem variar em intensidade e tipo. O termo "espectro" visa refletir essa variedade, reconhecendo que o autismo se expressa de diferentes formas em cada pessoa (Costa, 2023).

O DSM-5 (2014) estabelece como critérios diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista os níveis de gravidade do caso, classificando em nível I ausência de apoio, com prejuízos sociais notáveis; nível II exige apoio substancial com prejuízos sociais perceptíveis; nível III exigindo muito apoio substancial com déficits sociais graves. Por outro lado, o CID-11 classifica o TEA em níveis de deficiência intelectual e linguagem funcional.

Considerando essa diversidade, torna-se indispensável a utilização de instrumentos de diagnóstico que considerem tanto os critérios clínicos quanto os aspectos individuais, culturais e socioeconômicos.

2.5 Contexto Epidemiológico e Necessidade de Ferramentas Diagnósticas Adaptadas

A prevalência global do TEA vem crescendo nos últimos anos. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) estimou, em 2020, que 1 em cada 36 crianças de 8 anos estão dentro do TEA, o que representa, aproximadamente, 8% da população infantil. Esses dados refletem a alta prevalência da condição e indicam a importância de diagnósticos precoces para intervenções mais eficazes (CDC, 2020).

No Brasil, embora ainda existam poucas pesquisas epidemiológicas robustas sobre o autismo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu, em 2022, uma pergunta sobre autismo no censo demográfico, indicando um avanço na coleta de dados. Os achados divulgados em 2025 pelo órgão, apontado no censo de 2022, identificaram 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com TEA, representando 1,2% da população brasileira.

No mesmo caminho, os estudos do CDC revelaram que a prevalência do TEA varia entre grupos étnicos e raciais, com taxas mais altas entre asiáticos (3,3%), hispânicos (3,2%) e negros (2,9%), em comparação à crianças brancas (2,4%). Além disso, o autismo demonstra-se mais frequente entre meninos (Paiva, 2023). A reflexão acerca dos dados demonstra que a inclusão de diferentes etnias e contextos culturais é essencial para o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos sensíveis e justos para toda a população.

Doravante, as evidências recentes do CDC (2025), demonstraram que a prevalência do TEA em crianças entre 4 a 8 de idade é de 1 a cada 31 crianças. Com relação aos dados sociodemográficos, o estudo revelou 49,2 por 1.000 entre meninos, e 14,3 por 1.000 entre meninas (Shaw et al., 2025), destacando maior predomínio do TEA no sexo masculino. No que se refere à comparação entre grupos raciais, os dados apontaram a prevalência em crianças brancas, com (27,7), enquanto os maiores dados foram direcionados ao grupo de crianças multirraciais (31,9), negras (36,6) e hispânicas (33,3).

O aumento na prevalência de diagnósticos pode estar relacionado à unificação dos critérios diagnósticos introduzidos com o DSM-5 e a crescente conscientização da sociedade sobre os sinais de autismo. A detecção precoce, possibilitada pelo reconhecimento dos sinais de TEA por familiares e cuidadores, é crucial para que intervenções sejam iniciadas rapidamente e ajustadas às necessidades de cada pessoa (Pinto et al., 2016).

2.6 Impacto do Diagnóstico e Importância de Ferramentas Acessíveis e Precisas

O diagnóstico de TEA impõe uma série de desafios às famílias, como adaptações na rotina, modificações nas condições de trabalho, finanças, e impacto nos vínculos familiares (Pinto et al., 2016). No Brasil, o diagnóstico de TEA assegura aos indivíduos com essa condição o acesso a direitos garantidos pela Lei Nº 12.764/2012, incluindo o direito à educação inclusiva e ao atendimento em saúde especializado, com foco em diagnóstico e tratamento adequado.

Diante deste cenário, para garantir que mais pessoas tenham acesso a diagnósticos precisos e oportunos, o desenvolvimento de novas ferramentas diagnósticas, culturalmente adaptadas e acessíveis financeiramente, torna-se imperativo. O processo de validação de instrumentos é fundamental, uma vez que essa ação indica a sua capacidade de medir precisamente o que se propõe a avaliar. O conceito de validade pode ser categorizado em validade concorrente, de critério ou de construto, cada uma representando diferentes aspectos de precisão e aplicabilidade (Breakwell et al., 2010).

As limitações de acesso a diagnósticos, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, põe em evidência a necessidade de instrumentos válidos no contexto brasileiro. Instrumentos alinhados aos critérios diagnósticos internacionais e sensíveis às especificidades culturais, socioeconômicas e individuais são fundamentais para uma avaliação justa e inclusiva de crianças e adultos no espectro autista no Brasil.

2.7 A Escala Labirinto para Diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autista (TEA)

Atualmente denominado Labirinto (Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Autismo), o grupo foi instituído em 2006 por iniciativa da psiquiatra brasileira Milena Pereira Pondé. Cadastrado na plataforma CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), o grupo de pesquisa objetiva investigar o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o autismo, intitulados como GPTDAH e Autismo. No entanto, em

2011 o grupo passa a ser designado como Labirinto, compondo uma equipe multidisciplinar de cientistas, de diversas instituições, e alunos de Psicologia e Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Em 2014, a Labirinto teve uma adição de membros à coordenação do grupo: a psiquiatra Milena Pondé continuou na posição de líder e, na condição de vice-líder, o psicólogo brasileiro Gustavo Siquara foi uma importante adição ao grupo (Pondé, Siquara & Wanderley, 2022).

O Labirinto tem como missão promover pesquisas de cunho qualitativo, quantitativo, epidemiológico, biológico e clínico acerca do TEA; impulsionar a produção de conhecimento científico de alunos egressos em diferentes níveis de formação, entre outros. Acerca do campo científico, o Labirinto, até 2020, produziu 36 artigos em revistas nacionais e internacionais. Esse resultado foi possível graças à fomentação e incentivo de instituições públicas aos estudos empreendidos pelo grupo e, não obstante, também se justifica nos esforços de seus integrantes. A realização de congressos e a estruturação e validação da Escala Labirinto também foram peças chaves para a evolução das pesquisas empreendidas.

Diante das pesquisas empreendidas pelo grupo e das investigações acerca do TDAH e Autismo, nasce a Escala Labirinto com o objetivo de preencher o que se pode considerar como lacuna, nos instrumentos diagnósticos tratando-se dos fatores socioambientais, culturais e econômicos.

A escala Labirinto é composta por 3 módulos, sendo o primeiro de “2 anos a 4 anos e 11 meses”, já validado e implementado na formação de profissionais para serem aplicados no exercício profissional após a conclusão do curso; o segundo, objetivo central desta pesquisa, de “5 anos a 7 anos e 11 meses”, o terceiro, em processo de validação, a partir de “8 anos, verbal e não verbal”, Essa ferramenta é integrada pelas três principais dimensões do TEA: interação social, comunicação social e comportamentos rígidos e repetitivos.

Na dimensão de interação social, é composta de 4 subitens: resposta à aproximação;, iniciativa para a busca do outro;, sorriso social; empatia. Por sua vez, a comunicação social é constituída por: atipias na linguagem expressiva; qualidade do repertório linguístico; reciprocidade na comunicação verbal; resposta ao chamado do nome; contato visual com o avaliador; intenção de atenção compartilhada realizada pela criança; resposta da criança às tentativas do avaliador de atenção compartilhada; gestos comunicativos. Por fim, os comportamentos rígidos e repetitivos abrangem: brincar/simbolização; dificuldade de mudanças e interesses restritos; maneirismos; comportamentos de hipo e hiper-reatividade sensorial (Pondé, Siquara & Wanderley, 2022).

2.8 Psicologia, Saúde e a Escala Labirinto

A psicologia adota o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define como o completo bem-estar físico, mental e social, expandindo o entendimento biomédico para além da simples ausência de doença ou enfermidade. Assim, a psicologia se estabelece como uma ferramenta essencial na promoção e manutenção da saúde de indivíduos em diversos contextos sociais (Santos & Gradwohl, 2018).

Nesse sentido, compreendendo que o conceito de saúde integra discursos médicos e psicológicos, reconhece-se a existência de tarefas interdisciplinares essenciais para a prática em saúde pública. Assim emerge a psicologia da saúde, cujo principal objetivo é atuar tanto como ciência quanto como profissão nos domínios da saúde (Matarazzo, 1980). A psicologia da saúde propõe-se, portanto, a oferecer às comunidades intervenções de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação de comprometimentos psicológicos, além de acolher e orientar as famílias dos indivíduos afetados e promover o diálogo entre profissionais de saúde sobre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais específicos de cada caso (Teixeira & Leal, 1980).

Almeida e Neves (2020) observam que, recentemente, as demandas de saúde mental voltadas ao diagnóstico do TEA têm aumentado na Europa, com prevalência estimada em 1 a

cada 68 crianças, ou 1,47% da população infantil. Um dos fatores que explica o aumento é a unificação de diagnósticos no DSM-5, incluindo o Transtorno Desintegrativo da Infância, a Síndrome de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Esses dados indicam e corroboram para a existência de ferramentas diagnósticas eficazes, necessidade fundamental para garantir o acesso a serviços de saúde, educação e outros direitos essenciais.

Um dos grandes desafios enfrentados por indivíduos com TEA e suas famílias é o acesso ao atendimento educacional, assegurado pela Constituição Federal (1988), que prevê a integração de pessoas com deficiência no ensino regular e em espaços de educação inclusiva, como o Atendimento Educacional Especializado (AEE), onde se incluem também os autistas (Brasil, 2008).

Os desafios para a efetivação da educação inclusiva permanecem centrados na atuação de pais, cuidadores e familiares, que reivindicam adaptações curriculares, bem como a garantia da diversidade e dos direitos dos estudantes. O apelo social reflete a necessidade de um ambiente escolar universalizado à diversidade dos alunos, com recomendações de profissionais - incluindo psicólogos - que visam atender às particularidades de cada aluno, promovendo aprendizado funcional e avanços acadêmicos (Weizenmann, Pezzi & Zannon, 2020). No entanto, dificuldades no acesso ao diagnóstico pelo Sistema Único de Saúde (SUS) impedem que pessoas economicamente desfavorecidas alcancem os direitos estabelecidos por lei, o que resulta em atrasos cognitivos, sociais, comportamentais e linguísticos por parte das crianças e jovens com suspeita de alguma especificidade. Além disso, o diagnóstico de TEA apresenta desafios específicos para as equipes escolares, devido aos múltiplos déficits que as crianças com TEA podem manifestar (Silva, 2017).

Considerando o contexto do SUS, a estrutura unidimensional da Escala Labirinto representa uma vantagem prática relevante, principalmente por se tratar de uma aplicação e

interpretação favorável em serviços que tendem operar em tempo reduzido, com alta demanda e recursos especializados mais limitados.

Diante desse cenário, o diagnóstico precoce se torna indispensável para facilitar a inserção dessas crianças no ambiente escolar (Silva, 2017). Para que haja inclusão, o diagnóstico torna-se um facilitador essencial para a promoção de uma educação de qualidade e, conseqüentemente, o acesso à saúde especializada. A alta demanda de indivíduos com TEA requer instrumentos diagnósticos que possibilitem melhores práticas em saúde e educação. É nesse contexto que surge a Escala Labirinto, uma ferramenta criada para o diagnóstico e caracterização clínica do TEA. Esse instrumento brasileiro e gratuito, oferece suporte técnico a especialistas que atendem pessoas autistas ou com suspeita de atrasos no desenvolvimento, e embora o estudo não tenha tido como objetivo analisar diferenças entre níveis de suporte, é possível que a heterogeneidade clínica da amostra, incluindo crianças com diferentes graus de comprometimento tenham influenciado no padrão de respostas. .

A escala contribui para o rastreamento e mensuração dos atrasos presentes na sintomatologia do autismo, conforme os marcos do desenvolvimento infantil. Além disso, essa ferramenta permite a discussão de casos clínicos entre profissionais de diversas áreas, avaliando o indivíduo em múltiplos aspectos e oferecendo um diagnóstico detalhado das áreas mais e menos prejudicadas do desenvolvimento, o que potencializa os efeitos de uma intervenção multidisciplinar e permite mensurar os resultados das intervenções ao longo do tempo.

2.9 Políticas Públicas, Processos Psicossociais em Saúde e a Escala Labirinto de Diagnóstico de Autismo

Como já mencionado, nos últimos anos o autismo tornou-se um conceito amplamente discutido nos campos médico e psicológico. As políticas públicas de saúde mental enfrentam grandes desafios no que tange à efetivação no Brasil, especialmente no âmbito dos serviços de

saúde. Esses desafios remontam ao processo de reforma psiquiátrica, iniciado como um movimento de democratização do acesso à saúde mental (Simon & Baptista, 2011).

A reforma psiquiátrica, iniciada no final da década de 1970, teve como principal objetivo promover reivindicações políticas, administrativas e técnicas que assegurassem os direitos das pessoas com transtornos e facilitassem sua reinserção na sociedade. O movimento criticava o tratamento desumano nas instituições psiquiátricas e propunha mudanças no modelo terapêutico tradicional (Tenório, 2002).

Atualmente, a reforma psiquiátrica vive um período marcante, lutando pela implementação de políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial oferecidas pelo Estado por meio do SUS. O movimento antimanicomial, com o lema "por uma sociedade sem manicômios", busca um modelo de tratamento que proporcione autonomia e qualidade de vida aos indivíduos com transtornos mentais. Esse movimento é liderado por profissionais da saúde, ativistas dos direitos humanos, pacientes e familiares, com o objetivo de eliminar práticas de agressão, discriminação e segregação, bem como acabar com o funcionamento de instituições manicomiais (Amarante & Nunes, 2018).

Indivíduos com transtornos do neurodesenvolvimento foram, durante muitos anos, submetidos a tratamentos violentos em instituições psiquiátricas. Com a chegada da Reforma Psiquiátrica, esse modelo foi interrompido, introduzindo-se o paradigma antimanicomial. Esse novo modelo passou a priorizar a desospitalização e a promoção da saúde e do bem-estar. A partir dessa perspectiva, consolidou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado na Constituição Federal de 1988, que assegurou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Paim, 2018).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme classificado pelo DSM-5, ganhou visibilidade devido ao aumento de diagnósticos, resultado da ampliação das categorias diagnósticas do DSM-IV para o DSM-5 (Almeida, 2020). A alta demanda por diagnósticos

gerou a necessidade de políticas públicas que assegurassem os direitos dessa população, culminando na criação da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Essa política foi instituída pela Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, conhecida como Lei Berenice Piana, em referência à mãe que identificou atrasos significativos no desenvolvimento de seu filho por volta dos 2 anos de idade e lutou incansavelmente para que seu filho tivesse oportunidade de diagnóstico, concedida somente quando a criança tinha 6 anos de idade. Seus esforços resultaram em um movimento por direitos das pessoas com TEA, com ênfase no diagnóstico precoce e no tratamento oferecido pelo Estado (Paiva, 2022).

A sociedade civil, por meio do controle social, conseguiu influenciar a gestão pública, implementando essa política que, em 2012, completou 10 anos de vigência. A Lei Berenice Piana foi a primeira lei federal a garantir, promover e proteger os direitos das pessoas com TEA, reconhecendo-as como indivíduos com deficiência para todos os fins legais, como forma de assegurar seus direitos (AUTISTA, 2012).

O TEA, como já mencionado, integra o grupo de pessoas com deficiência (PcD), conforme estabelecido pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei Nº 13.416, de 6 de julho de 2015). A política visa garantir a promoção de direitos e liberdades de forma igualitária, com foco na inclusão social e na plena integração dos indivíduos à sociedade. Entre os direitos assegurados pela Lei Berenice Piana estão: o acesso a serviços de saúde, diagnóstico precoce, atendimento multidisciplinar, nutrição, medicações, educação, moradia, mercado de trabalho, previdência e assistência social (AUTISTA, 2012).

No entanto, a implementação dessas diretrizes apresenta desafios, especialmente pela falta de preparo dos profissionais do SUS para atender adequadamente a comunidade autista, em particular os casos de nível 3 de suporte, que são os mais graves (Alvarenga, 2017). O

subfinanciamento do SUS limita a promoção da saúde, enquanto o setor privado é frequentemente considerado o principal provedor de serviços de saúde, refletindo a lógica neoliberal que prevalece nas políticas públicas (Paim, 2018).

A insuficiência de dados no Brasil se deve, em grande parte, à falta de investimento em pesquisas e ao subdiagnóstico da condição, o que resulta em números pouco confiáveis (Alvarenga, 2017). Para resolver essa questão, são necessárias ferramentas diagnósticas acessíveis que possam apoiar a realização de pesquisas epidemiológicas e subsidiar as políticas públicas na superação de suas debilidades.

Embora haja uma escassez de dados representativos do cenário brasileiro, existe um estudo piloto que apresenta resultados preliminares sobre a prevalência do TEA, realizado na cidade de Atibaia, no interior de São Paulo: uma amostra de 1.470 crianças, de 7 a 12 anos de idade, representou 0,3% de preponderância do TEA (Paula Et al., 2011). Em outro estudo em Santa Catarina, com uma pequena amostra, a prevalência encontrada foi de 1,31 por 10.000 pessoas, sendo 1,23 a 1,89 meninos para cada menina (Ferreira, 2008). Esses dados, mesmo que deficitários, põem em evidência a necessidade de pesquisas mais amplas, bem como ferramentas diagnósticas mais acessíveis.

Diante da falta de dados consistentes e da dificuldade no acesso ao diagnóstico, surge a Escala Labirinto como uma ferramenta promissora. Desenvolvido no Brasil, é um instrumento gratuito, acessível para toda a equipe multidisciplinar e de fácil aplicação. Posto isto, este estudo visa obter evidências de validade diagnóstica da Escala Labirinto, com o objetivo de avaliar sintomas centrais relacionados à interação social, comunicação verbal e não verbal, comportamentos rígidos e estereotipados, sintomas associados e alterações somáticas.

2.11 Escala Labirinto

A Escala Labirinto para diagnóstico e caracterização clínica do TEA, é uma ferramenta brasileira criada pelo grupo Labirinto (Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Autismo)

em 2006. Este instrumento foi elaborado com o intuito de avaliar os sintomas centrais do Transtorno do Espectro Autista, bem como os sinais clínicos comportamentais associados (Pondé, Siquara & Wanderley, 2022). Desde sua criação, este instrumento vem sendo extensivamente utilizado por diversos profissionais de saúde e educação que estão devidamente certificados para sua aplicação.

Tratando-se do apoio teórico para a criação da Escala Labirinto, os pressupostos baseiam-se nos critérios de diagnóstico do DSM-V, sendo, déficits persistentes na comunicação e interação social, sendo generalizado em diversos contextos; padrões restritos e repetitivos de comportamento. A estrutura da escala está dividida em dois grandes grupos: sintomas centrais e sintomas associados. O grupo de sintomas centrais é composto por: qualidade da interação social recíproca; comunicação social; comportamento rígido, estereotipado e maneirismos. Por sua vez, o grupo de sintomas associados abrange: cognição, compreensão e execução; habilidades especiais; comportamento disruptivo; impulsividade; hiperatividade; hipoatividade; comportamento hetero lesivo e autolesivo; sintomas obsessivo compulsivo. Não obstante, a escala engloba no seu escopo as alterações somáticas que podem ou não se apresentar em pessoas dentro do espectro. São elas: alterações no controle dos esfíncteres; sono, problemas gastrointestinais e respiratórios; tônus; síndromes, alterações neurológicas ou dismorfismos; episódios pré e pós-natais; epilepsia.

Atualmente o instrumento é composto por 5 módulos. O primeiro, para crianças de 2 anos a 4 anos e 11 meses; o segundo, dos 5 anos a 7 anos e 11 meses; o terceiro é um módulo para pessoas verbais acima de 8 anos; o quarto compreende o não verbal acima de 8 anos; o quinto e último destina-se a avaliação de sintomas sensoriais e escala de avaliação de comportamento no transtorno do espectro autista. Como mencionado, com relação ao processo de validação, apenas o primeiro módulo encontra-se validado (Pondé et al., 2021) e a escala de comportamento alimentar (Lázaro, Siquara, Pondé, 2020).

A aplicabilidade deste instrumento ocorre em contexto clínico e educacional, realizada por meio de anamnese com os responsáveis e/ou familiares, empregado através de materiais específicos, com uma duração média de 50 minutos. O instrumento possibilita: a elaboração de hipóteses diagnósticas; construção de laudos personalizados com detalhamento das necessidades específicas de cada avaliando; delineamento de intervenções singularidades; amparo do corpo escolar na produção de relatórios e estratégias para o ambiente familiar.

Os estudos publicados referentes ao processo de validação da Escala Labirinto encontram-se em andamento, tendo como foco principal a ampliação de sua fidedignidade e validade psicométrica. Os dados já publicados, referentes ao módulo de 2 anos a 4 anos e 11 meses, evidenciaram resultados robustos de validade de construto e de critério, bem como escores de sensibilidade e especificidade estatisticamente significativos.

2.12 Validação Psicométrica da Escala Labirinto

O processo de validação de uma escala é uma etapa indispensável na construção de instrumentos científicos, garantindo uma avaliação precisa, no que se propõe a medir, e resultados consistentes e confiáveis. Esse processo envolve diversas etapas, iniciando pela definição clara dos objetivos centrais do instrumento, seguida pela coleta de dados e pela análise fatorial. Essa análise permite identificar evidências de validade, assegurando que o teste seja capaz de medir o construto pretendido com coesão e fidedignidade (Alexandre & Coluci, 2011).

A validação de um instrumento abrange diferentes tipos de validade que, em conjunto, asseguram sua qualidade e aplicabilidade científica. A validade de conteúdo, por exemplo, tem como objetivo verificar em que medida os itens da escala representam adequadamente o construto avaliado (Alexandre e Coluci, 2011). Essa etapa é essencial para assegurar que os componentes teóricos do conceito estejam contemplados no instrumento. Em contrapartida, a validade concorrente busca comparar os resultados obtidos pela escala em validação com aqueles de outro instrumento já estabelecido como padrão ouro, permitindo verificar a

congruência dos resultados. A validade de construto, por sua vez, envolve a análise de agrupamentos de variáveis que buscam identificar se os itens da escala efetivamente medem o construto proposto (Pasquali, 2007). Para isso, a análise fatorial exploratória (Exploratory Factor Analysis - EFA), uma técnica estatística que avalia se os itens estão organizados de maneira coerente com os critérios teóricos subjacentes, é amplamente utilizada.

No caso específico da Escala Labirinto, a validade de conteúdo foi projetada para assegurar que as principais características do Transtorno do Espectro Autista (TEA) estejam devidamente contempladas nos itens. Além disso, a escala também busca abordar comorbidades frequentemente associadas ao TEA, ampliando sua abrangência diagnóstica. A validade de critério, em outra perspectiva, é aplicada para comparar os resultados obtidos pela Escala Labirinto com os de instrumentos amplamente aceitos para diagnóstico do TEA, garantindo que os resultados sejam compatíveis e confiáveis. Já a validade de construto busca avaliar se os itens da escala estão de acordo com os critérios diagnósticos estabelecidos nos manuais internacionais, como o DSM-5 e o CID-11, permitindo validar a escala como uma ferramenta científica eficaz por meio da análise fatorial exploratória.

Além das validades, a confiabilidade e a estabilidade do instrumento são aspectos fundamentais para assegurar a qualidade da Escala Labirinto. A confiabilidade, também conhecida como fidedignidade, refere-se à capacidade do instrumento de apresentar resultados consistentes e previsíveis, sendo avaliada por critérios como homogeneidade, equivalência e coerência interna (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017).

Por sua vez, a estabilidade diz respeito à capacidade da escala de gerar resultados semelhantes quando aplicada em diferentes momentos, sob condições semelhantes. Esses achados reforçam a Escala Labirinto como um instrumento confiável para a avaliação do TEA. Assim, o processo de validação da Escala Labirinto busca assegurar rigor científico e adequação ao contexto brasileiro. Com a aplicação das diferentes etapas de validação e a análise da

confiabilidade, espera-se que a sua consolidação como uma ferramenta indispensável para o diagnóstico e acompanhamento de indivíduos com TEA, contribuindo significativamente para a prática clínica e para a pesquisa na área do autismo.

A relevância científica e prática desta pesquisa é evidenciada pelo impacto do diagnóstico do TEA no Brasil, país que enfrenta desafios significativos no acesso a instrumentos diagnósticos adequados. Atualmente, as ferramentas utilizadas para diagnóstico, como o ADOS-2 e o ADI-R, são predominantemente internacionais, de alto custo e carecem de completa adaptação às especificidades culturais, linguísticas e sociais do contexto brasileiro. Essa limitação se agrava ainda mais no SUS, onde a escassez de recursos financeiros compromete a acessibilidade a instrumentos robustos e eficazes para diagnóstico.

Nesse contexto, a validação da Escala Labirinto torna-se crucial, pois tem o potencial de democratizar o acesso ao diagnóstico do TEA. Com isso, espera-se maior abrangência e precisão na identificação dos sintomas centrais do autismo. A pertinência desta pesquisa evidencia-se ao considerar a escassez de instrumentos nacionais validados para o diagnóstico do TEA. Essa lacuna não apenas compromete a realização de estudos epidemiológicos, mas também dificulta o desenvolvimento de políticas públicas eficazes voltadas à saúde e educação de pessoas com autismo. A validação da escala contribuirá significativamente para a superação dessas limitações, ao oferecer uma alternativa confiável e culturalmente adaptada.

Além disso, ao ser comparada com a escala ADOS-2, a Escala Labirinto permitirá a avaliação de sua eficácia, possibilitando correlações com os sintomas centrais e alterações somáticas do TEA e garantindo a avaliação de seus índices psicométricos, como confiabilidade e validade. Assim, a Escala Labirinto poderá se consolidar como uma ferramenta essencial no diagnóstico e na formulação de intervenções precoces para pessoas com TEA no Brasil.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Obter evidências de validade da Escala Labirinto para avaliar os sintomas centrais do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de 5 a 7 anos.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os índices psicométricos da Escala Labirinto, como consistência interna, validade de critério, validade construto e sensibilidade diagnóstica, verificando sua compatibilidade com os padrões psicométricos.
- Comparar a acurácia da Escala Labirinto na distinção entre crianças diagnosticadas com TEA e aquelas sem o diagnóstico, analisando sua sensibilidade e especificidade na identificação do transtorno.
- Correlacionar os resultados da Escala Labirinto com os da Escala de Responsividade Social – 2ª Edição (SRS-2), verificando convergências na avaliação dos sintomas centrais do TEA.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Este estudo foi desenvolvido como parte de uma pesquisa maior, cujo objetivo central consistiu em ampliar a validação da Escala LABIRINTO para diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e sintomas associados. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva, correlacional e transversal, caracterizada pelo uso de métodos de quantificação, tanto na coleta quanto na análise dos dados, com base em procedimentos estatísticos rigorosos (Michael, 2005).

A pesquisa quantitativa seguiu uma estrutura ordenada, clara e precisa em suas etapas, assegurando a sistematicidade necessária para o aprimoramento do conhecimento científico. Conforme descrito por Sousa, Driessnack e Mendes (2007), esse tipo de abordagem permite o desenvolvimento de investigações que fornecem dados objetivos, confiáveis e passíveis de replicação, o que é essencial para a validação de instrumentos diagnósticos como a Escala LABIRINTO.

4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão abrangeram crianças com desenvolvimento típico, selecionadas em uma escola pública, e crianças com desenvolvimento atípico diagnosticadas com TEA, provenientes de instituições colaboradoras como o LABIRINTO e o CEPRED. Para o grupo com desenvolvimento típico, foi exigida a ausência do diagnóstico do TEA e outras alterações nos marcos do desenvolvimento, conforme informações prestadas pelos responsáveis e através do preenchimento do instrumento de triagem Child Behavior Checklist, para avaliação de alterações comportamentais em nível clínico. O Child Behavior Checklist (CBCL), foi utilizado neste estudo com finalidade de verificar a presença de problemas comportamentais internalizantes e externalizantes, tais como problemas emocionais, dificuldades de regulação

comportamental e queixas comportamentais em nível clínico, não sendo empregado como instrumento central para análises de validade da Escala Labirinto.

Foram adotados critérios de exclusão que incluíram para ambos os grupos a presença de síndrome genéticas ou condições neurológicas associadas como Síndrome de Down, paralisia cerebral, entre outras condições clínicas que pudessem comprometer a análise dos dados. Com relação às crianças de desenvolvimento típico, crianças que apresentaram durante a triagem alterações nos marcos de desenvolvimento, dificuldade emocionais e comportamentais significativas ou problemas identificados durante a coleta de dados.

A participação dos grupos clínico e controle dependeram da assinatura do TCLE pelos responsáveis.

4.3 Participantes

Este estudo contou com a participação de 91 crianças, sendo aplicado o Módulo de 5 e 7 anos, incluindo crianças com desenvolvimento típico e atípico, residentes na cidade de Salvador, Bahia. Os participantes foram selecionados de instituições colaboradoras, abrangendo tanto crianças sem diagnóstico de autismo, provenientes de uma escola municipal, quanto crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), atendidas por centros especializados.

No que se refere ao tamanho amostral para estudos psicométricos com análise fatorial exploratória, diversos autores recomendam razões mínimas entre 5 e 10 participantes por item da escala, como uma regra de bolso amplamente utilizada na literatura (Tinsley & Tinsley, 1987; Clark & Watson, 1995; DeVellis, 2017; de Souza et al 2017). Considerando que a versão da Escala Labirinto empregada neste estudo contém 15 itens, recomendações de 5 a 10 sujeitos por item implicariam um intervalo aproximado de 75 a 150 participantes. A amostra utilizada, composta por 91 crianças, situa-se dentro desse intervalo proposto, atendendo, portanto, aos critérios mínimos de tamanho amostral sugeridos por esses autores.

Com base a tabela 1, foram analisadas um total de 91 crianças avaliadas da idade entre 5 a 7 anos de idade, das 91 crianças analisadas, 74 são do sexo masculino (81,3%) e 17 do sexo feminino (18,7%). Deste todo, alcançamos um total de 34 crianças com TEA (37,4%) e 57 de crianças com desenvolvimento típico (62,6%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes dos grupos com TEA e desenvolvimento típico

Grupo	Sexo	Idade M (DP)	5 anos N(%)	6 anos N(%)	7 anos N(%)	Nível I	Nível II	Nível III
Desenvolvimento Típico	Masculino n=44	6,1 (0,75)	10 (17,5%)	17 (29,8%)	30 (52,7%)	-	-	-
	Feminino n= 13							
Autismo	Masculino n=31	5,7 (0,77)	14 (41,2%)	13 (38,2%)	7 (20,6%)	9 (56,3%)	3 (18,7%)	4 (25,0%)
	Feminino n= 3							

Diante do exposto, o grupo de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), foi composto majoritariamente por crianças classificadas como nível I de suporte correspondente a 53,3% da amostra clínica. Ademais, considerados como nível II de suporte 18,7%, e delimitado como nível III de suporte 25,0%, destacando a heterogeneidade clínica do grupo avaliado.

O grupo de crianças com desenvolvimento típico, utilizado como grupo controle, foi composto por alunos da Escola Municipal Nossa Senhora dos Anjos, localizada em Salvador/Bahia. Esses participantes foram selecionados com base na ausência de diagnóstico de TEA ou alterações nos marcos do desenvolvimento, conforme critérios previamente estabelecidos. Esses critérios foram avaliados através do Child Behavior Checklist (CBCL), no qual foi respondido pelos responsáveis e professores dos participantes, garantindo a ausência de problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais. Foram incluídas no grupo controle apenas as crianças que não apresentaram escores em faixa clínica ou limítrofe nas escalas avaliadas pelo instrumento.

Por sua vez o grupo de crianças com diagnóstico de TEA, foi formado por indivíduos atendidos pelo Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Autismo (LABIRINTO) e pelo Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência (CEPRED), ambos localizados em Salvador/Bahia.

A composição dos grupos visou assegurar a representatividade necessária para a validação da Escala LABIRINTO, contemplando tanto crianças com diagnóstico confirmado de TEA quanto crianças sem alterações no desenvolvimento.

4.4 Procedimento e Coleta de Dados

Inicialmente o projeto foi apresentado às instituições colaboradoras, tendo em vista a disponibilização dos participantes. Com base na adesão, foi apresentado aos pais/responsáveis dos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), detalhando os objetivos e procedimentos da pesquisa. A assinatura do TCLE foi pré-requisito para a participação. Após a anuência, foi conduzida uma anamnese descritiva com os responsáveis, abordando o histórico de desenvolvimento das crianças, com foco nas áreas de interação social, comunicação e padrões de comportamento, desde o nascimento até o momento atual. Para o grupo de crianças com desenvolvimento típico, os responsáveis e professores responderam ao Child Behavior Checklist (CBCL), fornecendo informações adicionais sobre o desenvolvimento das crianças selecionadas.

Com base nisso, a coleta de dados é iniciada por meio da aplicação da Escala LABIRINTO e da Escala de Responsividade Social (SRS-2), administradas diretamente a crianças com desenvolvimento típico e com Transtorno do Espectro Autista, utilizando recursos lúdicos e atividades brincantes para avaliar habilidades como interação social, comunicação verbal e não verbal, linguagem simbólica e comportamentos repetitivos. A aplicação teve duração de até 60 minutos por criança. Na Escala de Responsividade Social – SRS-2, os responsáveis preencheram um questionário que avaliou os comportamentos sociais das crianças

em seis subcategorias: Percepção Social, Cognição Social, Comunicação Social, Motivação Social, Padrões Restritivos e Repetitivos, e Comunicação e Interação Social, sendo estas últimas relacionadas ao critério A do DSM-5 para diagnóstico de TEA.

O diagnóstico clínico das crianças com TEA fundamentou-se nos critérios do DSM-5, bem como nas observações clínicas da equipe multidisciplinar e dados da anamnese. A análise buscou diferenciar as crianças com desenvolvimento típico das crianças que pertencem ao grupo com maior comprometimento no desenvolvimento social, utilizando as escalas como base para avaliar índices psicométricos. Esta comparação entre grupos foi conduzida com a finalidade de obter evidência de validade baseadas na relação com variáveis externas, não tendo como objetivo apresentar uma comparação diagnóstica.

4.5 Instrumentos de Avaliação Diagnóstica

Foram utilizadas duas ferramentas de avaliação diagnóstica para autismo: a Escala Labirinto (módulo de 5 a 7 anos) e a Escala de Responsividade Social – SRS-2, ambos aplicados no grupo com TEA e desenvolvimento típico. Importante ressaltar que, a Escala de Responsividade Social é também um instrumento que visa investigar a presença da gravidade de sintomas associados ao TEA.

4.6 Escala Labirinto

A Escala Labirinto do módulo de 5 a 7 anos, enquanto produto técnico do mestrado é composta de forma estruturada com a aplicação de brinquedos e recursos visuais, incluindo: kit médico, jogo da memória, 1 lâmina, chocalho, boliche, boneca, kit fazendinha, entre outros. A aplicação desses itens tem como finalidade coletar dados sobre diferentes repertórios comportamentais presentes ou ausentes na criança, levando em conta as três grandes dimensões.

O instrumento é organizado em módulos específicos por faixa etária, conforme já apresentado, e foi aplicado utilizando diversos recursos infantis através do brincar, para avaliar

as habilidades de interação social (5 itens), comunicação social (8 itens) e comportamentos rígidos e repetitivos (5 itens), durando em torno de até 60 minutos.

Durante a avaliação, as áreas de interação e comunicação social tiveram como objetivo averiguar a qualidade da proximidade social da criança para com o avaliador, identificando suas formas de solicitação, se apresenta interesse em interagir com os pares ou tem preferência no brincar individualizado. Avaliou-se também a presença de imitação, mímica facial, atenção compartilhada e troca de turnos nas brincadeiras entre o avaliador e a criança.

Por sua vez, o item comunicação verbal tem como finalidade examinar a compreensão verbal e não verbal, englobando vocalizações, verbalizações e entendimento de gestos comunicativos. Em relação ao item simbólico, pretende-se explorar a qualidade dos jogos simbólicos realizados pela criança mediante a apresentação do avaliador. O instrumento denota um total de 18 itens, distribuídos entre as dimensões de interação social (5 itens), comunicação social (8 itens) e comportamento rígidos e repetitivos (5 itens). Os itens podem ser respondidos através dos escores de 0 a 5, considerando a intensidade e a frequência do comportamento observado e/ou dados fornecidos pelos responsáveis.

A LABIRINTO é hierarquizada da seguinte forma: 0 - indica que o comportamento é esperado de acordo com faixa etária; 1 - aponta alterações específicas; 2 a 3 - refletem alterações moderadas no comportamento observado; e 4 a 5 - retratam alterações severas de frequência e intensidade maiores. Essa classificação permite ao avaliador identificar os maiores prejuízos no desenvolvimento da criança.

4.7 Escala de Responsividade Social - 2ª Edição

Na Escala de Responsividade Social, a avaliação foi realizada de forma integral, por meio de 06 subcategorias: Percepção Social, Cognição Social, Comunicação Social, Motivação Social, Padrões Restritivos e Repetitivos, e Comunicação e Interação Social. A Comunicação e Interação Social é descrita no DSM-5 como critério A do diagnóstico de TEA, e o SRS-2

avaliou essas habilidades de forma detalhada (Constantino e Gruber, 2005). Este instrumento forneceu uma pontuação de 1 a 4, sendo: 1 - "não é verdade"; 2 - "algumas vezes é verdade"; 3 - "muitas vezes é verdade"; e 4 - "quase sempre é verdade".

A aplicação do SRS-2 pode ser implementada em inúmeras faixas etárias, desde os 2 anos de idade até a adolescência e a vida adulta. Em cada intervalo de idade a aplicabilidade funciona de maneira específica. Para o público da primeira e segunda infância, nomeados como “Idade Escolar”, as informações são coletadas com os pais e/ou responsáveis. Esse formato de execução se aplica igualmente aos formulários “Escolar e Adulto”. Na faixa etária adulta, a aplicação ocorre por autorrelato, isto é, o próprio avaliando responde às perguntas. Há também a opção de heterorrelato, advindo de algum familiar próximo.

Dessa maneira, a SRS-2 possibilita abrangência de diversas áreas do desenvolvimento, fornecendo uma visão integrada do avaliando. Posteriormente, ao acessar a pontuação, o avaliador é capaz de comparar os resultados encontrados de pessoas com comportamentos compatíveis com TEA com os de outras crianças/adultos de desenvolvimento típico. Na interpretação dos resultados, considera-se que quanto maior a pontuação alcançada pelo avaliando, maiores são os prejuízos nas áreas de interação social e comunicação.

4.8 Treinamento e Padronização dos Aplicadores

Visando assegurar a padronização dos procedimentos de aplicação da Escala Labirinto, bem como os registros fidedignos das respostas apresentadas pelos participantes da pesquisa, todos os aplicadores foram submetidos a treinamento prévio e foram acompanhados por supervisão contínua, conduzidos pelos professores e coordenadores Milena Pondé e Gustavo Siquara.

Aos aplicadores, foram disponibilizados através de uma plataforma digital, materiais para estudo sendo a Escala Labirinto, Guia de Aplicação, a Escala de 5 a 7 anos, a anamnese

Labirinto, o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de vídeos de aplicação da Escala para estudo de caso.

Após a conclusão da etapa teórica, os aplicadores iniciaram avaliação de novos participantes utilizando a Escala Labirinto, visando obter prática clínica supervisionada e promover o aprimoramento de aplicação, bem como a condução na condução dos objetivos estabelecidos por cada brinquedo utilizado.

4.9 Plano de Análise

Na análise dos dados, a avaliação de evidência de validade com base na estrutura interna do instrumento foi realizada por meio de uma análise fatorial exploratória (EFA), que consiste em um conjunto de procedimentos estatísticos para identificar a estrutura implícita presente em uma base de dados, quantificando e apontando a natureza das variáveis observadas (Brown, 2006).

Os dados coletados foram organizados e armazenados utilizando o REDCAP - Research Electronic Data Capture, um sistema de administração e captura de dados para pesquisas científicas, que apresentou a amostra total de participantes típicos e neurodivergentes. Na SRS-2, a coleta de dados, correção e pontuação de cada avaliando também foi realizada com o software REDCAP.

Para a avaliação de evidência de validade com base na estrutura interna do instrumento, foi realizada uma análise fatorial exploratória (EFA) através do programa Factor Version 9.3 (Lorenzo-Seva e Ferrando, 2006), um software voltado para análise e comparação de dados, com toda a amostra. A análise foi conduzida a partir de matriz de correlação policórica com o método de extração Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS) (Asparouhov, Muthén 2014). A decisão sobre o número de fatores a ser retido foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (Timmerman, Lorenzo-Seva 2011).

Essa técnica foi escolhida por conta do nível de medida ordinal de resposta característico do instrumento, da violação da hipótese e da normalidade multivariada dos dados (Holgado-Tello, Chacón-Moscoso, Barbero-García e Vila-Abad 2010). Para a retenção de fator foi utilizado o método de análises paralelas (Optimal implementation of Parallel Analysis – PA) (Lorenzo-Seva, Timmerman e Kiers 2011). A adequação do modelo foi avaliada por meio dos índices de ajuste Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI) e Tucker-Lewis Index (TLI). Valores de RMSEA devem ser menores que 0,08 e valores de CFI e TLI devem ser acima de 0,90 ou preferencialmente 0,95 (Brown 2006) .

Na análise dos dados, será observada as pontuações dos respectivos itens, juntamente com as médias e desvios padrão dos grupos. Para comparar as distribuições entre os dois grupos (grupo com TEA e grupo com desenvolvimento típico), foi utilizado o teste Mann-Whitney. Este teste visa comparar dois grupos independentes, verificando se as diferenças observadas nas distribuições podem ser atribuídas a diferenças entre as populações dos grupos (Caldas, 2013).

Além disso, será calculado o tamanho do efeito, que reflete a magnitude da diferença observada entre os grupos e a potência dos resultados derivados da intervenção ou do estudo (Flório et al., 2023). O tamanho do efeito permitirá avaliar a relevância prática das diferenças encontradas, complementando a interpretação dos resultados estatísticos.

Considerando o diagnóstico clínico alcançado de acordo com os critérios do DSM-5 e os escores obtidos na escala LABIRINTO, foi construída uma curva ROC para o grupo com TEA e o grupo com desenvolvimento típico, com o objetivo de selecionar o ponto de corte mais apropriado. Essa curva indica os diferentes pontos de corte do teste ou escore, conforme seus níveis de sensibilidade (eixo Y) e especificidade (eixo X). De acordo com os critérios estabelecidos por Swets e Picket (1982), apud Muratori et al., a área sob a curva (AUC). Para esse cálculo será utilizado o programa estatístico MedCalc. A confiabilidade do instrumento foi

realizada através do teste de Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) e a confiabilidade composta (Raykov, 1997).

Diante do proposto da coleta de dados, os aplicadores da Escala devem passar por um treinamento conduzido pela pesquisadora responsável, com o objetivo de padronizar os procedimentos de aplicação e registro mais fidedigno das respostas. Neste treinamento o foco é contemplar a apresentação do instrumento, esclarecer os critérios de preenchimento dos itens e trazer discussão de exemplos práticos.

4.10 Validade e Confiabilidade

A validade concorrente consiste na análise da relação entre o teste e seus respectivos parâmetros, avaliados de forma simultânea. De um lado, na validade de critério, avalia-se a capacidade de associação do teste a um parâmetro externo, visando alcançar resultados comparáveis a um teste padrão ouro. Por outro lado, a validade do construto corresponde à competência que um teste ou uma ferramenta tem de analisar o construto teórico que se propõe a avaliar (Breakwell, Glynis M., et al, 2010).

A confiabilidade corresponde à coerência das ideias, ou seja, à segurança de que um resultado experimental em pesquisa científica pode ser replicado através de seus experimentos. Um dos métodos mais utilizados para avaliar a confiabilidade é a replicação, que se baseia nos achados, utilizando os mesmos resultados, mas com amostras divergentes, tornando-o fidedigno (Breakwell, Glynis M., et al, 2010).

4.11 Questões Éticas

A validação do projeto multicêntrico, no qual a pesquisa estava inserida, foi submetida e aprovada pelo comitê de ética de pesquisa, por intermédio da Plataforma Brasil, parecer nº 5.528.715. Quanto às questões éticas, buscou-se obter dos responsáveis pelas crianças, tanto as de desenvolvimento típico quanto atípico, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além do encaminhamento dos participantes para instituições que

oferecessem tratamento multidisciplinar conforme a demanda apresentada, e a devolutiva dos resultados da avaliação.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos a partir da análise das crianças avaliadas, integrando as comparações entre os grupos com Transtorno do Espectro Autista e desenvolvimento típico. A análise adotada para apontar as diferenças entre os grupos desenvolvimento típico e o autismo, dispostos abaixo na tabela 2, demonstram a média e desvio padrão entre grupos. À luz dos resultados, é possível identificar na faixa etária de crianças de desenvolvimento típico uma menor pontuação apresentada em relação às crianças com autismo.

Tabela 2 - Comparação das pontuações nos itens e no escore total da Escala LABIRINTO entre os grupos com TEA e desenvolvimento típico

Itens/Dimensões	Autismo N=34		Desenvolvimento Típico N=57		Mann- Whitney	Tamanho de Efeito
	M(DP)	Mdn	M(DP)	Mdn		
1. Resposta a Aproximação	1,7(1,3)	2	0,4 (0,5)	0	<0,001	0,60
2. Iniciativa para a busca do outro	1,9(1,4)	2	0,9 (1,3)	1	<0,001	0,47
3. Sorriso social	2,3(1,4)	2	0,5(0,8)	0	<0,001	0,72
4. Qualidade do Repertório Linguístico	3,0(1,3)	2	1,3(1,3)	1	<0,001	0,59
5. Reciprocidade na Comunicação Verbal	2,3(1,1)	2	0,8(0,7)	1	<0,001	0,71
6. Resposta ao Chamado do Nome	1,5(1,6)	1	0,1(0,5)	0	<0,001	0,58
7. Contato Visual com o Avaliador	1,9(1,3)	2	0,5(0,9)	0	<0,001	0,59
8. Intenção de Atenção Compartilhada Realizada pela Criança	2,0(1,7)	2	0,1(0,3)	0	<0,001	0,66
9. Resposta da Criança às Tentativas do Avaliador de Atenção Compartilhada	1,36(1,5)	2	0,1(0,4)	0	<0,001	0,46
10. Gestos Comunicativos	2,0(1,4)	2	0,6(1,0)	0	<0,001	0,63
11. Brincar/Simbolização	1,6(0,9)	2	0,4(0,7)	0	<0,001	0,66
12. Dificuldade de Mudança e Interesses Restritos	1,6(1,2)	2	0,6(0,6)	0	<0,001	0,45
Total	17,6 (9,9)	17,0	4,6 (4,8)	4,0	<0,001	0,80

Legenda: M=Média, DP= Desvio Padrão e Mdn= Mediana

Observa-se na tabela acima as pontuações dos respectivos itens compondo a média, desvio padrão dos grupos e o teste Mann-Whitney, com o intuito de realizar uma comparação

entre dois grupos não idênticos e o tamanho do efeito que se refere à potência dos resultados derivados de uma intervenção ou de um estudo.

Conforme disposto, a tabela apresenta resultados encontrados nas dimensões interação social, composta por 4 subitens, sendo: respostas a aproximação, iniciativa para a busca do outro e sorriso social. Também é possível observar as médias de desvios padrões entre os grupos na tabela acima. A análise dos dados retratam que típicos itens apresentados conseguem discriminar as respostas das crianças com desenvolvimento típico e com Autismo.

Com relação à análise estatística de Mann-Whitney, de um lado, todos os itens apresentaram uma diferença significativa de ($p < 0,001$) entre os dois grupos, demonstrando escores consistentemente elevados ao grupo clínico (TEA). Por outro lado, com relação ao tamanho do efeito, os resultados apontam de 0,47 e 0,72 para os itens individuais e atingindo 0,80 na pontuação total da escala indicando um forte efeito.

Com base na análise fatorial exploratória, a implementação do método de análise paralela indicou que a solução mais adequada para os dados é um fator, sugerindo a unidimensionalidade na estrutura da escala. O índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,91, o que indica adequação ótima da amostra para a análise fatorial. O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo, com valor de $p < 0,001$, confirmando que há correlação entre os itens e qualificando a análise fatorial como apropriada.

Os índices de ajuste do modelo indicam excelente qualidade de ajuste. O RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation (Erro quadrático médio de aproximação) foi igual a 0,000, sugerindo um ajuste adequado entre o modelo proposto e os dados. O CFI - Comparative Fit Index (Índice de Ajuste Comparativo) apresentou valor de 1.000, indicando ajuste ideal. Por sua vez, o TLI - Tucker-Lewis Index (Índice de Tucker-Lewis) apresentou valor de 1.001, reforçando a robustez do modelo unidimensional.

Adicionalmente, outros índices também indicam o tratamento da escala como unidimensional. O índice de congruência unidimensional (UniCo) apresentou valor de 0,99, e a variância comum explicada (ECV) foi de 0,65. Isso significa que 66% da variância comum dos itens é explicada por um único fator. De acordo com Ferrando e Lorenzo-Seva (2006), quando o UniCo é superior a 0,95 e o ECV é superior a 0,85, os dados são considerados unidimensionais. Portanto, ambos os índices confirmam a unidimensionalidade da escala.

Por fim, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,94, sugerindo excelente confiabilidade dos itens. No mais, ao realizar o cálculo do coeficiente Ômega de McDonald, foi encontrando valor total de ω em 0,96, indicando boa confiabilidade da escala. A Escala LABIRINTO, demonstrou consistência interna elevada e adequação para a avaliação do construto proposto.

Para identificar possíveis diferenças entre os grupos, uma EFA foi realizada, com estrutura unifatorial extraída. Posto isso, os itens mantidos apresentaram cargas fatoriais significativas apontando expressiva coerência interna da medida.

Não obstante, a Análise Fatorial Exploratória (EFA) da Escala LABIRINTO teve como finalidade encontrar possíveis estruturas subjacentes de cada item que compõem a escala, representando as dimensões do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Nesta análise, cada item apresentou sua carga fatorial, isto é, o valor de cada item representará a força da correlação que cada item representa.

As cargas fatoriais dos itens estão listadas na Tabela 3, disposta abaixo, revelando 12 itens com carga fatorial acima de 0,7 e apenas um com carga fatorial de 0,5. As cargas fatoriais evidenciaram a força da representação da dimensão entre o item e o fator extraído. Os valores referentes às cargas fatoriais acima de 0,70 indicam também uma estrutura fatorial bem definida, destacando uma excelente consistência interna.

Com relação aos 05 itens que foram retirados, sendo: Sentimento de compartilhamento e cumplicidade na interação e empatia. A decisão da remoção foi baseada na análise fatorial da

escala e na diminuição significativa do índice de adequação da amostragem (KMO), os quais indicaram ajuste inadequado ao modelo estimado. Vale ressaltar que os itens “maneirismo” e “comportamentos de hiper e hipo reatividade sensorial” não se correlacionaram com outros itens de forma consistente na amostra avaliada.

Tabela 3 - Análise Fatorial da Escala LABIRINTO.

Item	Carga Fatorial
1. Resposta a Aproximação	0,80
2. Iniciativa para a busca do outro	0,77
3. Sorriso social	0,85
4. Qualidade do Repertório Linguístico	0,72
5. Reciprocidade na Comunicação Verbal	0,88
6. Resposta ao Chamado do Nome	0,82
7. Contato Visual com o Avaliador	0,90
8. Intenção de Atenção Compartilhada Realizada pela Criança	0,91
9. Resposta da Criança às Tentativas do Avaliador de Atenção Compartilhada	0,74
10. Gestos Comunicativos	0,83
11. Brincar/Simbolização	0,86
12. Dificuldade de Mudança e Interesses Restritos	0,50

Os resultados obtidos nesta da análise são adições às evidências de validade da Escala LABIRINTO, com relação aos sintomas centrais de diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Inicialmente, será apresentado os resultados alcançados correspondente a cada item das áreas supracitadas.

Os itens que apresentam carga fatorial superior a 0,7, — a saber: resposta à aproximação (0,80), sorriso social (0,85), reciprocidade na comunicação verbal (0,88), resposta ao chamado ao nome (0,82), contato visual com o avaliador (0,90), intenção de atenção compartilhada realizadas pela criança (0,91), gestos comunicativos (0,83) e brincar/simbolização (0,86) — indicam forte aderência aos critérios A e B do DSM-5, referentes à interação e comunicação social.

Os itens iniciativa para a busca do outro (0,77), qualidade do repertório linguístico (0,72), resposta da criança às tentativas do avaliador de atenção compartilhada (0,74) e dificuldade de mudanças e interesses restritos (0,5) apresentaram cargas fatoriais que variaram de moderadas a altas (entre 0,5 a 0,7). Esses valores indicam que os itens estão adequadamente

vinculados aos fatores subjacentes de interação social, comunicação social e comportamentos rígidos e repetitivos. Embora o item “dificuldade de mudanças e interesses restritos” apresenta carga fatorial inferior aos demais, o mesmo foi mantido por ser considerado aceitável na estrutura fatorial da escala.

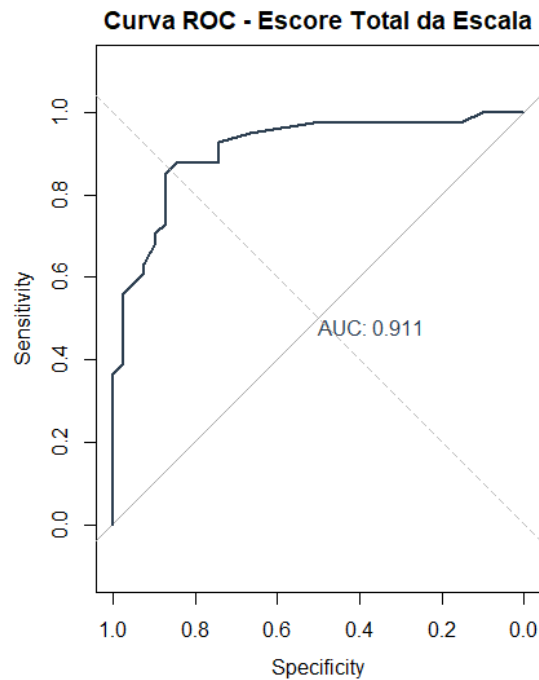
A tabela 4, disposta abaixo, demonstra o ponto de corte, sensibilidade e especificidade da Escala LABIRINTO em relação ao diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), baseado no DSM-5. O resultado obtido é crucial, visto que demonstra como a Escala LABIRINTO utiliza o ponto de corte para diferenciar crianças TEA das que não apresentam traços autísticos, oportunizando uma avaliação diagnóstica rigorosa e fidedigna.

Tabela 4 - Ponto de corte na escala LABIRINTO, com base no diagnóstico estabelecido segundo o DSM-5 para diferenciar casos de não-casos

Ponto de Corte	Sensibilidade	Especificidade
8,5	0,87	0,74
9,5	0,87	0,84
11	0,85	0,87
12,5	0,82	0,87
13,5	0,75	0,87
14,5	0,73	0,87

O ponto de corte analisado, correspondente à 11, apresenta sensibilidade de 0.85 e especificidade de 0,87, apontando um resultado satisfatório fim de evitar diagnósticos imprecisos, comprovando se os avaliandos apresentam ou não as características do TEA, além de maximizar o índice de Youden. Considerando que a pontuação 11 confirma o diagnóstico de TEA, valores superiores indicam maior grau de comprometimento.

Figura 1 - Curva ROC da Escala Labirinto.



A curva ROC, do inglês, *receiver operating characteristic*, é interpretada da seguinte forma: $AUC < 0.7$ sugere baixa acurácia, enquanto uma curva AUC entre 0.7 e 0.9 indica acurácia moderada. Já uma $AUC \geq 0.9$ indica excelente acurácia. A área sob a curva para a escala LABIRINTO apontou 0.90, com nível de significância de $p < 0.001$.

A curva ROC na Escala LABIRINTO, representada por meio de um gráfico, tem a finalidade de avaliar o desempenho do teste através da sensibilidade e da especificidade. Isto é, a curva ROC assegurará a visualização da relação entre a sensibilidade e especificidade, à proporção que progredem entre os pontos de corte (Polo e Miot, 2020). Como o ponto de corte 11 apresentou sensibilidade de 0.85 e especificidade de 0,87, a acurácia diagnóstica foi aceitável. Isso indica que a criança que alcance ou ultrapasse essa pontuação, revelará que propõe diagnóstico de TEA. No mais, quanto maior a pontuação apresentada, maior é o nível de comprometimento da criança. Posto isso, o ponto de corte visa estabelecer com exatidão o diagnóstico, prevenindo possíveis equívocos.

Além do ponto de corte geral da Escala LABIRINTO, um outro critério basilar, tendo em vista cada indivíduo avaliado, apresenta comprometimento nas 3 grandes dimensões

específicas para diagnóstico do TEA avaliadas, a saber: interação social, comunicação social e comportamentos rígidos e repetitivos. Na dimensão de Interação Social, o indivíduo avaliado necessita pontuar pelo menos 1,5 ponto, o que reflete sensibilidade de 0,97 e especificidade de 0,66. Essa dimensão é composta pelos itens: resposta à aproximação, iniciativa para busca do outro e sorriso social.

Quanto à dimensão de comunicação social, a pontuação mínima precisa ser de 8,5 pontos, apresentando uma sensibilidade de 0,70 e especificidade de 0,94. Esta dimensão abrange os itens, a saber: qualidade no repertório linguísticos, reciprocidade na comunicação verbal, resposta ao chamado do nome, contato visual com o avaliador, intenção de atenção compartilhada realizada pela criança, resposta da criança às tentativas do avaliador de atenção compartilhada e gestos comunicativos.

Por fim, na dimensão de comportamento rígidos e gestos repetitivos, o indivíduo precisa alcançar a pontuação mínima de 1,5 ponto, com sensibilidade de 0,82 e especificidade de 0,74. Sendo composta por: brincar/simbolização e dificuldade de mudança e interesses restritos. Posto isto, reafirma-se a necessidade de um escore total de 11 pontos com as pontuações mínimas citadas.

O item Atípicas na Linguagem Expressiva apresentou baixa correlação com os demais itens na matriz de correlação. Já os itens Maneirismos, Comportamentos de Hipo e Hiper Reatividade Sensorial, apresentaram um único fator na análise fatorial, porém com cargas fatoriais baixas. Diante disso, determinou-se a exclusão desses itens na versão final do instrumento, frente à manifestação inconsistente na amostra avaliada. Tal ausência está relacionada ao perfil clínico dos participantes, que não incluiu casos com níveis mais graves, bem como a escassez de estímulos que evocam esses comportamentos durante as avaliações, de modo a preservar a robustez e a fidedignidade da Escala.

Por fim, os itens de Sentimento de Compartilhamento e Cumplicidade na Interação e Empatia, demonstraram valores reduzidos no índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), explicitando baixa adequação amostral.

Quanto à validade convergente, buscou-se avaliar se a Escala LABIRINTO tem a competência de identificar características de TEA de forma semelhante a outras escalas com objetivos equivalentes e evidências consistentes, tendo sido utilizada, para esse fim, a Escala SRS-2 como instrumento de comparação. Esse procedimento visou verificar se a Escala LABIRINTO apresenta correlação com outro instrumento amplamente utilizado, ambos focados na avaliação do mesmo construto.

Na análise, participaram 10 dos 91 participantes totais do estudo, visto que apenas esses completaram ambas as escalas. Embora o número de respondentes seja reduzido, foi possível identificar uma correlação moderada entre os escores totais das Escalas LABIRINTO e da SRS-2. A análise de correlação indicou um coeficiente moderado ($r = 0,63$; $p = 0,05$), sugerindo associação significativa entre os instrumentos.

Neste estudo, foi utilizado o escore total da SRS2, por se tratar de um indicador empregado em contextos clínicos de maneira mais recorrente e também em pesquisas para rastreio e discriminação de indivíduos com TEA.

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como propósito identificar índices psicométricos da Escala LABIRINTO para Diagnóstico e Caracterização clínica do Transtorno do Espectro Autista (TEA), em crianças de 5 a 7 anos. Os resultados obtidos a partir da aplicação da escala em crianças com desenvolvimento típico e em crianças previamente diagnosticadas com TEA permitem discutir a capacidade do instrumento em identificar traços autísticos no grupo clínico, bem como a ausência de indicadores de atraso no grupo com desenvolvimento típico.

Instrumentos diagnósticos internacionalmente utilizados, em sua grande maioria, advém de outro país, como o ADOS-2, ferramenta considerada padrão ouro (Pacífico et al., 2019). Posto isto, estes equipamentos tornam-se referência para a construção de novos instrumentos, especialmente aqueles que visam adaptação cultural, uma das propostas primordiais da Escala LABIRINTO, bem como ser capaz de refletir o traço latente através dos escopos. Diante disso, reitera-se que a estruturação dos itens da Escala LABIRINTO foi realizada de acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2013), destacando seu diferencial, uma vez que os demais instrumentos se baseiam nas classificações anteriores do manual.

Uma das primeiras análises realizadas investigou a capacidade dos itens produzidos em diferenciar os grupos da criança com TEA das crianças com desenvolvimento típico. Para isso, o Teste de Mann-Whitney foi uma importante ferramenta, apontando as diferenças estatísticas das medianas do escore total entre os grupos, adotando-se o nível de significância de $p \leq 0.001$, indicando que crianças com Autismo obtiveram uma maior mediana quando comparada às crianças com desenvolvimento típico, especificamente nas habilidades de interação e comunicação social (Maia & Assumpção Junior, 2021; Barbosa et. al, 2015).

Cabe destacar, que os resultados alcançados por meio do Teste de Mann-Whitney, devem ser interpretados à luz das características clínicas da amostra, sendo essa predominante constituída por participantes de nível I de suporte, conforme descrito na Tabela 1. Esses dados

evidenciam a validade da Escala LABIRINTO para identificar crianças que necessitam de menor suporte, enfatizando a capacidade de diferenciar crianças com TEA, de crianças com desenvolvimentos típico em níveis de menor suporte.

No processo de diagnóstico, torna-se imprescindível a utilização de ferramentas que tenham como o propósito rastrear habilidades em crianças. Considerando que a Escala LABIRINTO pode ser aplicada em contextos de saúde e educação, sua utilização torna-se eficaz na identificação de possíveis atrasos ou suspeitas de TEA, conduzindo os profissionais de saúde a subsidiar diagnósticos fidedignos e encaminhamentos necessários.

É importante ressaltar que avaliações diagnósticas devem ser realizadas exclusivamente por profissionais de saúde devidamente capacitados para o uso do instrumento, bem como detentores do conhecimento técnico acerca dos critérios diagnósticos do TEA, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2014).

Concomitante a isso, convém destacar que à medida que o valor do coeficiente de alfa de Cronbach (0,94) apresenta score alto, reforça a boa consistência interna da escala, indicando uma forte correlação entre os itens, além de evidenciar que os itens medem o mesmo construto. Esse modelo é congruente com o que é recomendado pela literatura, contribuindo para afirmar a robustez da validade de construto da escala LABIRINTO (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017).

Os resultados obtidos nesta pesquisa são compatíveis com achados de outras investigações objetivadas em identificar propriedades psicométricas de escalas diagnósticas que têm em vista a definição do quadro de autismo. Pesquisas apontam que (Barbosa et al., 2015; Silva, 2020; Hong et al., 2022) instrumentos como a Escala SRS-2, ADOS-2, revelaram propriedades psicométricas robustas. Quanto a ADOS-2, por exemplo, foram observados altos níveis de sensibilidade (95%+) e especificidade moderada (63% a 73%), revelando

propriedades psicométricas muito próximas aos evidenciados pela Escala LABIRINTO neste estudo.

Instrumentos válidos e com dados robustos, como SRS-2, CARS, M-CHAT e ADOS, contemplam as áreas cruciais do desenvolvimento, compondo-se das três grandes dimensões, a recordar: interação social, comunicação social e comportamentos rígidos e repetitivos. A Escala LABIRINTO apresentou resultados compatíveis com todas essas ferramentas. Com base aos achados de Barbosa et al. (2015), a SRS-2 apresentou uma excelente consistência interna em seu estudo de validação psicométrica (alfa de Cronbach = 0,952), com ponto de corte de 41, sensibilidade de 96,8%, especificidade de 100% para a identificação de TEA (Barbosa et al. (2015). Outrossim, a LABIRINTO obteve escores aproximados e compatíveis, apontando sensibilidade de 85% e especificidade de 87% e Alfa de Cronbach (0,94), corroborando sua coerência com instrumentos já validados.

A estrutura dos itens desse instrumento foi organizada conforme os critérios diagnósticos do DSM-5 e nos marcos do desenvolvimento humano na faixa etária de crianças entre 5 a 7 anos. Cada item foi elaborado com o intuito de avaliar detalhadamente cada uma das três dimensões, nas quais identifica-se atrasos característicos do TEA. A operacionalização dos itens visou garantir maior precisão e segurança com relação a identificação dos comportamentos alvo, conforme as orientações metodológicas para formulação de instrumentos psicométricos (dos Santos & Coelho, 2020).

A análise fatorial exploratória (EFA), demonstrou que a Escala LABIRINTO apresenta uma estrutura unidimensional, embora os manuais diagnósticos descrevam o TEA em três grandes dimensões, do ponto de vista psicométrico, a EFA apontou que todos os itens avaliados refletem um único fator latente, representando o construto geral do TEA. Essa abordagem é afirmada em estudos psicométricos da SRS-2 (Borges et al.,2023) o qual demonstram predominância de uma estrutura unidimensional. Em contrapartida, a ADOS-2 apresenta uma

estrutura bifatorial, conforme o estudo de Hong et al. (2022), diferenciando-se em dois fatores: comunicação e interação social (fator 1) e comportamentos rígidos e repetitivos (fator 2). No entanto, apesar de apresentarem algumas diferenças com relação a sua estrutura fatorial, todas as escalas citadas, incluindo a Escala LABIRINTO, tem em vista avaliar os sintomas característicos do Transtorno do Espectro Autista.

Os índices de unidimensionalidade indicaram adequação da solução unifatorial. O índice UniCo foi de 0,99, valor acima do limite recomendado ($>0,95$), sugerindo forte presença de um fator geral (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018; Garrido et al., 2019). O ECV foi de 0,65, indicando que 65% da variância comum entre os itens é explicada pelo fator dominante (Garrido et al., 2019). Embora parte da literatura sugira pontos de corte mais conservadores para o ECV (por exemplo, em torno de 0,80–0,85), a combinação de UniCo elevado e ECV moderadamente alto é compatível com a interpretação de essencial unidimensionalidade, em consonância com as recomendações de Ferrando e Lorenzo-Seva e colaboradores (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018, 2019; Ferrando et al., 2019).

Após a EFA, os 12 itens que permaneceram na escala apresentaram cargas fatoriais satisfatórias e demonstraram-se consistentes com as manifestações teóricas do construto avaliado. Esses itens foram distribuídos da seguinte forma: 04 itens de interação social - resposta à aproximação, iniciativa para a busca do outro, sorriso social e reciprocidade na comunicação verbal. Por sua vez, a dimensão da comunicação social corresponde a 05 itens: Resposta ao Chamado do Nome; Contato Visual com o Avaliador; Intenção de Atenção; Compartilhada Realizada pela Criança; Gestos Comunicativos. Por fim, os comportamentos rígidos e repetitivos apontaram 01 item, sendo o Brincar/Simbolização. Nesses itens, os grupos avaliados apresentaram escore elevado tanto na média quanto na mediana, indicando maiores prejuízos nesses itens.

De acordo com Espírito-Santo e Daniel (2018), o tamanho do efeito nos valores entre 0.20 e 0.49 são pequenos; os médios oscilam entre 0.50 e 0.79 e, por sua vez, os valores entre 0.80 e 1.29 são grandes e os acima de 1.30 muito grandes. Com base nessa classificação, observou-se que 12 itens apresentaram tamanho de efeito médio, evidenciando a competência da Escala em diferir os grupos. Apenas três itens apresentaram tamanho de efeito considerado pequeno, enquanto o escore total de Escala foi classificado como grande (0,80), reforçando a validade discriminatória do instrumento.

Nesta investigação, todos os itens apresentam cargas fatoriais consideradas satisfatórias, variando entre 0,50 a 0,91. Dois itens apresentaram os menores valores, sendo Iniciativa para a busca do outro (0,77) e Resposta da Criança às Tentativas do Avaliador de Atenção Compartilhada (0,74); os médios variaram de 0.58 a 0.72, totalizando 8 itens, a saber: Resposta a Aproximação (0,80), Sorriso social (0,85), Reciprocidade na Comunicação Verbal (0,88), Resposta ao Chamado do Nome (0,82), Contato Visual com o Avaliador (0,90), Intenção de Atenção Compartilhada Realizada pela Criança (0,91), Gestos Comunicativos (0,83), Brincar/Simbolização (0,86). Dificuldade de Mudanças e Interesses Restritos foi o item de menor valor (0,50). O valor total do tamanho do efeito de 0.80 é classificado como grande, frente aos critérios estabelecidos.

Em continuidade, estudos apontam que cargas fatoriais acima de 0,70 são adequadas para identificação de um fator latente, neste caso, o TEA (Espírito-Santo e Daniel, 2018). No entanto, decidiu-se apenas um item com carga fatorial de 0,50 referente ao item “Dificuldade de Mudança e Interesses Restritos”. A permanência justifica-se no fato do item representar um comportamento do critério B, conforme DSM-5 (Padrões restritos e repetitivos de comportamento), podendo estar presente em todas as crianças com essa condição.

Por sua vez, o item Atipias na Linguagem Expressiva na matriz de correlação apresentou baixa correlação com os demais itens na matriz de correlação. Já os itens Maneirismos, Comportamentos de Hipo e Hiper Reatividade Sensorial apresentaram um fator na análise

fatorial, com cargas fatoriais baixas. Diante disso, determinou-se a exclusão desses itens na versão final do instrumento, visando manter a robustez e a fidedignidade da Escala.

Esses dois itens, ao serem submetidos à análise fatorial, formaram um fator adicional com valores baixos em relação à estrutura fatorial do instrumento. Além disso, não apresentaram cargas fatoriais significativas que justificassem sua permanência na estrutura final.

Apesar da exclusão de alguns itens, a validade da Escala foi mantida. Os altos valores de acurácia da Escala LABIRINTO revelam grande eficácia com relação a distinguir com precisão crianças com comportamentos compatíveis com o diagnóstico de TEA de crianças com desenvolvimento típico. Autores como Polo e Miot (2020), discorrem sobre a relevância da aplicação da curva ROC no processo de validação psicométrica de ferramentas diagnósticas, visando potencializar o desempenho do instrumento, possibilitando a distinção dos pontos de corte propícios para a diferenciação dos grupos. Com relação a área sob a curva AUC, calculada a partir da curva ROC (Receiver Operating Characteristic) de 0,90 ($p < 0,001$), com ponto de corte 11 para identificação do TEA para faixa etária de 5 a 7 anos, sendo um escore bruto para meninos e meninas, fornece sensibilidade 0,85 e especificidade 0,87. O ponto de corte alcançado é considerado intermediário quando comparado a outras pesquisas com o mesmo fim (Hong et al., 2022), resultando em boas propriedades discriminatórias do ADOS-2, no qual foi encontrando uma alta sensibilidade (95%+) e especificidade limitada variando entre 63% e 73% para faixa etária similar a este estudo.

O primeiro estudo publicado sobre a Escala LABIRINTO validou o módulo destinado a faixa etária de 2 anos a 4 anos e 11 meses. Esta etapa inicial incluiu uma amostra de 56 crianças entre as idades de 24 a 59 meses já diagnosticadas com TEA e crianças com desenvolvimento típico. Para esses participantes foram aplicadas as escalas LABIRINTO e a CARS como ferramenta referência em avaliação no TEA.

Os resultados do estudo de validação do módulo de 2 anos a 4 anos e 11 meses, apontaram evidências psicométricas robustas, incluindo elevada consistência interna, com um dos fatores da escala apresentando alfa de Cronbach de 0,97. Além disso, esse módulo apresentou um ponto de corte igual a 12, com sensibilidade e especificidade de 100%, indicando que a escala além de medir o construto proposto, possui sensibilidade para distinguir diferentes grupos. Ambos os módulos (de 2 a 4 anos e o de 5 anos e 7 anos) apresentaram um valor $p < 0,001$, indicando uma diferença estatisticamente significativa entre os escores dos dois grupos (Pondé et al., 2021). Os dados encontrados embasaram a ampliação da Escala para o atual módulo, contemplando habilidades mais complexas.

A validade de critério teve como proposta aferir os resultados alcançados na Escala LABIRINTO, a partir da comparação com uma medida externa considerada padrão ouro no diagnóstico de TEA. Nesta dimensão, foi avaliado se a LABIRINTO consegue diferenciar crianças com TEA de crianças com desenvolvimento típico. Um dos critérios estabelecidos nesta comparação consistiu em utilizar a Escala SRS-2, uma ferramenta útil na pesquisa e na prática clínica. Além disso, destaca-se por sua fácil e ágil aplicação na avaliação do TEA (Barbosa et al., 2015).

De forma complementar, as análises de validades de construto discriminante foram realizadas através de uma análise de validade convergente em uma correlação entre os escores totais da Escala LABIRINTO e SRS-2, ambas visando avaliar comportamentos compatíveis com o TEA. Embora os 91 participantes tenham composto a amostra total do estudo, apenas 10 participantes responderam as duas escalas de forma completa. Os resultados obtidos apontaram uma correlação estatisticamente significativa entre as duas ferramentas ($r = 0,63$; $p = 0,05$), reforçando a validade convergente da Escala LABIRINTO.

Esses achados reforçam que a Escala LABIRINTO avalia de forma fidedigna os comportamentos compatíveis com o TEA, semelhante aos avaliados pela SRS-2. Além disso, a

identificação precoce desses atrasos possibilita, em habilidades sociais e de comunicação social em crianças de 5 a 7 anos, a capacidade de contribuir em intervenções mais eficazes, especialmente por se tratar de uma fase crucial para o processo de alfabetização e para o desenvolvimento de habilidades fundamentais para a aprendizagem (Mues et al., 2023).

A utilização de instrumentos diagnósticos validados e culturalmente adaptados, torna-se imprescindível, para garantir a fidedignidade dos dados alcançados, sobretudo avaliação do TEA. Considerando a relevância de ferramentas diagnósticas validadas para avaliação inicial, observa-se no cenário brasileiro, que instrumentos amplamente usados como o ADOS e o SRS-2 podem não refletir integralmente os aspectos socioculturais brasileiros. A Escala LABIRINTO foi elaborada, adaptada culturalmente e validada no território brasileiro.

Pacífico et al. (2019) ressalta que aspectos como semântica e com base conceitual modificam o significado e, conseqüentemente, a interpretação dos itens mediante os comportamentos avaliados interferindo na confiabilidade dos dados. Isso reforça a relevância cultural, valorizando a pluralidade e a interculturalidade no que diz respeito às manifestações do TEA no contexto brasileiro. Nesse sentido, a Escala LABIRINTO revela uma diferença cultural considerável por ter sido construída por meio das peculiaridades socioculturais brasileiras, com o estilo de interação interpessoal afetivo e corporal, bem como variações regionais linguísticas, possibilitando uma interpretação exata da sintomatologia clínica do TEA.

Nesse sentido, o presente estudo, voltado para a faixa etária de 5 a 7 anos e 11 meses, teve como objetivo ampliar o processo de validação psicométrica, e, a partir dos dados obtidos, revelou consistência interna adequada, coeficiente de Alfa de Cronbach considerável, além de um notável desempenho da curva ROC. Cabe ressaltar, que os resultados evidenciaram uma amostra maior do público masculino em comparação ao feminino.

Um item apresentou carga fatorial inferior comparado aos demais, sendo Dificuldade de Mudança e Interesses Restritos (0,50), enquanto outros itens, como Respostas da Criança as

Tentativas do Avaliador de Atenção Compartilhada (0,74) e Iniciativa para Busca ao Outro (0,77), apresentaram cargas fatoriais elevadas, garantindo excelente representatividade do fator avaliado. Essas variações podem ser atribuídas às características específicas de cada participante avaliado, especialmente ao nível de desenvolvimento nessas áreas, bem como a possíveis modificações do ambiente durante a avaliação, variáveis que influenciam na frequência e na qualidade das respostas coletadas. Diante dessas variações, observa-se que a Escala LABIRINTO aponta os prejuízos significativos entre grupos, determina alguns comportamentos que necessitam de observações mais refinadas, e, sobretudo, as habilidades mais específicas contempladas pela própria quando na área de sintomas associados.

A ausência de adequação desses itens à estrutura da escala pode estar relacionada às mudanças que o TEA pode perpassar ao longo da vida de um indivíduo, conforme ancorado por pesquisadores que destacam fatores como a ampla variabilidade fenotípica do TEA e fatores do desenvolvimento humano (Zanon, 2014; Vianna, dos Santos, Cavichini & Martins, 2023). Alguns comportamentos, como empatia e sentimento de cumplicidade, podem ser melhor identificados em contextos sociais entre os pares. De modo semelhante, comportamentos como maneirismos e reatividade sensorial, sendo esses principalmente relacionados ao critério B do DSM-5, apresentam variação na frequência ou intensidade, conforme a idade da criança, podendo inclusive deixar de se manifestar de forma evidente (Masjedi, Clarke e Lord, 2024). Por isso, configuram-se mais difíceis de detectar em contextos clínicos restritos, carecendo de observações diretas em múltiplos contextos sociais.

Os itens relacionados a comportamentos rígidos e repetitivos, tais como maneirismos e comportamentos de hipo e hiper-reatividade, correspondem a comportamentos de difícil apresentação diante da amostra alcançada, em sua maioria, no nível I de suporte. Estudos mostram que indivíduos que se enquadram nesse nível de suporte apresentam algumas habilidades adaptativas preservadas e podem reduzir a manifestação desses comportamentos

durante o processo avaliativo, além de serem menos evidentes (Troyb et al., 2016; Esbensen et al., 2009).

Durante o processo avaliativo, essas respostas foram pouco evocadas ou se manifestaram de forma esporádica, restringindo sua colaboração na EFA. No entanto, a exclusão desses itens não comprometeu a validade da escala, mantendo a adequação com a estrutura teórica proposta.

No que se refere à comparação entre os grupos com TEA e com Desenvolvimento Típico, no âmbito da validade de critério, observou-se que os grupos, avaliados pela Escala LABIRINTO, apresentaram pontuações distintas. O grupo de crianças diagnosticadas com autismo alcançou escores mais expressivos comparado às crianças de desenvolvimento típico nos itens avaliados, indicando maiores prejuízos nas áreas de interação social, comunicação social e comportamentos rígidos e repetitivos.

A partir desses achados, identifica-se a capacidade discriminante da Escala LABIRINTO, evidenciando sua coerência na diferenciação de crianças típicas para crianças atípicas. Diante disso, instrumentos que possuem competência em distinguir com precisão grupos com e sem atrasos no desenvolvimento evidenciam elevada acurácia diagnóstica e reduzem o risco de subdiagnóstico e sobrediagnóstico.

A validade de construto concerne a capacidade da escala medir a representação teórica, ou seja, se a escala foca apenas no TEA e não em outros construtos. Como mencionado, os fundamentos teóricos que embasaram a construção da Escala LABIRINTO são provenientes dos três sintomas centrais do TEA, referindo-se à interação social, comunicação social, comportamentos rígidos e repetitivos. Na escala, o item de interação social integra a qualidade da interação social recíproca, contendo: resposta da criança às aproximações feitas pelo avaliador; sentimento de compartilhamento e cumplicidade na interação; iniciativas feitas pela criança de buscar o outro; sorriso social e empatia.

Por sua vez, o item de comunicação social engloba o diálogo iniciado pelo avaliador e/ou pelo paciente e o entendimento que circunda a comunicação social. Este item contempla: atipias na linguagem verbal expressiva; qualidade do repertório linguístico; reciprocidade na comunicação verbal; respostas ao chamado do nome; contato visual com o avaliador; intenção de atenção compartilhada realizada pela criança; resposta da criança às tentativas do avaliador de atenção compartilhada e gestos comunicativos. Em relação ao item comportamentos rígidos e repetitivos, a reiterar: brincar simbólico; mímica facial; dificuldade de mudanças e interesses restritos; maneirismos; comportamentos de hipo e hiper-reatividade sensorial.

Considerando isso, os dados alcançados na EFA apontaram cargas fatoriais significativamente altas, evidenciando forte relação fator latente representando o TEA, garantindo que a LABIRINTO mede os principais domínios do TEA.

Os resultados encontrados na EFA refletem a estrutura unidimensional da Escala LABIRINTO, demonstrando coerência teórica do TEA e evidenciando a capacidade de diferenciação de crianças do grupo com TEA e com desenvolvimento típico. Os dados apontam que as crianças do grupo com TEA apresentam uma média mais altas e um desvio padrão elevado nos seus escores, comparada às crianças do desenvolvimento típico. À vista disso, considera-se que os itens da Escala LABIRINTO estão adequadamente elaborados, evidenciando elevada consistência interna, o que assegura a confiabilidade do instrumento e a precisão dos resultados obtidos. (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017).

Partindo desses achados, se faz necessário um aprofundamento na interpretação da unidimensionalidade observada, bem como, cabe discutir a capacidade diagnóstica da escala e a adequação do ponto de corte adotado. Sendo assim, a unidimensionalidade qual foi identificada na análise fatorial exploratória tende a não implicar a negação da heterogeneidade clínica do TEA, mas busca refletir na proposta da Escala Labirinto em captar um fator latente geral que está relacionado ao desempenho da criança em situações estruturadas de interação

social. Conforme discutido pelos autores supracitados, instrumentos observacionais podem apresentar uma estrutura unidimensional. Assim, a capacidade diagnóstica observada tem como papel principal ser compreendida como evidência inicial sobre a sua eficácia na diferenciação entre crianças com TEA e com desenvolvimento típico, especialmente no que tange os contextos de rastreios e avaliações iniciais, respeitando-se os limites amostrais do estudo.

As distinções entre os dois módulos justificam-se devido às diferentes manifestações do TEA no decorrer do desenvolvimento infantil, tendo em vista os comportamentos esperados de cada faixa etária, especialmente no período da primeira infância. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2024), os marcos do desenvolvimento infantil exigem que crianças desta faixa etária possuam habilidades de interpretar e responder a situações que se apresentem no seu ambiente; tenham compreensão sobre sentimentos e emoções; assimilem a comunicação verbal, não verbal, linguagem expressiva, bem como outros elementos que compõem a comunicação.

Posto isto, o nível de complexidade das habilidades avaliadas em cada módulo fundamenta-se nas diferenças próprias do desenvolvimento infantil. No módulo destinado a crianças de 2 a 4 anos, são requeridas habilidades mais iniciais e simples, como interações básicas com outros, responder a diálogos iniciados por outros e participação em brincadeiras funcionais. Por sua vez, o módulo voltado à faixa etária de 5 a 7 anos demanda da criança respostas de maior complexidade, considerando-se a qualidade, a espontaneidade e flexibilidade nas interações, especialmente na dimensão da comunicação social, além de outras habilidades compatíveis com esse estágio do desenvolvimento.

Nesse sentido, os resultados deste estudo destacam a elevada sensibilidade e a robustez da Escala LABIRINTO, evidenciando sua aplicabilidade clínica e diagnóstica. Tais características impulsionam a identificação mais precisa e detalhada de sinais do TEA, o que pode contribuir para intervenções mais precoces, direcionadas e eficazes. Ademais, os achados

reforçam a relevância do instrumento no contexto brasileiro, ao oferecer uma medida psicometricamente consistente e adequada às especificidades do desenvolvimento infantil, ao mesmo tempo em que apontam para a importância da continuidade de estudos que ampliem sua validação em outras faixas etárias e contextos clínicos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância de escalas diagnósticas que possibilitem uma avaliação refinada dos marcos do desenvolvimento infantil para rastrear e diagnosticar populações específicas, como crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), é imprescindível para o desenvolvimento de práticas clínicas éticas e individualizadas. Diante disso, esta pesquisa buscou apresentar evidência de validade da Escala LABIRINTO de 5 a 7 anos e 11 meses para diagnóstico de TEA, com foco nas três grandes dimensões, sendo interação social, comunicação social (integrando verbal e não verbal), comportamentos rígidos e repetitivos. A Escala Labirinto pode ser considerada um produto técnico de mestrado profissional, o qual foi desenvolvido com o objetivo de atender as demandas pontuadas anteriormente, bem como, às demandas reais dos serviços de saúde e educação no contexto brasileiro, especialmente aqueles inseridos no SUS.

Em vista disso, os resultados evidenciaram índices psicométricos consideráveis de consistência interna, tendo o coeficiente de alfa de Cronbach (0,94) e o Ômega de McDonald (0,96) apresentado valores consideravelmente equivalentes ao recomendado pela literatura com valores superiores a 0,70 (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017). Quanto à validade de critério, foi pertinente diante da capacidade da Escala LABIRINTO de diferenciar crianças com desenvolvimento típico das crianças com autismo, mediante aos dados estatísticos alcançados no Mann-Whitney.

As contribuições oriundas desta pesquisa agregam substancialmente nos campo científico - a nível teórico -, metodológico, clínico e social. A nível teórico, esta pesquisa somou-se aos estudos de validação de um instrumento diagnóstico no campo do TEA já existentes adaptados ao cenário brasileiro. Convém destacar o embasamento nos critérios diagnósticos do DSM-5, conforme recomendado pela literatura nos processos de construção de instrumentos observáveis e mensuráveis (Alexandre e Coluci, 2011). No que se refere ao aspecto metodológico, esses achados possibilitam a disponibilização de uma ferramenta com evidências sólidas, firmada em análises psicométricas rigorosas, dentro dos parâmetros

sensibilidade e especificidade encontrada em outros estudos com finalidade semelhante (Pacífico et al., 2019; Barbosa et al., 2020).

Do ponto de vista clínico, através das evidências alcançadas, a Escala LABIRINTO oferece direcionamento aos profissionais de saúde, sendo psicólogos, psiquiatras, neuropsicólogos, possibilitando um rastreamento amplo e, conseqüentemente, intervenções clínicas personalizadas para indivíduos com suspeitas de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Em termos de impacto social, esta pesquisa contribui para ampliação e acesso ao diagnóstico de excelência, atingindo todas as classes sociais.

A faixa etária de 5 a 7 anos corresponde a um período de grande importância no desenvolvimento infantil, especialmente por abranger o processo de alfabetização, no qual a criança transita da educação infantil para o ensino fundamental. Neste processo, é necessário que o estudante possua conhecimento do alfabeto, bem como a mecânica da escrita/leitura, isto é, codificar e decodificar os fonemas e as letras (Ministério da Educação, 2017).

À vista disso, possíveis atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil podem impactar nas habilidades cognitivas, linguísticas e sociais, gerando dificuldades compatíveis de crianças com diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), o que pode gerar impactos significativos no processo de alfabetização. Nesse sentido, a Escala LABIRINTO do módulo de 5 a 7 anos e 11 meses favorece o rastreamento de possíveis atrasos do desenvolvimento dessas áreas, tal como um planejamento de intervenção individualizado e eficaz.

Em termos dos resultados encontrados, estes corroboram com a validade de conteúdo, uma vez que a escala representou satisfatoriamente os sintomas centrais do TEA. No que tange a validade de critério, verificou-se que a Escala LABIRINTO diferenciou crianças com desenvolvimento típico daquelas com TEA, conforme evidenciando através da análise da curva ROC, bem como na sensibilidade e na especificidade relacionadas ao ponto de corte, demonstrando que a ferramenta reconhece comportamentos compatíveis com o autismo.

Quanto a validade de construto, revelou altas cargas fatoriais dos itens da escala, alcançando até (0,91), indicando uma relação significativa com as dimensões principais para validar o diagnóstico do TEA na faixa etária avaliada.

No que se refere às evidências de validade convergente, os resultados indicaram correlação entre a Escala LABIRINTO e a SRS-2, considerando que ambos os instrumentos se propõem a avaliar o mesmo construto. Os dados da SRS-2 coletados diretamente com os responsáveis dos participantes, formato esse reconhecido pela literatura como válido (Muratori et al., 2011), apontou que a Escala LABIRINTO demonstrou convergência significativa comparada à SRS-2, garantindo que ambas podem avaliar sintomas centrais pertinentes ao TEA.

Este estudo apresentou achados importantes com relação a evidências de validade, no entanto abordou limitações, como o número limitado de participantes do sexo feminino, delimitando a universalidade da escala para a população com desenvolvimento atípico. Quanto ao aspecto da adaptação cultural, a aplicação da escala foi restrita a apenas uma região do país, sem amostras advindas de outros estados, o que restringe a ampliação e a adaptação cultural relacionado a outras regiões do Brasil. Considerando tais limitações, pretende-se, em investigações futuras, investigar de forma específica o desempenho da Escala Labirinto em amostras estratificadas por nível de suporte, buscar maior heterogeneidade na amostra, assim como diversidade regional, visando consolidar a validade e a aptidão da aplicabilidade da Escala LABIRINTO em todo território brasileiro.

Por fim, este estudo ressalta a relevância de instrumentos adaptados ao contexto brasileiro, voltados à instrumentalização de profissionais de saúde no processo de rastreio do TEA em crianças de 5 a 7 anos. Convém destacar que a Escala LABIRINTO, através deste estudo, concedeu uma ferramenta gratuita e de fácil aplicação. Instrumentos de diagnóstico como esse contribuem significativamente para a produção de novas práticas clínicas e

fomentam a acessibilidade rumo ao diagnóstico para todos os grupos sociais, promovendo equidade no acesso ao diagnóstico e possibilidade na intervenção precoce.

8 PRODUTO

8.1 INTRODUÇÃO

A Escala LABIRINTO para diagnóstico e caracterização clínica do Transtorno do Espectro Autista (TEA), divulgada em 2020, é uma ferramenta padronizada, gratuita, brasileira e de fácil aplicação para toda equipe multidisciplinar no setor público e privado, visto que as ferramentas diagnósticas presentes no mercado tendem a ser de alto custo econômico e inacessíveis. O instrumento foi produzido pelo Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Autismo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (LABIRINTO), composto por especialistas em autismo de áreas e instituições distintas, assim como de alunos de iniciação científica e internato dos cursos de psicologia e Medicina da Faculdade Baiana de.....

O grupo de pesquisa visa promover investigações científicas clínicas, epidemiológicas, qualitativas e biológicas da população com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Tem em vista o incentivo de estudantes de graduação em psicologia e medicina para iniciar as práticas em pesquisa científica, rastrear recursos financeiros com entidades que estimulam estudos e possibilitam a formação de qualidade para médicos e psicólogos, bem como obter contribuições de profissionais da educação e de saúde de todo o Brasil, com a proposta de agregar conhecimento científico em pesquisa com pessoas autistas (Pondé, Siquara & Wanderley, 2021).

O aumento da prevalência do TEA se dá pelo aumento de pesquisa após os anos 70, onde focaram em estudos com indivíduos sem comorbidades, visto que durante os anos 60 e 70, a condição do autismo era relacionada com a deficiência intelectual. Outra hipótese que pode justificar a expansão e unificação de diagnósticos nos manuais de diagnóstico que ocorre entre o DSM-IV para o DSM-V, além da facilidade da população ter acesso à informação (Almeida e Neves, 2020).

8.1.1 Benefícios da Avaliação Diagnóstica

O aumento expressivo de crianças diagnosticadas com TEA demonstra a relevância de instrumentos de avaliação diagnóstica, bem como a capacitação de profissionais da área de saúde e educação, tendo em vista diagnósticos mais fidedignos, limitando o risco de subdiagnóstico e sobrediagnóstico (Leite et.al.,2024).

8.2 MÉTODO

8.2.1 Tipo de Produto

O presente estudo teve como objetivo identificar evidências de validade psicométrica da Escala LABIRINTO, oferecendo uma ferramenta eficaz para o que se propõe, sendo o módulo especificamente voltado para crianças na faixa etária de 5 a 7 anos, com foco na avaliação diagnóstica do TEA nesse público.

8.2.2 Aplicabilidade

1. A princípio, é necessário identificar a idade cronológica da criança através do seus pais e responsáveis.
2. Logo após, apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura dos responsáveis.
3. Na sequência, realizar a anamnese para coletar informações acerca do desenvolvimento da criança da gestação até o presente momento.
4. Em seguida, a criança é submetida à avaliação, com tarefas estruturadas e materiais específicos, com duração de 50 minutos.

8.2.3 Guia De Aplicação

O guia de aplicação tem como finalidade direcionar o avaliador quanto a aplicação de cada uma das tarefas, com foco nas dimensões de interação, comunicação verbal e não verbal,

e comportamentos rígidos e repetitivos, além de apontar os seus materiais correspondentes a cada tarefa.

8.2.4 Pontos fortes e Limitações do Estudo

Considera-se como aspecto relevante neste estudo o referente à aplicação do instrumento em uma amostra clínica heterogênea, o que, embora possa apresentar certos desafios metodológicos amplia a validade dos resultados e também pode aproximar o estudo das condições encontradas nos serviços de saúde, incluindo serviços públicos, como também nos serviços de educação.

No que tange às limitações, algumas podem ser consideradas, como não se trata de um estudo estratificado por níveis de suporte, isso pode impedir em uma sensibilidade maior da escala, no entanto, isso não invalida os achados presentes neste trabalho, tende indicar um caminho maior para investigação futura com delineamento mais específico.

8.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, objetivou-se apontar evidências de validade da Escala LABIRINTO para diagnóstico de autismo, para crianças do grupo etário de 5 a 7 anos. Diante dos achados psicométricos, este estudo fornece à comunidade científica e clínica um instrumento culturalmente adaptado, frente a alta demanda de casos dessa condição, bem como um progresso frente à escassez de instrumentos nacionais validados, onde contemple todos os grupos sociais.

A vista disso, a Escala LABIRINTO apresenta uma ferramenta aplicável, e com alta capacidade de ser utilizada por diferentes profissionais da psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, entre outros, possibilitando um olhar multidisciplinar para um diagnóstico mais preciso. Deve-se salientar que, a formação contínua e a capacitação para uso da ferramenta são imprescindíveis para a aplicação das tarefas e uma interpretação rigorosa, evitando diagnósticos equivocados.

Sintomas Centrais

1. Qualidade da Interação social Recíproca

1.1. Resposta da criança às aproximações feitas pelo avaliador

Esse item é avaliado com base nas observações feitas durante todo o atendimento, notadamente a resposta do paciente às iniciativas de conversa e aos jogos propostos pelo avaliador.

O foco desse item são as respostas da criança às tentativas de aproximações feitas pelo avaliador, reveladas pelo engajamento (participar colaborando) nas conversas e/ou nos jogos e/ou brincadeiras propostos pelo avaliador. A interação típica se apresenta de forma colaborativa, com trocas de turnos a partir das iniciativas feitas pelo avaliador. 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 não se mostrar disponível para engajar numa conversa (não responde, parece alheio, olha para outras coisas, se distrai com objetos, manifesta desinteresse e ou intolerância em responder perguntas); pode retornar frequentemente ao tema que é foco do seu interesse, ou mesmo manter a conversa exclusivamente no mesmo tema. A criança com autismo pode também fazer uma oposição passiva ao avaliador, que consiste em um comportamento de esquiva, que se revela com o não engajamento ou indiferença: 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 ou conversa 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 ou conversas 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 ou conversas 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 e conversas propostas.	1	
A criança aceita bem a aproximação; se engaja rapidamente em todas ou na maioria das atividades e conversas 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, um brinquedo). 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.

*Observar se a criança inicia uma conversa, se faz algum comentário desinteressado ou se fornece alguma informação não demandada. Observar se ela se dirige ativamente ao avaliador para convidá-lo para participar de alguma brincadeira/jogo (convida para algum jogo, oferece a vez no jogo), OU se mostra ao avaliador (ou aos pais) algum brinquedo/jogo ou algo que ela fez (sua colaboração no desenho conjunto, uma jogada exitosa). A pessoa com autismo pode buscar o avaliador **PREFERENCIALMENTE** ou **APENAS** quando precisa de algo, como pedir lanche ou algum brinquedo/jogo, pedir para ir embora, solicitar ir ao banheiro, questionar se ainda vai demorar. A pessoa com autismo pode também se dirigir ao avaliador e/ou acompanhante **APENAS** para fazer questionamentos/comentários que façam parte de temas relativos ao seu foco de interesse restrito.*

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; E/OU fornece informações não demandadas ou faz comentários APENAS sobre temas que estejam relacionados ao seu foco de interesse restrito. Pontuar aqui TAMBÉM pacientes que buscam o avaliador APENAS para provocar ou para contestar.	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; E/OU POUCAS VEZES fornece informações não demandadas OU faz comentários que NÃO se relacionam com o seu foco de interesse.	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. E/OU ALGUMAS VEZES fornece informações não demandadas ou faz comentários que NÃO estejam relacionado ao seu foco de interesse. A busca é menor do que a esperada.	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; além disso conversa e faz com frequência comentários QUE NÃO estejam relacionados ao seu foco de interesse.	0	

1.3. Sorriso social

O sorriso social é avaliado como elemento que compõe a interação social. A criança pode usar o sorriso como uma forma de aproximação social, nesse caso o sorriso revela uma intenção comunicativa de aproximação, ou de cumplicidade. O sorriso social pode ocorrer também em resposta ao estímulo realizado por outra pessoa. Considerar que o paciente pode também sorrir sem relação com o contexto ou com o que é dito

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	4	

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.		
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	

Score Total da Interação Social	
---------------------------------	--

2. Comunicação Social

A resposta a esse item se baseia nos diálogos iniciados pelo avaliador e/ou pela criança e na compreensão que envolve a comunicação social. Nesse tópico é avaliada a qualidade do repertório verbal e das trocas dialógicas; o uso simbólico de elementos não verbais que auxiliam a comunicação; bem como a compreensão de linguagem figurada, que faz parte de uma comunicação social que envolve mais cumplicidade entre as partes.

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. Espera-se que aos 5 anos a criança já produza frases de 4 a 5 palavras. Ela já domina os tempos verbais do presente, passado e futuro, utiliza pronomes em geral, evidenciando domínio das funções discursivas de interrogar, intimar, afirmar bem como da capacidade de narrar. A capacidade de ouvir e produzir uma nova palavra é imediata nessa faixa etária, ou seja, ouve uma vez e já memoriza. Crianças nessa faixa etária tem uma produção articulatória igual ou muito próxima à do adulto, ou seja, adquiriu todas os fonemas e estruturas silábicas da língua. Nessa faixa etária, espera-se que a criança consiga fazer uma narrativa coerente com equilíbrio inicial, desequilíbrio, resolução e desfecho. Aos 5 anos pode produzir um desfecho menos trabalhado, mas entre 6 e 7 anos espera-se que todas essas etapas da narrativa estejam desenvolvidas, seja uma narrativa eliciada por estímulo visual ou um relato de alguma história conhecida pela criança.

Esse item deve ser avaliado a partir das conversas com a criança pedindo que ela explique e/ou justifique situações oferecendo oportunidade para que ela possa falar sobre a sua experiência de uma maneira livre. Mostre a Lâmina 2 e peça que comente sobre o conteúdo da tirinha. Aproveite para identificar a produção de explicações e argumentos.

Não fala e/ou não emite nenhum som comunicativo; OU fala palavras soltas, porém sem intenção comunicativa; OU articula sons de forma encadeada (silábicos), porém o conteúdo não é compreensível (como se falasse uma língua incompreensível – jargão).	5	
---	---	--

Fala palavras soltas, com contexto comunicativo adequado e com intenção comunicativa.	4	
Usa frases simples e compostas para descrever ações ou emitir comentários/preferências. Pode não conseguir fazer relatos, exemplo narrar um filme que assistiu ou contar uma história.	3	
Narra eventos passados ou “inventa” histórias com frases encadeadas com coerência; MAS NÃO responde adequadamente à causa/justificativa quando perguntado o porquê.	2	
Narra eventos passados ou “inventa” histórias com frases encadeadas com coerência. ALÉM DISSO, responde à causa/justificativa APENAS quando perguntado <i>por quê?</i> Exemplo: <i>por que você chorou?</i> A criança responde: <i>porque eu bati o pé.</i>	1	
A criança tem um vocabulário bastante amplo. Em geral, fala muito e corretamente. Expressa ideias e comenta sobre o seu cotidiano. Pode também fazer muitas perguntas. É capaz de produzir uma narrativa coerente com todas as suas etapas.	0	

2.3. Reciprocidade na comunicação verbal

A resposta a esse item se baseia nos diálogos iniciados pelo(a) avaliador(a) 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. Em pacientes com autismo é comum: falar sem prestar atenção no outro, como se falasse sozinho; não esperar para falar; não deixar o outro falar; pedir para o outro se calar; ser prolixo, não reconhecendo se o interlocutor está ou não interessado na conversa.

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 pode fazer 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	

3. Comunicação Não Verbal

1.1. 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 tentativa.	0

3.3. 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	

3.4. 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	

3.5. 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 carro) 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 carrinho”).

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	

3.6. 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	

Score total da Comunicação não verbal

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 (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.). Considerar que crianças acima de 5 anos já tem uma grande capacidade de fantasiar e criar jogos simbólicos.

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 ou do tema da conversa. 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, tema de conversa, 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, tema de conversa ou atividade. Resiste intensamente a qualquer tentativa de retirar o brinquedo/objeto ou mudar a atividade ou tema da conversa.	5	
Apresenta interesse muito forte por algum brinquedo/objeto, tema de conversa ou atividade. Resiste às tentativas de retirar o brinquedo/objeto ou mudar a atividade ou o tema da conversa; mas busca ou aceita APENAS UM outro brinquedo ou atividade ou tema de conversa durante a avaliação.	4	
Apresenta interesse maior por algum brinquedo/objeto, tema de conversa ou atividade. Resiste às tentativas de retirar o brinquedo/objeto ou mudar a atividade ou o tema da conversa; mas busca ou aceita pelo menos DOIS outros brinquedos ou atividades ou tema de conversa durante a avaliação.	3	

Apresenta nítida preferência por algum brinquedo/objeto, tema de conversa ou atividade, ao qual volta com frequência, mas não resiste às propostas de mudanças de brinquedos, tema de conversa ou atividades.	2	
A criança nota que houve mudança do brinquedo ou atividade propostas, pode retornar à mesma atividade, tema de conversa ou buscar o mesmo brinquedo algumas vezes (UMA OU DUAS VEZES), mas não resiste às mudanças de brinquedos, tema de conversa ou atividades.	1	
A criança não apresenta sinais de adesão a nenhum brinquedo/objeto, tema de conversa ou atividade E não resiste à mudança nos brinquedos, tema de conversa ou atividades durante a avaliação.	0	

Escore total comportamento rígido e gestos repetitivos	
--	--

REFERÊNCIAS

- Asparouhov T, Muthén B: Multiple-Group Factor Analysis Alignment, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 2014; DOI: 10.1080/10705511.2014.919210
- Almeida, M. L., & Neves, A. S. (2020). A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia?. *Psicologia: Ciência e profissão*, 40.
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciencia & saude coletiva*, 16, 3061-3068.
- Alvarenga, N. M. D. (2017). Lei Berenice Piana e inclusão dos autistas no Brasil. *Revista Jus-Fadiva*.
- Amarante, P., & Nunes, M. D. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & saúde coletiva*, 23, 2067-2074.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Autismo, R. (2023). Prevalência de Autismo: 1 a cada 36 é o novo número do CDC nos EUA. Disponível em <https://www.canalautismo.com.br/noticia/prevalencia-de-autismo-1-em-36-e-o-novo-numero-do-cdc-nos-eua/>
- Autista, E. (2012). Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. *Brasília, DF*.
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2014). Alinhamento de análise fatorial de múltiplos grupos. *Modelagem de Equações Estruturais: Um Jornal Multidisciplinar*, 21 (4), 495-508.
- Asperger, H. (1991). Autistic psychopathy in childhood. In U. Frith (Ed.), *Autism an Asperger Syndrome* (pp. 37-92). Londres: Cambridge University Press. (Trabalho original publicado em 1944).
- Backes, B., Zanon, R. B., & Bosa, C. A. (2017). Características sintomatológicas de crianças com autismo e regressão da linguagem oral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33.
- Barbosa, I. G., Rodrigues, D. H., Rocha, N. P., Simões-e-Silva, A. C., Teixeira, A. L., & Kummer, A. (2020). Propriedades psicométricas da *Social Responsiveness Scale-2* (SRS-2) para transtornos do espectro autista. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(1), 54–62. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0089>
- Borges, L., Otoni, F., Lima, T. H. D., & Schelini, P. W. (2023). Escala de Responsabilidade Social (SRS-2): Evidências de Validade Baseadas na Estrutura Interna. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 39 (spe), e39nspe11.
- Becker, M. M. (2009). Tradução e validação da entrevista Autism diagnostic interview-revised (ADI-R) para diagnóstico de autismo no Brasil.

- Bistaffa, B. C. (2010). *Incorporação de indicadores categóricos ordinais em modelos de equações estruturais* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo). Repositório da Universidade de São Paulo.
- Brasil. (2008). Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília: MEC. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>
- BRASIL, L. (2012). 12.764, de 27 de dezembro de 2012. *Política Nacional de Proteção dos direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista*. Brasília: Presidência da República.
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., Smith, J. A., & Haase, V. G. (2010). Métodos de pesquisa em psicologia. In *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp. 503-503).
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Construção da validade: Questões básicas no desenvolvimento objetivo de escalas. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319.
- De Caldas, T. A. (2013). *Egressos de cursos de Direito: visão dos aprovados no Exame da Ordem* (Doctoral dissertation, [sn]).
- DeVellis, R. F. (2017). *Desenvolvimento de escalas: Teoria e aplicações* (4ª ed.). Sage.
- De Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos de confiabilidade e validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659.
- Cavicchia, D. D. C. (2010). O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida. IN Caderno de Formação: Formação de Professores Educação Infantil-Princípios e Fundamentos, 1, 13-27.
- Constantino, J. N., & GRUBER, C. (1960). SRS-2 Escala de Responsividade Social.
- Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2020). *SRS-2: Escala de Responsividade Social – Segunda edição* (L. Borges & N. Hauck Filho, Trads.; 2ª ed.). Hogrefe.
- Costa, A. L. D. D. (2023). Transtorno do espectro autista: a linguagem como instrumento de inclusão social e educacional.
- Cronbach, LJ (1951). Coeficiente alfa e a estrutura interna dos testes. *psychometrika* , 16 (3), 297-334.
- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed Editora.

- Damásio, B. F., & Dutra, D. D. F. (2017). Análise fatorial exploratória: Um tutorial com o software Factor. *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos*, 241-266.
- Da Silva, M. M. (2017). Educação especial na perspectiva inclusiva: crianças com transtorno do espectro do autismo. *ID on line. Revista de psicologia*, 11(35), 56-66.
- Dias, S. (2015). Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18, 307-313.
- Do Nascimento Silva, E. (2020). AUTISMO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Científica UMC*, 5(3).
- Dos Santos, L. R. G., & Gradvohl, S. M. O. (2018). Definição do Conceito de Saúde na Visão dos Concluintes de um Curso de Psicologia. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 9(1/2/3), 041-048.
- Dos Santos, A. V., & Coelho, C. (2020). Definições operacionais e análise funcional de termos presentes nas questões do Inventário de Estilos Parentais (IEP). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 11(1), 063-078.
- Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2018). Errata a: Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 4 (2), 76-76.
- Esbensen, A. J., Seltzer, M. M., Lam, K. S. L., & Bodfish, J. W. (2009). Diferenças relacionadas à idade em comportamentos repetitivos restritos em transtornos do espectro autista. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1), 57–66. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0599-x>
- Federal, S. (1988). Constituição. *Brasília (DF)*.
- Ferreira, E. C. V. (2008). Prevalência de autismo em Santa Catarina: uma visão epidemiológica contribuindo para a inclusão social.
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2018). *Avaliação da qualidade e da adequação de soluções fatoriais e estimativas de escores fatoriais na análise fatorial exploratória de itens* [Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis]. *Educational and Psychological Measurement*.
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2019). *Uma abordagem de validade externa para avaliar a unidimensionalidade essencial em modelos de fatores correlacionados* [An external validity approach for assessing essential unidimensionality in correlated-factor models]. *Educational and Psychological Measurement*, 79(5), 897–918. <https://doi.org/10.1177/0013164418824755>
- Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., & Navarro-González, D. (2019). *unival: Um pacote em R baseado em análise fatorial para avaliar a unidimensionalidade essencial por meio de informações de validade externa* [unival: An FA-based R package for assessing essential unidimensionality using external validity information]. *The R Journal*, 11(1), 183–195.

- Fisher, L. D., & Van Belle, G. (1993). *Bioestatística: Uma metodologia para as ciências da saúde*.
- Flório, F. M., Zanin, L., Santos, L. M. D., Meneghim, M. D. C., & Ambrosano, G. M. B. (2023). Tamanho do efeito em estudos observacionais na área de Saúde Bucal Coletiva: importância, cálculo e interpretação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(2), 599-608.
- Garrido, L. E., Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2019). *Multidimensional ou essencialmente unidimensional? Uma abordagem fatorial multifacetada para avaliar a dimensionalidade de testes e itens* [Multidimensional or essentially unidimensional? A multi-faceted factor-analytic approach for assessing the dimensionality of tests and items]. *Psicothema*, 31(4), 450–457.
- Guareschi, T., Alves, M. D., & Naujorks, M. I. (2016). Autismo e políticas públicas de inclusão no Brasil. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16, 246-250.
- Holgado-Tello, F. P., Chacón-MoscOSO, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality & Quantity*, 44(1), 153-166.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025, 23 de maio). *Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil*. Agência de Notícias IBGE. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>
- Hong, J. S., Singh, V., Kalb, L., Reetzke, R., Ludwig, N. N., Pfeiffer, D., Hologue, C., Menon, D., Lu, Q., Ashkar, A., & Landa, R. (2022). Estudo de replicação para pontos de corte de ADOS-2 para auxiliar na avaliação do transtorno do espectro autista. *Autism Research*, 15(11), 2181–2191.
- Kanner, L. (1997). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. *Autismos. São Paulo: Escuta*, 111-170.(Trabalho original publicado em 1943)
- Lázaro, C. P., Siquara, G. M., & Pondé, M. P. (2020). Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 68, 191-199.
- Leite, A. C. D., da Silva, L. B., da Costa, M. A. O., de Melo, W. F., & Fecury, A. A. (2024). Benefícios do diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista e do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(4), 1242-1255.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, PJ (2006). FACTOR: Um programa de computador para ajustar o modelo de análise fatorial exploratória. *Métodos de pesquisa comportamental*, 38 (1), 88-91.
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate behavioral research*, 46(2), 340-364.

- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2022). *Desenvolvimento de uma versão revisada da Escala de Ansiedade Estatística* [Development of a revised version of the Statistical Anxiety Scale]. *Psicothema*, 34(1), 36–44.
- Losapio, M. F., & Pondé, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30, 221-229.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, PC, Risi, S., Gotham, K., Bishop, SL, ... & Guthrie, W. (2008). ADOS. Escala de observação para o diagnóstico de autismo. *Edições de chá*.
- Maia, K. S., & Assumpção Junior, F. B. (2021). Escala de seguimiento para trastornos del espectro autista: un estudio de validez para adolescentes y adultos. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 41(101), 166-174.
- Manzi-Oliveira, A. B., Balarini, F. B., Marques, L. A. D. S., & Pasian, S. R. (2011). Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. *Psico-USF*, 16, 367-381.
- Marques, DF, & Bosa, CA (2015). Protocolo de avaliação de crianças com autismo: comprovativo de validade de aprovado. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31, 43-51.
- Matarazzo, JD (1980). Saúde comportamental e medicina comportamental: fronteiras para uma nova psicologia da saúde. *Psicólogo americano*, 35 (9), 807.
- Marteleto, M. R. F., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Validity of autism behavior checklist (ABC): preliminary study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, 295-301.
- Masjedi, N., Clarke, E. B., & Lord, C. (2024). Desenvolvimento de comportamentos restritos e repetitivos dos 2 aos 19 anos: estabilidade e mudança nos comportamentos sensorio-motores repetitivos, insistência na mesmice e comportamentos verbais em um estudo longitudinal do autismo. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55(7), 2254–2271. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06307-4>
- Ministério da Educação. (2017). *Base Nacional Comum Curricular*. Ministério da Educação. <http://basenacionalcomum.mec.gov.br>
- Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes para atenção à reabilitação da pessoa com autismo*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf
- Michel, M. H. (2005). Pesquisa e metodologia científica. *Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 31-74.
- Mues, M., Zuk, J., Norton, E. S., Gabrieli, J. D. E., Hogan, T. P., & Gaab, N. (2023). Habilidades de pré-alfabetização mediam a relação entre a produção inicial de sons da fala e os resultados subsequentes da leitura. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66(8), 2766–2782. https://doi.org/10.1044/2023_JSLHR-22-00142
- Muratori, F., et al. (2011). O CBCL 1.5-5 e a identificação de crianças em idade pré-escolar com autismo na Itália. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(1), 1-10.

- Organização Mundial da Saúde, (2019). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (11ª ed.)*. <https://icd.who.int/pt>
- Pacífico, M. C., de Paula, C. S., Namur, V. S., Lowenthal, R., Bosa, C. A., & Teixeira, M. C. T. V. (2019). Evidências preliminares do processo de validação da Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): tradução, adaptação transcultural e equivalência semântica para a versão em português do Brasil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41, 218-226.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1723-1728.
- Paiva, F. J. (2022). *Lei Berenice Piana faz seu 10º aniversário, nascida de uma sugestão da sociedade*. Canal Autismo. <https://www.canalautismo.com.br/noticia/lei-berenice-piana-faz-seu-10o-aniversario-nascida-de-uma-sugestao-da-sociedade/>. Acesso em: 7 jun. 2023.
- Paiva, F., Jr. (2023). Prevalência de autismo: 1 em 36 é o novo número do CDC nos EUA. Recuperado 25 de maio de 2023, do site Canal Autismo: <https://www.canalautismo.com.br/noticia/prevalencia-de-autismo-1-em-36-eo-novo-numero-do-cdc-nos-eua/>
- Paula, C. S., Fombonne, E., Gadia, C., Tuchman, R., & Rosanoff, M. (2011). Autismo no Brasil: perspectivas da ciência e da sociedade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57, 2-5.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho?. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23, 99-107.
- Pasquali, L. (2017). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Editora Vozes Limitada.
- Pereira, A., Riesgo, R. S., & Wagner, M. B. (2008). Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. *Jornal de Pediatria*, 84, 487-494.
- Pereira, T. C. A. (2015). Protocolo de avaliação comportamental de crianças com suspeita de transtorno do espectro autista (PROTEA-R): validação preliminar da versão não verbal.
- Pinto, R. N. M., Torquato, I. M. B., Collet, N., Reichert, A. P. D. S., Souza Neto, V. L. D., & Saraiva, A. M. (2016). Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.
- Polo, T. C. F., & Miot, H. A. (2020). Aplicações da curva ROC em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 19, e20200186.
- Pondé, M. P. (2018). A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21, 145-166.
- Pondé, M. P., Siquara, G. M., & Wanderley, D. B. (2022). *Manual Labirinto para o diagnóstico de autismo e sintomas associados*.
- Pondé, MP, Wanderley, DDB, Menezes, LDD, Gomes, FL, & Siquara, GM (2021). Um estudo de validação da escala LABIRINTO para avaliação do transtorno do espectro autista em crianças de 2 a 4 anos. *Tendências em psiquiatria e psicoterapia*, 43, 320-328.

- Raykov, T. (1997). Estimativa de confiabilidade composta para medidas congênicas. *Medição Psicológica Aplicada*, 21 (2), 173-184.
- Shaw, K. A., Williams, S., Patrick, M. E., Valencia-Prado, M., Durkin, M. S., Howerton, E. M., Ladd-Acosta, C. M., Pas, E. T., Bakian, A. V., Bartholomew, P., ... & Maenner, M. J. (2025). *Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022*. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries, 74(2), 1–22. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/ss/ss7402a1.htm>
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Silva, C. C., & Elias, L. C. D. S. (2020). Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: uma revisão sistemática. *Avaliação Psicológica*, 19(2), 189-197.
- Simon, A. G., & Baptista, T. W. D. F. (2011). O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2227-2241.
- Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. D. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 26(3), 649-659.
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 502-507.
- Swets, J. (2012). *Avaliação de sistemas de diagnóstico*. Elsevier.
- Tamanaha, A. C., Perissinoto, J., & Chiari, B. M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13, 296-299.
- Teixeira, J. A. C., & Leal, I. P. (1990). Psicologia da saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 8, 453-458.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 9, 25-59.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*, 16(2), 209.
- Tinsley, H. E. A., & Tinsley, D. J. (1987). Usos da análise fatorial em pesquisas em psicologia do aconselhamento. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), 414–424.
- Troyb, E., Knoch, K., Herlihy, L., Stevens, M. C., Chen, C. M., Barton, M., Treadwell, K., & Fein, D. (2016). Comportamentos restritos e repetitivos como preditores de desfecho em transtornos do espectro autista. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(4), 1282–1296. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2668-2>.

- Vianna, G. A., dos Santos, M. F. R., Cavichini, P. A., & Martins, V. B. (2023). Transtornos do Espectro Autista ao longo do desenvolvimento humano. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 19571-19580.
- VOLKMAR, F. R., WIESNER, L. A. (2019). O que é autismo? Conceitos de diagnóstico, causas e pesquisas atuais. *VOLKMAR, FRED R.; WIESNER, LISA A. Autismo: guia essencial para compreensão e tratamento. Porto Alegre: Artmed*, 1-24.
- Weizenmann, L. S., Pezzi, F. A. S., & Zanon, R. B. (2020). Inclusão escolar e autismo: sentimentos e práticas docentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24.
- Zanon, R. B. (2012). Déficit na iniciativa de atenção compartilhada como principal preditor de comportamento social no transtorno do espectro autista.

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Projeto para Validação multicêntrica da ESCALA LABIRINTO para diagnóstico de autismo e sintomas associados”, conduzida por Milena Pereira Pondé e Gustavo Marcelino Siquara, professores do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Esse projeto foi criado para ampliar a validação de um instrumento de avaliação do autismo, a ESCALA LABIRINTO. Através desse estudo, buscamos facilitar a diferenciação do autismo de pessoas sem autismo, que podem ter outros transtornos, que podem confundir o diagnóstico e atrapalhar o tratamento.

Caso aceite o convite, você ou os seus pais vão responder perguntas sobre seu desenvolvimento e infância, como por exemplo: “como você se comunica?”; “você brincava muito com outras crianças ou preferia brincar sozinho?”; “tem alguma brincadeira que você repetia muito?”. Você ou seus pais também vão responder a um questionário com perguntas sobre alguns incômodos físicos, como agonia com etiqueta de roupas, com a areia da praia, com barulho, com certos cheiros, etc. Além disso, o pesquisador vai fazer uma avaliação com você, com alguns jogos e conversas. A avaliação completa vai durar aproximadamente duas horas. Você pode interromper a sua participação na avaliação a qualquer momento.

A avaliação vai ser feita por profissionais treinados. Ao final da avaliação você receberá um relatório com as informações sobre a avaliação. Caso você esteja fazendo algum acompanhamento com profissional da área de saúde mental, esse relatório pode ajudar os profissionais que te acompanham, por acrescentar informações importantes sobre o seu comportamento e desenvolvimento. Os resultados desta pesquisa vão ajudar na criação de um material brasileiro para facilitar o diagnóstico de autismo. Esses resultados serão publicados (sem identificar o seu nome) em revistas científicas, apresentados em congressos e estarão disponíveis para todos os envolvidos neste estudo.

Os riscos dessa avaliação e entrevista envolvem riscos relacionados a emoções que possam surgir, referentes aos temas da entrevista, que são perguntas sobre o seu desenvolvimento, ou o desenvolvimento do seu filho. Além disso, na avaliação, propomos brincadeiras ou jogos, conversas sobre as coisas que você (ou seu filho) costuma fazer, sua (ou do seu filho) opinião sobre alguns temas; podemos também mostrar algumas tirinhas e desenhos e perguntar o que você (ou seu filho) acha deles.

Caso alguma das atividades propostas incomode, você pode pedir para interromper a avaliação. Caso a avaliação traga questionamentos que você considere necessário esclarecer com profissional especializado em saúde mental, nós providenciaremos uma entrevista com um profissional da nossa equipe para você. O benefício direto para você de participar da pesquisa vai ser o relatório com os resultados da avaliação feita.

Caso haja alguma despesa realizada por você, que se relacione à sua participação na pesquisa, o pesquisador que assina esse termo providenciará o ressarcimento. Caso haja algum dano para você que tenha sido comprovadamente decorrente desta pesquisa, o referido pesquisador também garantirá a indenização.

Todas as informações colhidas através deste projeto de pesquisa vão fazer parte de um arquivo que não vai conter nenhuma informação com o seu nome. Esse termo fica guardado separado das informações sobre você. Todo material gerado com a pesquisa fica guardado de maneira individual dentro de documento protegido com senha, no computador do pesquisador principal. Depois de cinco anos os arquivos vão ser destruídos, para garantir que ninguém vai ter acesso às informações que pesquisamos com você.

Em qualquer etapa da pesquisa, em caso de dúvidas você pode entrar em contato com a equipe de pesquisadores: Gustavo Siquara e-mail: gustavosiquara@bahiana.edu.br; Milena Pereira Pondé, email: milenaponde@bahiana.edu.br. Tel: (71) 3276-8259. Em caso de dúvida ou denúncia, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que tem como objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade: Av. D. João VI, 274 – Brotas – CEP: 40.285-001 – Salvador, Bahia. Tel.: (71) 2101-1921 e (71) 98383-7127, de segunda à sexta feira, das 8 às 16 horas.

Declaro que, depois de ler ou escutar este documento, e também depois de tirar as minhas dúvidas com os pesquisadores, acredito que estou bem informado(a), que a minha participação é voluntária e que eu posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, da avaliação que farei, da garantia do sigilo em relação à minha avaliação é que posso pedir esclarecimentos sempre que desejar. Diante de tudo isso, afirmo que concordo em participar deste estudo.

Esse documento tem duas vias iguais, uma fica com o pesquisador e a outra comigo. Todas as páginas devem ser rubricadas.

Eu tenho o direito de negar a minha participação na pesquisa a qualquer momento, mesmo após concedida a permissão.

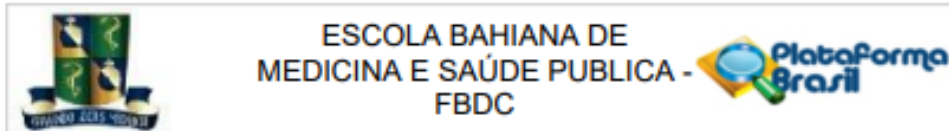
Local e data ____ / ____ / ____

Impressão Datiloscópica

Nome por extenso e assinatura do(a) participante

Nome por extenso e assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação multicêntrica da ESCALA LABIRINTO para diagnóstico de autismo e sintomas associados.

Pesquisador: Milena Pereira Pondé

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56339122.3.1001.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.528.715

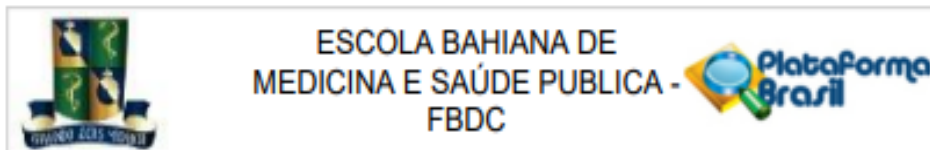
Apresentação do Projeto:

Existem vários instrumentos de avaliação, usados na prática clínica e na pesquisa, que se prestam à avaliação de crianças, adolescentes e adultos com suspeita de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Os instrumentos para avaliação diagnóstica auxiliam a definir a presença ou não do TEA, separando de outras entidades nosológicas, bem como indicam a gravidade do transtorno.

Estudos indicam que até 70% das crianças e adolescentes com TEA apresentam comorbidades, como ansiedade social, transtorno opositor desafiante (TOD) e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Questiona-se, no entanto, se a comorbidade elevada se refere à adição de um outro transtorno ao TEA ou à sobreposição de sintomas dos instrumentos de avaliação usados, indicando a complexa interface diagnóstica do TEA. A suposta coocorrência de transtornos psiquiátricos no TEA pode estar superestimada em função dos instrumentos de avaliação usados. Um estudo feito com pessoas com TEA de alto rendimento indicou que cerca de 60% dos diagnósticos comorbidos, feitos através dos instrumentos diagnósticos padronizados, não se sustentaram quando a entrevista psiquiátrica foi modificada e levou em conta os comprometimentos psíquicos causados pelo próprio TEA.

Diante da necessidade de um instrumento que avalie também as comorbidades, a Escala

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.528.715

LABIRINTO incorpora subescalas que avaliam sintomas associados, sintomas somáticas, sintomas sensoriais e alterações do comportamento alimentar. A subescala para avaliar comportamento alimentar encontra-se validada, as demais serão validadas nesse projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Ampliar a validação da escala LABIRINTO para diagnóstico de autismo e sintomas associados e a escala sensorial, incluindo além de crianças com desenvolvimento típico, crianças com outros transtornos do neurodesenvolvimento e outros transtornos mentais, cujo diagnóstico pode ser confundido com TEA.

Secundários:

- Testar os índices psicométricos das versões da Escala LABIRINTO para avaliar crianças de 5 a 7 anos e 11 meses e para avaliar indivíduos acima de 8 anos verbais e não verbais;
- Estabelecer, para as diferentes faixas de idade, pontos de corte na Escala LABIRINTO que separem o TEA de pessoas com desenvolvimento típico e pessoas com outros transtornos mentais;
- Testar os índices psicométricos das subescalas para avaliar sintomas associados e sintomas sensoriais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores informam:

Riscos: a avaliação faz parte de um protocolo de atividades realizadas para avaliação de problemas do desenvolvimento no serviço de avaliação diagnóstica. Caso haja algum tema nas entrevistas que mobilize será oferecida a possibilidade de esclarecimento por profissional da equipe especializado em saúde mental (psiquiatra ou psicólogo da nossa equipe). Caso faça parte do grupo de crianças ou adultos com desenvolvimento típico e seja identificado, alguma demanda de saúde mental, a nossa equipe fornecerá o suporte necessário e, quando se fizer necessário, encaminhará pra atendimento especializado.

Benefícios: A avaliação será feita por profissionais treinados em realizar diagnóstico de transtornos do desenvolvimento. Tendo em vista que o seu filho já é atendido no centro que o avaliou, caso identificada no estudo, alguma demanda específica, será acolhido pelo centro no qual foi feita a avaliação e orientado autismo. Os resultados desse estudo serão publicados em revistas científicas, apresentados em congressos e disponibilizados para profissionais e pais envolvidos no estudo.

Caso seja necessário, será encaminhado para outro serviço, consoante necessidades identificadas na avaliação. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para a validação de um instrumento

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	
Bairro: BROTAS	CEP: 40.285-001
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.528.715

brasileiro para avaliação diagnóstica de transtorno do espectro do

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Local(is) da pesquisa: escolas no município de Salvador BA; Associação de Amigos do Autista - AMA-BA; Projeto Fantástico Mundo do Autista - FAMA; Serviço ambulatorial do LABIRINTO e do ADAB da Escola BAHIANA de Medicina e Saúde Pública; Curso de Medicina da Escola BAHIANA de Medicina e Saúde Pública; outros.

População: A população de base do estudo será constituída por crianças adolescentes e adultos, matriculados formalmente nas instituições colaboradoras do Estudo Multicêntrico para Validação da Escala LABIRINTO para avaliação diagnóstica de autismo e sintomas associados.

Amostra: N=2400 paciente.

Desenvolvimento:

- As pessoas com desenvolvimento típico serão selecionadas dentre estudantes de escolas municipais do município de Salvador e da Escola BAHIANA de Medicina e Saúde Pública: 100 crianças com idade entre 5 e 7 anos e 11 meses; 100 crianças com idade entre 8 e 13 anos; 100 adolescentes com idade entre 14 e 18 anos e 100 adultos com idade superior a 18 anos.

Dos diferentes centros que participarão da pesquisa serão selecionadas 500 crianças de 2 a 18 anos com diagnóstico de autismo; 500 crianças de 2 a 13 anos com outros transtornos do neurodesenvolvimento; 500 adolescentes de 14 a 18 anos com outros transtornos mentais e 500 adultos com outros transtornos mentais distribuídas nos diferentes centros.

- A Escala LABIRINTO para diagnóstico de Autismo será aplicada a todos os sujeitos da pesquisa. É composta por um guia de atividades estruturadas a serem realizadas com a criança, que dura em média 40 a 60 minutos.

- Protocolo LABIRINTO de Identificação de Transtorno Sensorial. Trata-se de um questionário com 110 itens relacionados a problemas ou dificuldades relacionadas às sensações. As respostas são distribuídas em 3 categorias.

- Childhood Autism Rating Scale (CARS). Será aplicada apenas aos indivíduos com diagnóstico de autismo, funcionando como padrão ouro brasileiro para essa finalidade, quando a ADOS-2 não for utilizada. A CARS é uma escala de 15 itens que auxilia na identificação de crianças com autismo, as distingue de crianças com prejuízos do desenvolvimento sem autismo e na diferenciação autismo leve-moderado do grave.

- A CBCL "Child Behavior Checklist" é um questionário que avalia competência social e problemas

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.528.715

de comportamento em indivíduos de um e meio a 18 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais. O instrumento está traduzido e validado para o português do Brasil. A mãe ou o pai responderão sobre a criança.

- A anamnese detalhada com os pais, investigando os seguintes aspectos do desenvolvimento: os pais indicam as queixas principais por eles observadas, respondem a questões específicas sobre desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal, interação social com adultos e com os pares, adesão a atividades restritas, repetitivas e rígidas, comportamento na escola e presença de sintomas sensoriais.

- Diagnóstico pelo DSM-5. O diagnóstico de TEA é fundamentalmente clínico, feito a partir das observações da criança, entrevistas com os pais e aplicação de instrumentos específicos. A partir da avaliação da criança e da anamnese realizada com os pais elabora-se o diagnóstico da criança, de acordo com os critérios do DSM-5.

- O ADOS-2 é um guia de avaliação diagnóstica que propõe uma série de atividades a serem realizadas pelo clínico com a criança, para que em seguida os comportamentos relacionados ao espectro do autismo possam ser quantificados em uma escala de sintomas. O instrumento apresenta boa sensibilidade, especificidade e confiabilidade para o TEA.

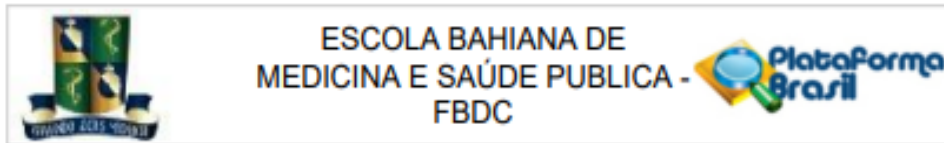
- Protocolo de Observação Comportamental (PROC). PROC é um instrumento que sistematiza as observações sobre o comportamento infantil, permitindo estabelecer o diagnóstico fonoaudiológico quanto aos aspectos da linguagem.

- Avaliação de Linguagem: será feito por fonoaudiólogos.

Todos os pesquisadores receberam treinamento e possuem certificação para aplicação da Escala LABIRINTO para avaliação de crianças de 2 a 4 anos e 11 meses. O treinamento foi feito através de um curso para aplicação da escala, de duração de 36 horas, com aulas teóricas, mostrando detalhadamente o instrumento, a forma de aplicação, seguido de três filmes de crianças, duas crianças com autismo e uma criança típica. A pontuação dos escores dessas crianças é discutida em detalhes com o grupo de pesquisadores. Em seguida, todos os pesquisadores preenchem individualmente a cotação do filme de duas crianças (uma típica e uma com autismo). Todos os pesquisadores que participarem da pesquisa deverão ter concordância em ambos os diagnósticos, com concordância de escore acima de 65% em ambos os casos.

Análise dos dados: utilizará análises estatísticas indicadas, como por exemplo, teste de Mann Whitney, teste de Pearson, determinação de sensibilidade e especificidade, curva ROC, análise fatorial exploratória.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.528.715

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

* Folha de rosto: adequadamente apresentada, assinada por pesquisador responsável e coordenador do Curso de Medicina da EBMSP;

* Termo de anuência: apresenta anuências;

* Cronograma: apresenta com coleta de dados prevista para 03/08/2022 a 03/08/2024; discrimina envio de relatórios parciais e final ao CEP.

* TCLE: apresenta com os ajustes indicados;

* TALE: apresenta com os ajustes indicados;

* Orçamento: no valor de R\$ 471.000,00, com financiamento próprio.

Informam os pesquisadores que, os valores referentes aos materiais utilizados serão custeados pelos centros colaboradores e são de propriedade dos respectivos centros. O treinamento continuado aos pesquisadores será oferecido pelos coordenadores da pesquisa, professores da Escola BAHIANA de Medicina e coordenadores do LABIRINTO, através da plataforma AVA na referida escola. Os programas SPSS e RedCap, assim como a plataforma AVA pertencem à Escola BAHIANA de medicina e serão usados sem custo pelo projeto. A Plataforma LABIRINTO pertence à Fundação LABIRINTO e será usada sem custo pelo projeto. O trabalho de todos os pesquisadores é voluntário e todos terão participação nas publicações dos artigos produzidos com os dados coletados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética desse protocolo de pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS e documentos afins, constatamos que as inadequações indicadas em Parecer Consubstanciado nº 5.392.767 devidamente foram sanadas.

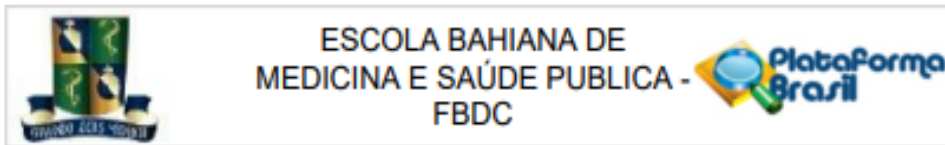
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1889882.pdf	18/05/2022 20:13:49		Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.528.715

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_17_05_22.docx	18/05/2022 20:09:47	Milena Pereira Pondé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_de_3_a_Banos_ou_DI_17_05_22.doc	18/05/2022 20:09:35	Milena Pereira Pondé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_acima_de_banos_Sem_DI_17_05_22.doc	18/05/2022 20:09:23	Milena Pereira Pondé	Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP_17_05_2022.docx	18/05/2022 20:08:01	Milena Pereira Pondé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Multicentrico_17_05_2022.docx	18/05/2022 20:07:04	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_Unyleya.pdf	11/04/2022 23:15:35	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_UFSM.pdf	11/04/2022 23:15:12	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_UFMG.pdf	11/04/2022 23:15:04	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_SHE.pdf	11/04/2022 23:14:48	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_Rajabally.pdf	11/04/2022 23:14:33	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_PsicologiaClinica.pdf	11/04/2022 23:14:25	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_PROTEA.pdf	11/04/2022 23:14:14	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_Policlinica.pdf	11/04/2022 23:14:03	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_NIIP.pdf	11/04/2022 23:13:54	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_InstitutoSemente.pdf	11/04/2022 23:13:45	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_Humanizar.pdf	11/04/2022 23:13:38	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_Horizontes.pdf	11/04/2022 23:13:27	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_EspacoCrescer.pdf	11/04/2022 23:13:18	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_Diana.pdf	11/04/2022 23:13:11	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_DelGrande.pdf	11/04/2022 23:12:54	Milena Pereira Pondé	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

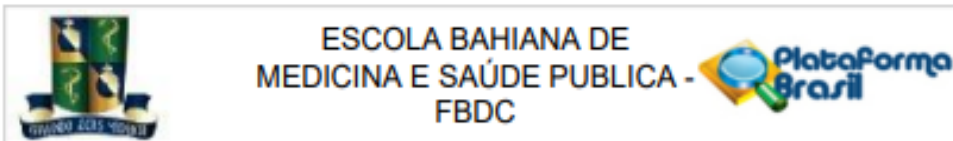
CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.528.715

Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_ClinicalLotus.pdf	11/04/2022 23:12:45	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_CERMULT_2.pdf	11/04/2022 23:12:36	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_CERMULT.pdf	11/04/2022 23:12:27	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_CEPRED.pdf	11/04/2022 23:12:18	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_CAPSIProfLuizMeiraLessa.pdf	11/04/2022 23:12:08	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_Calmon.pdf	11/04/2022 23:11:56	Milena Pereira Pondé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_anuencia_Apice.pdf	11/04/2022 23:11:34	Milena Pereira Pondé	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	22/02/2022 11:22:39	Milena Pereira Pondé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 14 de Julho de 2022

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br

ANEXO 3 - Escala Labirinto 5 a 7 anos e 11 meses

Confidential

Page 1

Escala Labirinto 5 a 7 anos e 11 meses

Please complete the survey below. Thank you!

Record ID

Faça o download do pdf abaixo para obter o Guia Labirinto Para a Avaliação de Pessoas com Suspeita de TEA.

Nome do Avaliador

Centro Colaborador do Avaliador

Cidade e estado de origem do paciente.

Dados Pessoais do Paciente

Nome completo paciente

Idade

Data de Nascimento

Data da Avaliação

Origem do paciente

- Ambulatório SUS
 Escolas
 Consultório Particular
 Outros

Diagnóstico DSM5 (Transtorno do Espectro do Autismo)

- Sim
 Não Definido
 Controle não suspeito

Grau Transtorno do Espectro do Autismo

- Leve
 Moderado
 Grave
 N/A (Não se aplica)

Outro Transtorno Psiquiátrico associado

- Nenhum
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
- Retardo Mental
- Transtorno desafiante opositor
- Desregulação do humor
- Transtorno de ansiedade
- Depressão
- Transtorno bipolar
- Transtorno de aprendizagem
- Outros

Impressão Clínica Global. (Considerando sua experiência com autismo, qual o grau de severidade desse paciente no momento?)

- Não Avaliado
- Não está doente
- Muito leve
- Leve
- Moderada
- Acentuada
- Grave
- Extremamente Grave

Sintomas Centrais
1. Qualidade da Interação Social Recíproca
1.1. Resposta da criança às aproximações feitas pelo avaliador

Esse item é avaliado com base nas observações feitas durante todo o atendimento, notadamente a resposta do paciente às iniciativas de conversa e aos jogos propostos pelo avaliador.

O foco desse item são as respostas da criança às tentativas de aproximações feitas pelo avaliador, reveladas pelo engajamento (participar colaborando) nas conversas e/ou nos jogos e/ou brincadeiras propostos pelo avaliador. A interação típica se apresenta de forma colaborativa, com trocas de turnos a partir das iniciativas feitas pelo avaliador. 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 não se mostrar disponível para engajar numa conversa (não responde, parece alheio, olha para outras coisas, se distrai com objetos, manifesta desinteresse e ou intolerância em responder perguntas); pode retornar frequentemente ao tema que é foco do seu interesse, ou mesmo manter a conversa exclusivamente no mesmo tema. A criança com autismo pode também fazer uma oposição passiva ao avaliador, que consiste em um comportamento de esquivas, que se revela com o não engajamento ou indiferença: prefere brincar sozinha longe do avaliador, fica de costas ou se afasta quando o avaliador se aproxima.

- (5) A criança fica indiferente a qualquer tipo de aproximação do avaliador.
- (4) MUITO esforço é necessário para a criança aceitar a aproximação. A criança se engaja em UMA atividade ou conversa proposta, que, em geral, representa o seu foco de interesse; E/OU se engaja apenas em brincadeiras de natureza física ou agitada.
- (3) MUITO esforço é necessário para a criança aceitar a aproximação. A criança se engaja em POUCAS (duas ou três) atividades ou conversas 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.
- (2) MODERADO esforço é necessário para a criança aceitar a aproximação. A criança se engaja em ALGUMAS (mais de quatro) atividades ou conversas propostas.
- (1) 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 e conversas propostas.
- (0) A criança aceita bem a aproximação; se engaja rapidamente em todas ou na maioria das atividades e conversas propostas.

1.2. Sentimento de compartilhamento e cumplicidade na interação

Esse item é avaliado com base nas observações feitas durante todo o atendimento, notadamente a resposta do paciente às iniciativas de conversa e aos jogos propostos pelo avaliador.

A criança típica se interessa pelas propostas de brincadeiras feitas pelo avaliador e não apenas pelo objeto que media a proposta de interação. A criança autista pode se engajar nas atividades propostas, porém ela permanece centrada sobretudo no objeto ou na atividade. A criança autista se interessa mais pelo objeto do que pela interação. Uma criança típica se envolve ativamente nas brincadeiras propostas pelo avaliador, demonstrando interesse tanto na interação quanto no objeto usado na brincadeira. Por outro lado, uma criança autista, embora possa participar das atividades, tende a focar principalmente no objeto ou na atividade em si, em vez da interação social. Brincadeiras de natureza física, tais como correr junto, pular, fazer cócegas, levantar a criança, balançar a criança etc. podem envolver um prazer que não implica a companhia do avaliador, mas sim o que ele estimula ou proporciona de sensação física. A criança autista pode encontrar prazer em brincadeiras físicas, no entanto, o prazer derivado dessas atividades está mais associado à sensação física proporcionada pela atividade do que à presença do avaliador.

- (5) A criança não demonstra interesse pelo avaliador em nenhum momento. O adulto sente-se excluído da interação. A criança não expressa alegria na presença do avaliador, nem mesmo durante brincadeiras físicas.
- (4) A criança só demonstra prazer na interação através de brincadeiras de natureza física ou, com música.
- (3) A criança mostra alegria nos jogos e brincadeiras de sua preferência. Embora participe com o avaliador, parece estar mais interessada nos jogos do que na interação com o avaliador na maior parte do tempo.
- (2) A criança mostra prazer na interação com o avaliador durante algumas atividades propostas, demonstrando interesse na pessoa que promove a brincadeira. No entanto, esse compartilhamento não é frequente. A criança pode se concentrar mais nos brinquedos/objetos durante a interação, especialmente nos primeiros cinco minutos, quando explora os objetos.
- (1) A criança parece mais tímida no início, mas após um certo tempo mostra interesse na companhia do avaliador e compartilha com ele prazer nas atividades propostas.
- (0) A criança se engaja na maioria das atividades e conversas propostas, mostrando interesse e prazer na companhia da pessoa que propõe a atividade.

1.3. 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, um brinquedo). 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. Observar se a criança inicia uma conversa, se faz algum comentário desinteressado ou se fornece alguma informação não demandada. Observar se ela se dirige ativamente ao avaliador para convidá-lo para participar de alguma brincadeira/jogo (convida para algum jogo, oferece a vez no jogo), OU se mostra ao avaliador (ou aos pais) algum brinquedo/jogo ou algo que ela fez (sua colaboração no desenho conjunto, uma jogada exitosa). A pessoa com autismo pode buscar o avaliador PREFERENCIALMENTE ou APENAS quando precisa de algo, como pedir lanche ou algum brinquedo/jogo, pedir para ir embora, solicitar ir ao banheiro, questionar se ainda vai demorar. A pessoa com autismo pode também se dirigir ao avaliador e/ou acompanhante APENAS para fazer questionamentos/comentários que façam parte de temas relativos ao seu foco de interesse restrito.

- (5) A criança EM NENHUM MOMENTO busca os pais/cuidadores e nem o avaliador.
- (4) 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.
- (3) A criança busca o avaliador e/ou os pais/cuidadores APENAS UMA VEZ para participar de alguma brincadeira OU para mostrar algum brinquedo; E/OU fornece informações não demandadas ou faz comentários APENAS sobre temas que estejam relacionados ao seu foco de interesse restrito. Pontuar aqui TAMBÉM pacientes que buscam o avaliador APENAS para provocar ou para contestar.
- (2) 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; E/OU POUCAS VEZES fornece informações não demandadas OU faz comentários que NÃO se relacionam com o seu foco de interesse.
- (1) 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. E/OU ALGUMAS VEZES fornece informações não demandadas ou faz comentários que NÃO estejam relacionado ao seu foco de interesse. A busca é menor do que a esperada.
- (0) 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; além disso conversa e faz com frequência comentários QUE NÃO estejam relacionados ao seu foco de interesse.

1.4. Sorriso social.

O sorriso social é avaliado como elemento que compõe a interação social. O paciente pode usar o sorriso como uma forma de aproximação social, nesse caso o sorriso revela uma intenção comunicativa de aproximação, ou de cumplicidade. O sorriso social pode ocorrer também em resposta ao estímulo realizado por outra pessoa. O paciente autista pode se apresentar sério, mais sisudo ou com sorriso muito sutil (canto de boca); pode ainda apresentar um sorriso bizarro/atípico, que parece uma tentativa malsucedida de se conectar com o outro. Considerar que o paciente pode também sorrir sem relação com o contexto ou com o que é dito.

- (5) A criança NUNCA sorri; ou sorri APENAS sem relação com o contexto, como se sorrisse para si mesma.
- (4) 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.
- (3) A criança responde com sorriso às brincadeiras e iniciativas propostas pelo avaliador e NUNCA sorri como forma de buscar aproximação social.
- (2) A criança responde com sorriso às brincadeiras e iniciativas propostas pelo avaliador. RARAMENTE (uma ou duas vezes) sorri como forma de buscar aproximação social.
- (1) 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.
- (0) 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.

1.5. Empatia

Esse item se refere à capacidade da criança de compreender e experimentar as emoções se colocando no lugar de outras pessoas. A avaliação dos processos empáticos deve ser obtida a partir da resposta à Tirinha do "Aniversário, Menino e Cachorro". O relato que a criança faz se refere à percepção e compreensão da emoção presente na tirinha, com o reconhecimento de que o sujeito da emoção não é ele, mas a criança e o cachorro. Lâmina 1.

- (5) A criança não consegue identificar a tristeza da criança E/OU do cachorro. Pode perceber outros elementos além das emoções que estão sendo transmitidas nos personagens principais.
- (4) A criança não sabe por que o cachorro da tirinha está triste, nem por que a criança da tirinha está triste/compadecida; OU fornece uma resposta que não leva em consideração nem a tristeza/compadecimento da criança da tirinha, nem a tristeza do cachorro.
- (3) A criança percebe que a criança da tirinha ficou triste e que se afastou da festa E/OU percebe que o cachorro está triste e que está preso; mas não percebe que a criança da tirinha está triste porque ficou compadecida pela exclusão do cachorro da festa ou pela tristeza do cachorro E/OU não percebe que o cachorro está triste por que foi excluído da festa
- (0) A criança percebe que o cachorro está triste porque está preso durante a festa, percebe que o menino fica triste/compadecido por causa do cachorro e que vai ficar perto dele para consolá-lo.

Score Total da Interação Social _____

2. Comunicação Social

A resposta a esse item se baseia nos diálogos iniciados pelo avaliador e/ou pelo paciente e na compreensão que envolve a comunicação social. Nesse tópico é avaliada a qualidade do repertório verbal e das trocas dialógicas; o uso simbólico de elementos não verbais que auxiliam a comunicação; bem como a compreensão de linguagem figurada, que faz parte de uma comunicação social que envolve mais cumplicidade entre as partes.

2.1. Atípias 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. 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, prossiga a conversa com uma pergunta mais simples, se houver resposta, a repetição da criança não representa ecolalia. Exemplo: ["o que é isso?" complementar com: "É um carro, ou isso é uma bola?"]. ["Quando você pode brincar?" complementar 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.

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

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. Espera-se que aos 5 anos a criança já produza frases de 4 a 5 palavras. Ela já domina os tempos verbais do presente, passado e futuro, utiliza pronomes em geral, evidenciando domínio das funções discursivas de interrogar, intimar, afirmar bem como da capacidade de narrar. A capacidade de ouvir e produzir uma nova palavra é imediata nessa faixa etária, ou seja, ouve uma vez e já memoriza. Crianças nessa faixa etária tem uma produção articulatória igual ou muito próxima à do adulto, ou seja, adquiriu todas as fonemas e estruturas silábicas da língua. Nessa faixa etária, espera-se que a criança consiga fazer uma narrativa coerente com equilíbrio inicial, desequilíbrio, resolução e desfecho. Aos 5 anos pode produzir um desfecho menos trabalhado, mas entre 6 e 7 anos espera-se que todas essas etapas da narrativa estejam desenvolvidas, seja uma narrativa eliciada por estímulo visual ou um relato de alguma história conhecida pela criança.

Esse item deve ser avaliado a partir das conversas com a criança pedindo que ela explique e/ou justifique situações oferecendo oportunidade para que ela possa falar sobre a sua experiência de uma maneira livre. Mostre a LÂMINA 2 e peça que comente sobre o conteúdo da tirinha. Aproveite para identificar a produção de explicações e argumentos.

- (5) Não fala e/ou não emite nenhum som comunicativo; OU fala palavras soltas, porém sem intenção comunicativa; OU articula sons de forma encadeada (silábicos), porém o conteúdo não é compreensível (como se falasse uma língua incompreensível - jargão).
- (4) Fala palavras soltas, com contexto comunicativo adequado e com intenção comunicativa.
- (3) Usa frases simples e compostas para descrever ações ou emitir comentários/preferências. Pode não conseguir fazer relatos, exemplo narrar um filme que assistiu ou contar uma história.
- (2) Narra eventos passados ou "inventa" histórias com frases encadeadas com coerência; MAS NÃO responde adequadamente à causa/justificativa quando perguntado o porquê.
- (1) Narra eventos passados ou "inventa" histórias com frases encadeadas com coerência. ALÉM DISSO, responde à causa/justificativa APENAS quando perguntado por quê? Exemplo: por que você chorou? A criança responde: porque eu bati o pé.
- (0) A criança tem um vocabulário bastante amplo. Em geral, fala muito e corretamente. Expressa ideias e comenta sobre o seu cotidiano. Pode também fazer muitas perguntas. É capaz de produzir uma narrativa coerente com todas as suas etapas.

2.3. Reciprocidade na comunicação verbal

A resposta a esse item se baseia nos diálogos iniciados pelo(a) avaliador(a) 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. Em pacientes com autismo é comum: falar sem prestar atenção no outro, como se falasse sozinho; não esperar para falar; não deixar o outro falar; pedir para o outro se calar; ser prolixo, não reconhecendo se o interlocutor está ou não interessado na conversa.

- (5) Não usa a fala com intenção comunicativa e não atende a comandos verbais.
- (4) Não usa a fala com intenção comunicativa, mas atende a alguns comandos verbais.
- (3) 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.
- (2) O diálogo é na base de perguntas e respostas: a criança responde às questões que o avaliador faz e pode fazer 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.
- (1) O diálogo recíproco ocorre em alguns momentos, sobretudo quando o tema interessa à criança, mas não é fluido como descrito no item "0".
- (0) 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.

2.4. 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).

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

2.5. 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.

- (5) A criança não faz contato visual com o examinador em nenhum momento.
- (4) A criança olha para o avaliador por poucos segundos, em RARAS (uma ou duas) ocasiões.
- (3) A criança olha para o avaliador por poucos segundos, em POUCAS (três ou quatro) ocasiões.
- (2) 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.
- (1) A criança olha para o avaliador mesmo sem ser convocada, mas não por muito tempo e é menos frequente do que seria esperado.
- (0) A criança mantém o olhar no examinador a maior parte do tempo em que estão interagindo, buscando o seu olhar em diversos momentos.

2.6. 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.

- (5) A criança não apresenta nenhum gesto que indique ao avaliador e/ou aos pais/cuidadores o seu interesse por um objeto
- (4) 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.
- (3) A criança indica o objeto para o avaliador apontando, vocalizando ou não; mas não olha para o avaliador e nem para o objeto.
- (2) 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.
- (1) 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.
- (0) 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.

2.7. 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 olha para o objeto indicado.

Posicione um brinquedo (o carro) 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 carrinho").

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

2.8. 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 manelirismo.

- (5) A criança não apresenta nenhum gesto comunicativo.
- (4) 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.
- (3) 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.
- (2) 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).
- (1) 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.
- (0) A criança se comunica por gestos de forma espontânea, usando gestos como auxiliares ou substitutos da comunicação verbal.

10. 00001560

Escore total da Comunicação Social

3. Comportamento rígido, estereotipado e maneirismos

3.1. 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 (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.). Considerar que crianças acima de 5 anos já tem uma grande capacidade de fantasiar e criar jogos simbólicos.

- (5) 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.
- (4) A criança usa os brinquedos APENAS de forma estereotipada.
- (3) A criança RARAMENTE (uma ou duas vezes) brinca de forma funcional simples. Brinca, na MAIOR PARTE DO TEMPO, de forma estereotipada.
- (2) 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.
- (1) 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.
- (0) Brinca funcionalmente com vários brinquedos e realiza brincadeiras simbólicas espontâneas, de forma flexível e criativa, compatível com a sua idade.

3.2. Mímica facial

A mímica facial se refere às expressões faciais feitas pelo paciente, ou seja, as mudanças nas expressões faciais que são provocadas por estados emocionais internos em resposta a estímulos externos; E/OU as expressões que o paciente usa para comunicar as suas intenções.

- (5) O paciente apresenta expressões faciais bizarras, como caretas, que não tem relação com o contexto; OU tem uma mímica facial rígida.
- (4) As expressões faciais quando ocorrem são pouco expressivas ou bizarras, em geral não são adequadas ao contexto.
- (3) As expressões faciais são pouco expressivas (rígidas), podem ser adequadas ao contexto, mas dão a impressão de terem sido aprendidas, como se estivesse imitando alguém.
- (2) O paciente apresenta uma mímica facial menos expressiva do que descrita no item "0" e poucas vezes são adequadas ao contexto.
- (1) O paciente apresenta uma mímica facial menos expressiva do que descrita no item "0" e em geral são adequadas ao contexto.
- (0) O paciente apresenta uma mímica facial expressiva, que reflete emocionalmente a sua fala ou uma resposta à fala do avaliador. Exemplo franze o nariz indicando nojo, arregala os olhos indicando surpresa, franze a testa indicando dúvida etc.

3.3. 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 ou do tema da conversa. 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, tema de conversa, atividade ou mesmo a algum objeto, ou perseverar na mesma forma de brincar ou realizar a atividade.

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

3.4. 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.

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

3.5. 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 lambear 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.

- (5) A criança apresenta alterações na reatividade sensorial conforme descrito acima A MAIOR PARTE DO TEMPO.
- (4) A criança apresenta alterações na reatividade sensorial conforme descrito acima em VÁRIAS ocasiões (mais de cinco vezes), mas não a maior parte do tempo.
- (3) A criança apresenta alterações na reatividade sensorial conforme descrito acima em ALGUMAS ocasiões (de três a cinco vezes).
- (2) 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.
- (1) 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.
- (0) A criança nunca apresentou alteração na reatividade sensorial.

ANEXO 4 - GUIA LABIRINTO PARA AVALIAÇÃO



Guia LABIRINTO para avaliação de pessoas com suspeita de TEA

Módulo – 5 anos a 7 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 através 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:

Tarefas para guiar a avaliação da criança.

Anote as observações referentes a cada momento da avaliação na ficha de anotações. O ideal é que uma pessoa faça as atividades e a outra anote. Se isso não for possível vá anotando ao logo da avaliação, de outro modo os detalhes sem perdem.



Interação e comunicação social

Objetivo da avaliação.

Avaliar a qualidade da aproximação social da criança (se ela lhe solicita e como o faz); como ela reage à aproximação do adulto; qualidade da interação (recíproca ou unilateral); prazer na interação; imitação; uso do olhar; mímica facial; compreensão verbal; realização de turnos nas brincadeiras; habilidade em realizar as tarefas; atenção compartilhada.

Material usado.

Carrinhos; telefone; controle remoto musical (pode ser qualquer brinquedo musical); pião; bola; encaixe de animais de madeira; quebra-cabeça; dominó; jogo da memória; boliche; Lâmina 0.

Verbal

Objetivo da avaliação.

Avaliar a compreensão verbal e não verbal da criança; avaliar a resposta dela ao chamado do nome; avaliar o repertório verbal e não verbal; avaliar a intenção social das vocalizações ou verbalizações; avaliar a compreensão e a intenção social dos gestos comunicativos.

Material usado.

Lâmina 2.

Simbólico

Objetivo da avaliação.

Avaliar a qualidade dos jogos simbólicos realizados pela criança; se ela inventa brincadeiras; se apenas imita as brincadeiras feitas pelo avaliador; se apenas imita ou realiza brincadeiras simbólicas de cenas fixas; se faz brincadeiras simbólicas mais elaboradas, construindo cenários e histórias; se ela permite ou rechaça a participação do avaliador.

Brinquedos usados.

Boneca, miniatura de fogão e panelas; miniatura de encaixes da fazenda com animais, kit médico.





Abordagem inicial

1. Quando a criança entrar na sala, sorria para ela, chame-a pelo seu nome, se apresente.

Observe: como a criança responde a essa aproximação inicial. Ao longo de toda avaliação observe de que forma ela se comporta com o avaliador e se ela utiliza o sorriso como forma de aproximação social.

2. Explique à criança que vocês vão passar cerca de uma hora juntos e que nesse período vão fazer algumas atividades juntos. Inicie sentando-se no chão com ela e a deixe livre por cerca de 5 minutos para explorar os brinquedos.

Observe: o interesse da criança pelos brinquedos, se ela brinca funcional e simbolicamente, se ela convoca você ou os pais para brincar, se ela mostra espontaneamente algum brinquedo a você ou aos pais, observe se a criança tem preferência por brinquedos para crianças menores do que a sua idade.

Interação e comunicação social

Brinquedos usados.

Carrinhos; telefone; controle remoto musical (pode ser qualquer brinquedo musical); pião; bola; encaixe de animais de madeira; quebra-cabeça; dominó; jogo da memória; boliche.

Alguns aspectos no contato devem ser observados pelo examinador:

- Manter-se em posição que possibilite que o olhar do avaliador esteja na altura do olhar da criança.
- Acentuar a prosódia na voz e os gestos comunicativos para buscar chamar a atenção da criança, sem ser excessivo.
- Manter o tom de voz mais alto, sem ser excessivo.
- Fazer pausas nas solicitações, evitando falas muito longas, com muitas informações.

1. Brinque de jogar a BOLA para a criança e recebê-la de volta.

Observe: se a criança recebe a bola e a joga de volta para você; se ela recebe a bola, mas joga para o alto, para trás, ou para o lado, ou segura a bola para si; ou se ela se mantém indiferente à bola. Observe se a criança se diverte com a brincadeira, se ela sorri, ou apenas realiza a tarefa de forma mecânica.

2. Mostre à criança como funciona o CONTROLE REMOTO MUSICAL. Acione os diferentes botões e mostre à criança como funciona. Mostre como surgem músicas ao acionar o controle, sorria e faça danças com os braços, buscando estimular a criança.



Observe se ela é capaz de imitar a sua ação fazendo o brinquedo funcionar; se ela aprende a manipular; se ela olha para você e para o brinquedo indicando compartilhamento da ação; se ela sorri e se diverte; observe se ela persevera repetidamente em alguma tecla do brinquedo; ou se ela apenas coloca na boca o brinquedo; ou o arremessa; ou o ignora.

3. Brincadeira com os PIÕES. Como os brinquedos giratórios interessam as crianças, esse é uma alternativa para as crianças que não se interessam pelos outros brinquedos. Mostre os peões à criança.

Observe: se ela tem iniciativa de manusear os peões. Faça girar os peões e observe se o interesse da criança é mais pelo movimento ou pelo brinquedo. Observe se ela tenta girar os peões, se ela tem dificuldade de fazê-lo e lhe pede ajuda. Observe como ela pede ajuda: se olha para você, se lhe entrega o peão, se coloca a sua mão em cima do pião.

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 carro de fricção) a certa distância do paciente (forme um triângulo entre você e 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 quadro (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 carrinho”).

Observe: se ela olha para onde você olha ou se ela só olha quando você aponta ou com o toque ou se permanece indiferente.

5. Avaliar INTENÇÃO de ATENÇÃO COMPARTILHADA realizada pela criança. Caso a criança não tenha tentado dirigir a sua atenção para nenhum objeto fora do alcance, estimule com essa atividade. Diga a ela: 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?

Observe: que estratégias a criança usa para lhe mostrar o objeto? Olha para você, olha para o objeto e olha de volta para você enquanto aponta e/ou diz, “está ali”? Apenas aponta, sem dizer nada? Apenas diz “ali”, sem dizer nada? O objetivo é observar que atos comunicativos (se isolados ou conjuntos) a criança usa para dirigir a sua atenção para o objeto fora do alcance.



6. **QUEBRA-CABEÇAS.** Espalhe as peças no chão e diga à criança que ela deve montá-lo e que pode lhe pedir ajuda, se quiser. Caso ela não lhe solicite, tente colaborar com ela, encontre uma peça e diga: *olha, acho que essa peça se encaixa ali.*

Observe: se a criança lhe pede ajuda e como o faz, se verbalmente e/ou por gestos (apontando ou por outro gesto comunicativo) e/ou usa o olhar como auxiliar da comunicação (olhar conjugado, indicando atenção compartilhada); se ela monta o quebra-cabeças sozinha, ou pede ajuda dos pais; se ignora o seu comando; se fica irritada com a sua participação e tenta excluir você da brincadeira; se ela ignora a brincadeira e apenas espalha as peças ou as coloca na boca, ou cheira.

7. **ENCAIXE DE ANIMAIS** deixe o tabuleiro no chão e peça a criança para encaixar nomeando os animais. Exemplo: “onde está a vaca?”, “por favor encaixe a vaca no lugar dela”. Repita com todos os animais. Em seguida você desencaixa as peças, segura as peças em suas mãos e diz à criança que agora ela deve lhe pedir as formas para encaixar. Caso ela não peça espontaneamente estimule dizendo “qual você quer primeiro?”, “qual animal você quer agora?”.

Observe: se a criança reconhece os animais; se ela olha para você buscando no seu olhar uma pista sobre onde está o animal (a vaca, por exemplo); se ela tenta encaixar; se ela consegue encaixar; se ela lhe pede ajuda; como ela lhe pede ajuda; se ela pega qualquer peça ignorando as suas consignas; se ela ignora a brincadeira e apenas espalha as peças, ou as coloca na boca, ou cheira.

Observe: como a criança lhe pede as peças dos animais. Se verbalmente (pelo nome do animal); e/ou por gestos (apontando, ou outro gesto comunicativo); e/ou usa o olhar como auxiliar da comunicação (olhar conjugado, indicando atenção compartilhada); se ela pega e também usa algum dos meios citados para solicitar; se ela apenas tenta pegar nas suas mãos; se ignora o seu comando; se fica irritada com a sua participação e tenta excluir você da brincadeira; se ela ignora a brincadeira e apenas espalha as peças, ou as coloca na boca, ou cheira.

8. **DOMINÓ ou JOGO DA MEMÓRIA.** Informe as regras do jogo. Tire no par ou ímpar quem vai jogar primeiro e comecem a jogar. Explique, antecipadamente, que vocês só vão jogar uma partida.

Observe: se a criança compreende as regras do jogo; se cumpre as regras ou se tenta impor as suas próprias regras; se aceita esperar a sua vez e dá a vez ao examinador; como reage quando perde ou quando ganha no jogo; se ignora o seu comando; se fica irritada com a sua participação e tenta excluir você da brincadeira; se ignora a brincadeira e apenas espalha as peças ou as coloca na boca, ou cheira.

9. **BOLICHE.** O objetivo é propor uma alternância entre os jogadores. Arrume os pinos no chão e explique à criança as regras: que cada jogador deve tentar derrubar o máximo de pinos, que você vai começar, que depois é a vez dele, depois a sua novamente e depois a dele.

Observe: se a criança: entende o objetivo e as regras do jogo, ou tenta inventar as suas próprias regras; se ela alterna a vez dela com a sua, ou se joga sozinha; se ela se engaja no jogo ou o faz apenas por um período



muito curto. Observe se a criança se diverte com a brincadeira, se ela sorri, ou apenas a realiza de forma mecânica.

CASO A CRIANÇA NÃO RESPONDA ÀS BRINCADEIRAS ANTERIORES, faça as seguintes brincadeiras.

Perguntar aos pais se ela gosta ou não destas brincadeiras corporais antes de propô-las.

1. Toque na barriga ou no tórax da criança com os dedos fazendo cócegas e diga: “a **DONA ARANHA** subiu pela parede”.

Observe: veja como a criança reage: se ela se esquiva e retira a sua mão, incomodando-se com o toque; se ela sorri brevemente e depois se afasta; se ela sorri e olha para você indicando interesse e satisfação com a brincadeira.

2. Brincadeira **CADÊ-ACHOU**. Cubra o seu rosto e chame a atenção da criança dizendo “cadê + o nome da criança”, depois mostre o rosto e diga “achooooou”. Repita essa brincadeira por quatro vezes.

Observe: se a criança procura por você atrás do obstáculo; se ela sorri e olha para você quando você diz “achooooou”; se ela fica atenta ao que você faz, mas não reage; se ela fica indiferente e nem olha para você, ou mesmo lhe dá as costas.

3. Caso a criança não responda às brincadeiras anteriores, tente uma brincadeira mais sensorial, brincadeiras de voar. Pegue a criança nos braços, diga “**VAMOS VOAR**: um, dois, três e já” e levante a criança após o “já”. Repita essa brincadeira por 4 vezes. Caso a criança não goste da brincadeira, se irrita ou chore, interrompa imediatamente.

Observe: se a criança sorri e se diverte; se ela pede para repetir a brincadeira (observe como o faz: verbalmente, olhando para você, estendendo os braços); se ela empurra você indicando não gostar da brincadeira.

4. Se a criança tiver defensividade tátil e você perceber que ela evita ser tocada ou ela reage a brincadeiras de balanço ou altura por reações à instabilidade gravitacional, então faça a brincadeira **CORRER ATRÁS**. Diga “corre que eu vou te pegar”; depois diga “1, 2, 3 e já, eu vou te pegar” e sair correndo atrás dela.



Observe: se a criança corre, sorri e se diverte; se ela pede para repetir a brincadeira (observe como o faz: verbalmente, olhando para você, puxando você); se ela fica indiferente e não reage.

Verbal

Objetivo da avaliação.

Avaliar a compreensão verbal e não verbal da criança; avaliar a resposta dela ao chamado do nome; avaliar o repertório verbal e não verbal; avaliar a intenção social das vocalizações ou verbalizações; avaliar a compreensão e a intenção social dos gestos comunicativos.

Brinquedos usados.

Lâmina 1.

1. **RESPOSTA AO CHAMADO DO NOME:** em qualquer momento da avaliação, que a criança esteja distraída, mas não absorta em uma atividade de profundo interesse, realize a tarefa do chamado do nome. Levantar em conta que quando o nome de qualquer pessoa é enunciado existe resposta imediata ao chamado.
O examinador deve se posicionar fora do campo de visão da criança e a chama pelo nome uma **primeira vez**. Considera-se como resposta adequada se a criança se virar para o examinador e fizer contato visual quando chamada pela primeira vez.
Quando a criança não responde, o examinador **tenta mais três vezes**.
Caso não responda, os **pais (cuidadores) chamam até três vezes**.
Caso não responda, o avaliador ou os pais chamam pelo nome **oferecendo algo** que interesse à criança. Quando a criança olhar em resposta ao chamado, mostre algo de interessante (um brinquedo, uma bola) para dar sentido ao chamado.

TIPOS DE GESTOS

Considere gesto comunicativo quando a criança usa o gesto como auxiliar da comunicação, ou mesmo como substituto da comunicação verbal. Avaliar se a criança apenas imita o gesto; se ela faz o gesto quando solicitada ou se faz o gesto espontaneamente. Abaixo a descrição ilustrativa de tipos de gestos.

Apontar: apontar o objeto que deseja.

Convencionais: gestos que já possuem um significado socialmente atribuído; como o gesto de tchau com a mão, gesto de legal como o polegar, colocar a mão na boca e depois em direção à pessoa para jogar um beijo.

Informativos: usados para dar uma informação, como mostrar três dedos para indicar essa quantidade, gestos para mostrar tamanho (pequeno, grande).

Expressar emoções: expressam emoções, como bater palmas para expressar alegria, bater os pés no chão ou sacudir o punho para expressar raiva, levantar os braços para expressar alegria.

Instrumentais: usados para fazer uma solicitação como: estender os braços para pedir colo, dedo na boca para pedir silêncio, gesto de chamar com a mão.

Descritivos: gestos usados para descrever uma ação. Exemplo faz movimentos giratórios com o dedo, para indicar que quer que gire o peão; representam ações com algum nível de simbolismo, por exemplo, a mão ao lado da face representando dormir; a mão passando na barriga representando fome.

Simbólico



Objetivo da avaliação.

Avaliar a qualidade dos jogos simbólicos realizados pela criança; se ela inventa brincadeiras; se apenas imita as brincadeiras feitas pelo avaliador; se apenas imita ou realiza brincadeiras simbólicas de cenas fixas; se faz brincadeiras simbólicas mais elaboradas, construindo cenários e histórias; se ela permite ou rechaça a participação do avaliador.

TIPOS DE BRINCAR

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 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).

O **Brincar simbólico com cenas fixas** a criança faz a brincadeira simbólica e não prossegue, faz apenas um cenário, que pode ser algo aprendido.

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.).

Brinquedos usados

Boneca, miniatura de fogão e panelas, miniatura de encaixes da fazenda com animais; Kit médico.



1. Brinque de fazer **COMIDINHA** no fogão, de oferecer à criança e de fazer de contas que come. Peça para dar comida à boneca. Dê mamadeira à boneca e coloque a boneca para dormir. Sugira que vai fazer um suco, pegue um copo, faça de contas que coloca frutas dentro, açúcar e água. Faça de contas que você toma um pouco, ofereça à criança e veja como ela reage. Depois peça a ela para fazer um suco, diga o sabor que você quer e veja como ela desempenha a sua função nesse faz de contas.

Observe: se a criança brinca funcionalmente, se o brincar funcional é simples ou composto. Se ela brinca simbolicamente. Avalie se ela cria as situações e convoca o avaliador a participar; apenas imita situações simbólicas observadas; não brinca simbolicamente.

Observe: se a criança brinca de forma disfuncional, apenas arremessando e quebrando os brinquedos; se predomina comportamento sensorial, colocando os brinquedos na boca, ou cheirando, ou passando os brinquedos pelo corpo. Observe se ela brinca de forma estereotipada: alinhando os brinquedos, colocando e tirando de um recipiente, separando por formas ou cores.

2. Miniatura da **FAZENDA COM ANIMAIS**. Coloque no chão as peças da miniatura de encaixes da fazenda com animais e encoraje a criança a brincar com as peças: “olhe fulano, temos aqui vários animais e uma fazenda”, caso ele comece a montar observe e depois tente participar da brincadeira; se ela começar a criar histórias com as peças acompanhe; se não o fizer crie você “vamos montar a casa para os animais? O porco vai ficar na casa com quem?”; “Vamos levar os animais para passear de trator?”.

Observe: se ela começa a montar e convoca o avaliador a participar; se ela se interessa em perguntar como monta ou se tenta montar sozinha ignorando o avaliador; se ela apenas monta as peças ou faz cenários e monta histórias com as peças; se convoca o avaliador a participar; se apenas imita situações simbólicas feitas avaliador, sem dar continuidade a brincadeira; se aceita a participação do avaliador ou se opõe, exigindo que a brincadeira seja apenas da forma que ela quer; observe o repertório verbal durante a brincadeira.

3. **Kit médico**. Entregue a malinha com o kit médico para a criança e convoque-a para brincar: *vamos brincar de médico?*

Observe: se ela abre a maleta e convoca o avaliador a participar; se faz brincadeira simbólica sozinha ou envolvendo o avaliador; se aceita a participação do avaliador ou se opõe, exigindo que a brincadeira seja apenas da forma como ela quer; observe o repertório verbal durante a brincadeira.



Observações durante toda a avaliação

1. **SORRISO** e prazer na interação. Como a criança se comporta em relação às brincadeiras propostas pelo avaliador, se ela sorri e em que situações o faz. Avalie se o sorriso é apenas resposta ao estímulo



<p>ambiental, ou se sorri buscando cumplicidade, ou mesmo aproximação com o avaliador. Se ela busca o avaliador, ou os pais, se a busca tem intuito de compartilhamento ou apenas para satisfazer uma necessidade da própria criança.</p>
<p>2. Observe o CONTATO VISUAL da criança durante todo o processo de avaliação. Veja se a ela utiliza o olhar como auxiliar na comunicação, utilizando-o, por exemplo, para indicar algum objeto fora do seu alcance. Observar como a criança utiliza o olhar como elemento não verbal, enquanto dialoga, para auxiliar a sua comunicação.</p>
<p>3. Avalie como a criança se comporta durante a avaliação. Se ela consegue ACEITAR MUDANÇAS nas brincadeiras ou atividades, se resiste à mudança, mas aceita, ou se mantém um padrão de persistência na mesma atividade.</p>
<p>4. Observe o aparecimento de movimentos repetidos ou MANEIRISMOS durante a avaliação; anote a frequência de aparecimento.</p>
<p>5. Observe se a criança age como se fosse surda e não atende, mesmo a comandos muito simples. Avalie a COMPREENSÃO dela: verbal e não verbal, se para compreender precisa se apoiar em gestos.</p>
<p>6. Observar o nível de ATIVIDADE; birra e irritabilidade.</p>
<p>7. Observar AUTO E HETERO LESAO.</p>
<p>8. Observar se a criança realiza ATOS COMPULSIVOS como acender e apagar luzes, abrir e fechar gavetas, ou portas etc.; balançar objetos.</p>
<p>9. Observar ATOS IMPULSIVOS: se refere a atos impulsivos como jogar coisas pela janela, empurrar pessoas, puxar os cabelos, jogar objetos ou brinquedos no chão etc.</p>



ANEXO 5 - CHILD BEHAVIOR CHECKLIST - CBCL

INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS ENTRE 1½ E 5 ANOS - CBCL - 1½/5

NOME COMPLETO DA CRIANÇA:			ID (para uso exclusivo do aplicador):				
SEXO DA CRIANÇA <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	IDADE DA CRIANÇA	ETNIA E COR DE PELE	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS (ocupação habitual), mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Favor, especificar - por exemplo: mecânica de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).				
DATA DA AVALIAÇÃO:		DATA DE NASCIMENTO:		Tipo de trabalho do pai: _____			
DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO		
Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho, mesmo que outras pessoas não concordem. Comentários adicionais são bem vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.			Tipo de trabalho da mãe: _____				
Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) neste momento ou nos últimos dois meses, circule 2 se for MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA . Circule 1 se a afirmação for UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu/sua filho(a). Se a afirmação NÃO FOR VERDADEIRA em relação ao seu/sua filho(a), circule 0. Por favor, responda a todas as afirmações da melhor maneira possível, mesmo que algumas não pareçam se aplicar ao seu/sua filho(a).			FORMULÁRIO PREENCHIDO POR (NOME COMPLETO): _____				
SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA: <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFIQUE): _____							
0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)			1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA				
			2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA				
0	1	2	1. Sente dores (sem causa médica, não incluir dor de estômago ou dor de cabeça)	0	1	2	23. Não responde quando pessoas falam com ele(a)
0	1	2	2. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade	0	1	2	24. Não come bem (descreva): _____
0	1	2	3. Tem medo de tentar coisas novas	0	1	2	25. Não se dá bem com outras crianças
0	1	2	4. Evita olhar os outros nos olhos	0	1	2	26. Não sabe como se divertir; age como um(a) pequeno(a) adulto(a)
0	1	2	5. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	0	1	2	27. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal
0	1	2	6. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo	0	1	2	28. Não quer sair de casa
0	1	2	7. Não suporta ter as coisas fora do lugar	0	1	2	29. Frustra-se facilmente
0	1	2	8. Não suporta esperar; quer tudo imediatamente	0	1	2	30. Sente ciúmes ou inveja com facilidade
0	1	2	9. Mastiga coisas que não são comestíveis	0	1	2	31. Come ou bebe coisas que não são alimentos – não incluir doces (descreva): _____
0	1	2	10. Fica grudado nos adultos ou é muito dependente	0	1	2	32. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (descreva): _____
0	1	2	11. Constantemente procura ajuda	0	1	2	33. Magoa-se facilmente
0	1	2	12. Tem prisão de ventre, intestino preso (quando não está doente)	0	1	2	34. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0	1	2	13. Chora muito	0	1	2	35. Mete-se em muitas brigas
0	1	2	14. É cruel com animais	0	1	2	36. Mete-se em tudo
0	1	2	15. É desafiador(a)	0	1	2	37. Fica muito aflito(a) quando separado(a) dos pais
0	1	2	16. Suas exigências devem ser atendidas imediatamente	0	1	2	38. Tem dificuldade para dormir
0	1	2	17. Destrói suas próprias coisas	0	1	2	39. Tem dores de cabeça (sem causa médica)
0	1	2	18. Destrói coisas de sua família ou de outras crianças	0	1	2	40. Bate nos outros
0	1	2	19. Tem diarreia ou intestino solto (quando não está doente)	0	1	2	41. Prende sua respiração
0	1	2	20. É desobediente	0	1	2	42. Machuca animais ou pessoas sem intenção
0	1	2	21. Fica perturbado(a) com qualquer mudança na rotina	0	1	2	43. Parece infeliz sem um bom motivo
0	1	2	22. Não quer dormir sozinho(a)	0	1	2	44. É mal-humorado(a)
				0	1	2	45. Tem náuseas, enjôo (sem causa médica)

Copyright 2000 T Achenbach & L Rescorla
 ASEBA, University of Vermont
 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
www.ASEBA.org

Versão brasileira do "Child Behavior Checklist for ages 1½-5"
 traduzida por: EFM Silveiras, MM Rocha & MBM Linhares (2010)
 E-mail: asebabrasil@gmail.com

REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 201-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)			1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA			2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA					
0	1	2	46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques) (descreva): _____	0	1	2	75. Suja-se ou brinca com as fezes	0	1	2	76. Tem problema de fala (descreva): _____
0	1	2	47. É nervoso(a) ou tenso(a)	0	1	2	77. Fica com o olhar parado ou parece preocupado(a)	0	1	2	78. Tem dores de estômago ou cólicas (sem causa médica)
0	1	2	48. Tem pesadelos	0	1	2	79. Muda rapidamente entre tristeza e alegria	0	1	2	80. Tem comportamento estranho (descreva): _____
0	1	2	49. Come demais	0	1	2	50. Sente-se cansado(a) demais	0	1	2	81. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou fácil de se irritar
0	1	2	51. Entra em pânico sem um bom motivo	0	1	2	52. Sente dores intestinais (sem causa médica)	0	1	2	82. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0	1	2	53. Ataca fisicamente as pessoas	0	1	2	54. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____	0	1	2	83. Fica emburrado(a) facilmente
0	1	2	55. Mexe demais nas partes íntimas	0	1	2	56. É desastrado(a), desajeitado(a) (má coordenação motora)	0	1	2	84. Fala ou chora durante o sono
0	1	2	57. Tem problemas com os olhos (sem causa médica) (descreva): _____	0	1	2	58. Seu comportamento não muda com punição	0	1	2	85. Faz birra ou é esquentado(a)
0	1	2	59. Muda de uma atividade para outra rapidamente	0	1	2	60. Tem assaduras ou outros problemas de pele (sem causa médica)	0	1	2	86. É muito preocupado(a) com organização ou limpeza
0	1	2	61. Recusa-se a comer	0	1	2	62. Recusa-se a brincar de jogos movimentados	0	1	2	87. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	63. Balança a cabeça ou o corpo repetidamente	0	1	2	64. Resiste a ir para a cama à noite	0	1	2	88. Não é cooperativo(a)
0	1	2	65. Resiste ao treinamento para o uso do banheiro (descreva): _____	0	1	2	66. Grita muito	0	1	2	89. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0	1	2	67. Parece não responder a afeto (carinho)	0	1	2	68. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar dele(a)	0	1	2	90. Xinga ou fala palavrões
0	1	2	69. É egoísta ou não divide	0	1	2	70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas	0	1	2	91. É barulhento(a) demais
0	1	2	71. Mostra pouco interesse pelas coisas ao seu redor	0	1	2	72. Mostra muito pouco medo de se machucar	0	1	2	92. Incomoda-se com pessoas ou situações novas (descreva): _____
0	1	2	73. É muito acanhado(a) ou tímido(a)	0	1	2	74. Dorme menos do que a maioria das crianças durante o dia e/ou noite (descreva): _____	0	1	2	93. Tem vômitos (sem causa médica)
0	1	2		0	1	2		0	1	2	94. Acorda freqüentemente à noite
0	1	2		0	1	2		0	1	2	95. Foge
0	1	2		0	1	2		0	1	2	96. Exige que prestem muita atenção nele(a)
0	1	2		0	1	2		0	1	2	97. Choraminga.
0	1	2		0	1	2		0	1	2	98. Isola-se, não se relaciona com os outros
0	1	2		0	1	2		0	1	2	99. É muito preocupado(a)
0	1	2		0	1	2		0	1	2	100. Por favor, escreva outros problemas do seu/sua filho(a) que não tenham sido mencionados acima
0	1	2		0	1	2		0	1	2	_____
0	1	2		0	1	2		0	1	2	_____
0	1	2		0	1	2		0	1	2	_____

Seu/sua filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)? Não Sim – Por favor, descreva:

Qual é a sua maior preocupação com relação a seu/sua filho(a)?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do(a) seu/sua filho(a).

**POR FAVOR, CONFIRA SUAS RESPOSTAS E VERIFIQUE SE TODOS OS ITENS FORAM RESPONDIDOS.
DESTAQUE OS ITENS QUE LHE CAUSAM MAIOR PREOCUPAÇÃO.**

LISTA DE VERIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS/ADOLESCENTES DE 06 A 18 ANOS (CBCL)

ID (para uso exclusivo do aplicador): _____		
NOME COMPLETO		
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE	ETNIA OU COR DE PELE
DATA DE HOJE Dia _____ Mês _____ Ano _____		DATA DE NASCIMENTO Dia _____ Mês _____ Ano _____
ESCOLARIDADE: _____ Ano <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Não frequenta escola	Por favor, responda a este formulário de acordo com o modo como você vê o comportamento da criança, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários abaixo de cada questão e no espaço livre da página 2.	
TIPO DE TRABALHO DOS PAIS (ocupação habitual), mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Favor especificar, por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, doméstica, operário, vendedor de sapato, sargento do exército)		
Tipo de trabalho do pai: _____		
Escolaridade: _____ Idade: _____		
Tipo de trabalho da mãe: _____		
Escolaridade: _____ Idade: _____		
FORMULÁRIO PREENCHIDO POR (NOME COMPLETO): _____		
SEU SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		
Sua relação com a criança:		
<input type="checkbox"/> Mãe/Pai Biológico <input type="checkbox"/> Avô/Avó		
<input type="checkbox"/> Padrasto/Madrasta <input type="checkbox"/> Cuidador		
<input type="checkbox"/> Mãe/Pai Adotivo <input type="checkbox"/> Outro (especifique)		
I. Por favor, cite os esportes que seu filho mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta, etc.		
<input type="checkbox"/> Nenhum	Em comparação com outras crianças da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um desses esportes?	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um desses esportes?
a) _____	Menos Igual Mais	Pior Igual Melhor
b) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II. Por favor, cite os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho, que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas ou cards, ler, tocar violão, desenhar, usar o computador, tablet, smartfone, jogar video game (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão)		
<input type="checkbox"/> Nenhum	Em comparação com outras crianças da mesma idade, quanto tempo aproximadamente dedica a cada uma dessas atividades?	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada uma dessas atividades?
a) _____	Menos Igual Mais	Pior Igual Melhor
b) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais você pertence. Por exemplo, turma de amigos (fora da escola), grupo de igreja, teatro, música, etc.		
<input type="checkbox"/> Nenhum	Em comparação com outras crianças da mesma idade, como é sua participação em cada um desses grupos?	
a) _____	Menos Igual Mais	
b) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
IV. Por favor, cite quaisquer trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: Office-boy, trabalho em loja, lavar a louça, tomar conta das crianças, fazer a cama, etc. (Incluir tanto trabalhos pagos como não pagos)		
<input type="checkbox"/> Nenhum	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-las bem?	
a) _____	Menos Igual Mais	
b) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS, ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

V. 1. O(a) seu/sua filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. O(a) seu/sua filho(a) tem atividades com os amigos fora do horário da escola aproximadamente quantas vezes por semana (Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 ou 2 3 ou mais

VI. Em comparação com outras crianças da mesma idade, até que ponto:

	Pior	Igual	Melhor	
a) Consegue se relacionar adequadamente com seus/suas irmãos/irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não tem irmãos ou irmãs
b) Consegue se relacionar adequadamente com outras crianças/adolescentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Consegue se comportar adequadamente em relação aos seus pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue divertir-se e trabalhar sozinho(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempenho nas disciplinas escolares:

Não frequenta a escola porque _____

Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho nas matérias escolares?

	Maus resultados	Abaixo da média	Dentro da Média	Acima da Média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, computação, biologia, física, química, etc.) Não incluir: educação física, trabalhos manuais ou artísticos, ou outras disciplinas não acadêmicas.				
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O(a) seu/sua filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

Não Sim. Descreva, por favor: _____

3. O(a) seu/sua filho(a) repetiu algum ano?

Não Sim. Qual e por que? _____

4. O(a) seu/sua filho(a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro? Não Sim. Descreva, por favor: _____

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? Não Sim. Quando? _____

O(a) seu/sua filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou mental? Não Sim. Descreva, por favor: _____

O(a) seu/sua filho(a), descreva quaisquer preocupações ou problemas com relação à escola: _____

Qual é sua maior preocupação em relação ao seu filho ou filha? _____

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho ou filha: _____

Por favor, confira suas respostas e verifique se todos os itens foram respondidos

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 06-18". TRADUZIDA POR: MM ROCHA, EFM SILVARES, CS PAULA, MC TEIXEIRA & IA BORDIN (2010) - E-mail: asebrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA N.º 207-12-04-05 PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças/adolescentes. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) **neste momento** ou **nos últimos seis meses**, circule **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira** em relação a seu/sua filho(a). Circule **1** se a afirmação é **um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira** em relação a seu/sua filho(a). Se a afirmação **não é verdadeira em relação** a seu/sua filho(a), circule **0**. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se a seu/sua filho(a).

0 = NÃO É VERDADEIRA			1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA			2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA			
0	1	2	1.	Comporta-se de maneira muito infantil para a idade	0	1	2	31.	Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada
0	1	2	2.	Toma bebida alcoólica sem permissão dos pais (descreva): _____	0	1	2	32.	Acha que deve ser perfeito
0	1	2	3.	Discute muito	0	1	2	33.	Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele
0	1	2	4.	Não termina as coisas que começa	0	1	2	34.	Acha que os outros o perseguem
0	1	2	5.	Há poucas coisas de que gosta	0	1	2	35.	Sente-se pior que os outros
0	1	2	6.	Faz suas necessidades fora do banheiro	0	1	2	36.	Tem tendência a cair muito
0	1	2	7.	É vaidoso	0	1	2	37.	Mete-se em muitas brigas
0	1	2	8.	Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento(a) por muito tempo	0	1	2	38.	As pessoas riem dele
0	1	2	9.	Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____	0	1	2	39.	Anda em más companhias
0	1	2	10.	Não consegue ficar sentado(a), é inquieto(a) ou hiperativo(a)	0	1	2	40.	Ouve sons ou vozes que não estão presentes (descreva): _____
0	1	2	11.	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0	1	2	41.	É impulsivo ou age sem pensar
0	1	2	12.	Reclama de estar muito sozinho(a)	0	1	2	42.	Gosta de estar sozinho(a)
0	1	2	13.	Fica confuso(a) ou parece ficar sem saber onde está	0	1	2	43.	Mente
0	1	2	14.	Chora muito	0	1	2	44.	Rói unhas
0	1	2	15.	É cruel com os animais	0	1	2	45.	É nervoso(a), muito excitado(a) ou tenso(a)
0	1	2	16.	Manifesta crueldade, intimidação ou maldade com os outros	0	1	2	46.	Tenho movimentos repetitivos (tiques) (descreva): _____
0	1	2	17.	Vive no "mundo da lua" ou perde-se em seus pensamentos	0	1	2	47.	Tem pesadelos
0	1	2	18.	Já tentou se suicidar	0	1	2	48.	As outras crianças não gostam dele
0	1	2	19.	Requer muita atenção	0	1	2	49.	Tem prisão de ventre
0	1	2	20.	Destrói suas próprias coisas	0	1	2	50.	Tem medo de tudo
0	1	2	21.	Destrói objetos de sua família ou de outras pessoas	0	1	2	51.	Sente tonturas
0	1	2	22.	É desobediente em casa	0	1	2	52.	Sente-se culpado(a)
0	1	2	23.	É desobediente na escola	0	1	2	53.	Come muito
0	1	2	24.	Não come bem	0	1	2	54.	Cansa-se muito
0	1	2	25.	Não se dá bem com outras crianças	0	1	2	55.	Tem peso excessivo
0	1	2	26.	Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal	0	1	2	56.	Tem problemas físicos de fundo emocional (sem causa médica): _____
0	1	2	27.	Sente ciúmes ou inveja com facilidade	0	1	2	a.	Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
0	1	2	28.	Desrespeita as regras em casa, na escola e em outros lugares	0	1	2	b.	Dores de cabeça
0	1	2	29.	Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____	0	1	2	c.	Náuseas, enjoos
0	1	2	30.	Tem medo de ir à escola	0	1	2	d.	Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____
					0	1	2	e.	Problemas de pele
					0	1	2	f.	Dores de estômago ou cólicas
					0	1	2	g.	Vômitos
					0	1	2	h.	Outros (descreva): _____

Por favor, confira suas respostas e verifique se todos os itens foram respondidos

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18" - TRADUZIDA POR: MM RÓCHA, EFM SILVARES, CS PAULA, MC TEIXEIRA & IA BORDIN (2010) - E-mail: asebrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA N.º 207-12-04-06 PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA	
0 1 2	57. Ataca fisicamente outras pessoas	0 1 2	85. Tem ideais estranhos (descreva): _____
0 1 2	58. Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva): _____	0 1 2	86. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou imitado(a)
0 1 2	59. Brinca com seus órgãos sexuais em público	0 1 2	87. Muda de humor repentinamente
0 1 2	60. Brinca muito com seus órgãos sexuais	0 1 2	88. Aborrece-se com facilidade
0 1 2	61. Os seus trabalhos escolares são fracos	0 1 2	89. É desconfiado(a)
0 1 2	62. É desajeitado(a), tem falta de coordenação	0 1 2	90. Fala palavrões
0 1 2	63. Prefere brincar com crianças mais velhas	0 1 2	91. Fala em se matar
0 1 2	64. Prefere brincar com crianças mais novas	0 1 2	92. Fala ou caminha quando está dormindo. (descreva): _____
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	93. Fala muito
0 1 2	66. Repete várias vezes as mesmas ações compulsões (descreva): _____	0 1 2	94. Perturba os outros frequentemente
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	95. Tem crises de raiva/temperamento exaltado
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	96. Pensa muito em sexo
0 1 2	69. É reservado(a), fechado(a), guarda as coisas para si mesmo	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva): _____	0 1 2	98. Chupa o dedo
0 1 2	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado(a)	0 1 2	99. Fuma cigarro, mastiga ou cheira tabaco
0 1 2	72. Provoca incêndios	0 1 2	100. Tem problemas para dormir (descreva): _____
0 1 2	73. Tem problemas sexuais. Descreva: _____	0 1 2	101. Falta à escola sem necessidade
0 1 2	74. Gosta de se exibir ou fazer palhaçadas	0 1 2	102. É pouco ativo(a), move-se com lentidão, tem falta de energia.
0 1 2	75. É tímido(a) ou envergonhado(a)	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças	0 1 2	104. Fala muito alto
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0 1 2	105. Uso álcool ou drogas sem ser para fins medicinais (descreva): _____
0 1 2	78. É desatento(a) ou distraído(a) facilmente	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva): _____	0 1 2	107. Urina-se durante o dia
0 1 2	80. Fica de olhar parado	0 1 2	108. Urina na cama
0 1 2	81. Rouba coisas em casa	0 1 2	109. Anda sempre a choramingar
0 1 2	82. Rouba coisas fora de casa	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
0 1 2	83. Acumula coisas que não precisa (descreva): _____	0 1 2	111. Isola-se, não cria relações afetivas com os outros
0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos(descreva): _____	0 1 2	112. Preocupa-se muito
		0 1 2	113. Por favor, escreva quaisquer problemas do seu filho ou filha que não tenham sido mencionados na lista acima: _____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____

FAVOR CONFERIR SUAS RESPOSTAS E VERIFICAR SE TODOS OS ITENS FORAM RESPONDIDOS.

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 06-18" TRADUZIDA POR: EFM SILVARES, MM ROCHA, IA BORDIN, MC TEIXEIRA & CS PAULA (2010). E-mail: asebrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA