



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARLENE PEREIRA GALDINO

EVIDÊNCIA DE VALIDADE DO INSTRUMENTO EXAME DO ESTADO MENTAL DO
AUTISMO – AMSE EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA.

CAMPINAS

2016

MARLENE PEREIRA GALDINO

EVIDÊNCIA DE VALIDADE DO INSTRUMENTO EXAME DO ESTADO MENTAL DO
AUTISMO – AMSE EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos
para a obtenção do título de Mestra em Ciências, na área de
concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof^o Dra. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri

Co- Orientação: Dr. Luiz Fernando Longuim Pegoraro

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA MARLENE PEREIRA GALDINO E ORIENTADA PELA
PROF^a. DRA. ELOISA HELENA RUBELLO VALLER CELERI.

CAMPINAS

2016

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G131e Galdino, Marlene Pereira, 1984-
Evidências de validade do exame do estado mental do Autismo - AMSE em uma amostra brasileira / Marlene Pereira Galdino. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Eloisa Helena Rubello Valler Celeri.
Coorientador: Luiz Fernando Longuim Pegoraro.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Entrevista psiquiátrica padronizada. 2. Transtorno do espectro autista. 3. Avaliação de sintomas. I. Celeri, Eloisa Helena Rubello Valler, 1959-. II. Pegoraro, Luiz Fernando Longuim, 1984-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Validation study of the instrument autism mental status exam - AMSE in a Brazilian sample

Palavras-chave em inglês:

Standardized psychiatric interview

Autism spectrum disorder

Symptom assessment

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Titulação: Mestre em Ciências

Banca examinadora:

Eloísa Helena Rubello Valler Celeri

Paulo Dalgalarondo

Cristiane Silvestre de Paula

Data de defesa: 29-08-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde da Criança e do Adolescente

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARLENE PEREIRA GALDINO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). ELOÍSA HELENA RUBELLO VALLER CELERI

Coorientador (a) PROF(A). DR(A). LUIZ FERNANDO LONGUIM PEGORARO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). ELOÍSA HELENA RUBELLO VALLER CELERI

2. PROF(A). DR(A). PAULO DALGALARRONDO

3. PROF(A). DR(A). CRISTIANE SILVESTRE DE PAULA

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 29 de agosto de 2016

DEDICATÓRIA

**À todas as crianças e adolescentes
com TEA.**

Vivo num mundo que você não compreende
Vejo muitas coisas que gostaria que visse
Amo, amo muito, tudo que alcanço nesse universo
Universo único e fantástico.
Mas para que você quer compreender, meu mundo?
Nunca verá o que eu vejo
Amarás sim, mas... o comum
Esse mundo é meu.

Por realce te vejo à minha frente
Te desconheço, não quero te ver
O meu mundo é mais bonito
Mais introspectivo.
Vivo nas estrelas, neste céu imenso
Às vezes, numa estrela cadente, chego a você
Mas volto correndo
Não adianta me chamar.

Meu mundo gira mais que o seu
Meu mundo tem mais brilho que o seu
Por isso não quero sair dele
Me deixe aqui.

Eu vim lhe mostrar isso tudo
Mas você não me entende
Você vê seu mundo como o certo
Por isso volto mais cedo para o meu.

Mais uma vez, não consegui te mostrar o meu mundo
Tentarei voltar em outro lugar
Para completar minha jornada de amor.

Relato de um adolescente com autismo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Eloisa Helena Valler Celeri, pela confiança em mim depositada e pelo seu inestimável auxílio.

Ao Dr. Luiz Fernando Longuim Pegoraro, pelas contribuições dadas ao meu trabalho.

À banca de qualificação, composta pelo Prof. Dr. Paulo Dalgalarro e Dr. Amilton Santos Junior pelas valiosas contribuições.

À Profa. Dra. Betânia Alves Veiga Dell' Agli, que gentilmente autorizou os atendimentos no Centro de Atenção à Aprendizagem e ao Comportamento infantil – CASULO.

À Associação para o Desenvolvimento dos Autistas de Campinas – ADACAMP, por ter permitido a realização do estudo com as suas crianças e adolescentes.

Aos participantes e aos responsáveis que gentilmente aceitaram contribuir com este estudo.

Ao Dr. David Grodberg, autor do AMSE, pela prontidão e gentileza ao responder as minhas dúvidas.

À Dra. Laura Saad, que inicialmente, me convidou para participar de uma pesquisa, momento o qual pude ter contato com o instrumento AMSE.

Ao Rodrigo Monteiro, por todos os acolhimentos.

À CAPES pelo apoio financeiro dado a esta pesquisa.

RESUMO

Introdução - A prevalência do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) tem aumentado de forma significativa nas últimas décadas, no entanto, este diagnóstico nem sempre é feito precocemente. O apoio de instrumentos padronizados de baixo custo pode auxiliar na decisão diagnóstica, na comunicação entre os profissionais e a monitorar a resposta a intervenções terapêuticas. **Objetivo**- O objetivo do estudo foi investigar evidências de validade da versão em português do instrumento Autism Mental Status Exam – AMSE para a detecção do Transtorno do Espectro Autista (TEA) para a população Brasileira. **Métodos** – A amostra foi composta por 260 crianças e adolescentes 56 (21.5%) do gênero feminino e 204 (78.5%) do gênero masculino. Os participantes foram submetidos à avaliação da Escala de Avaliação de Autismo Infantil – CARS- BR e ao AMSE. O teste de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a correlação linear entre as variáveis (AMSE e CARS-BR). Calcularam-se os valores do ponto de corte do instrumento, através da curva ROC (Receiver Operator Characteristic), discriminando a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN). Verificou-se a homogeneidade dos itens do AMSE (acurácia) utilizando o coeficiente de fidedignidade alpha de Cronbach. **Resultados** – Concluiu-se que um ponto de corte ≥ 4 produziu boa sensibilidade 0.91 e boa especificidade 0.98. O AMSE indicou coeficiente de correlação de Spearman de $\rho = 0.91$, $p < .0001$ e a consistência interna do instrumento foi de 0.74. **Conclusão** – O AMSE fornece um exame do estado mental de observação estruturada para investigação de TEA, sendo útil para o exame clínico e apoio para o rastreio de TEA na avaliação de crianças e adolescentes.

Palavras Chave: Entrevista psiquiátrica padronizada, Transtorno do Espectro Autista, Avaliação de sintomas.

ABSTRACT

Introduction- The prevalence of the Autism Spectrum Disorder (ASD) has been raising significantly in the last decades, however, this diagnostic is not made generally early. The support of standardized instruments of low cost can help in the diagnostic decision, in the communication among professionals and to monitor the response to therapeutic interventions. **Objective-** The objective of the study was to investigate validation evidences of the Portuguese version of the instrument Autism Mental Status Exam- AMSE for the Autism Spectrum Disorder- ASD identification for the Brazilian population. **Methods** – The sample consisted of 260 children and adolescents, 56 (21.5%) of the feminine gender and 204 (78.5%) of the masculine gender. The participants were submitted to the Childhood Autism Rate Scale - CARS– BR and AMSE evaluation. The Spearman correlation test was used to verify the linear association between the variables (AMSE and CARS-BR). The instrument cutoff values were calculated through the ROC (Receiver Operator Characteristic) curve, identifying the sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV). It was verified the homogeneity of AMSE items (accuracy) using alpha of Cronbach reliability coefficient. **Results** – It was concluded that the cutoff point ≥ 4 presented a good sensitivity of 0.91 and a good specificity of 0.98. The AMSE showed a high correlation with the CARS-BR $r = 0.91$, $p < .0001$ and the instrument internal consistency was of 0.74. **Conclusions** - The AMSE provides an exam of the structured mental state for the ASD investigation, being useful to the diagnose and to support the clinic decision on the evaluation of children and adolescents with autism.

Keywords: Standardized psychiatric interview, Autism Spectrum Disorder, Symptom evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Autism Mental Status Exam- AMSE.....	27
Figura 2- Análise através do software ASEBA-CBCL 1/ 2 -5.....	31
Figura 3- Análise através do software ASEBA-CBCL 6/18.....	32
Figura 4- Curva ROC para o AMSE.....	46
Figura 5- Curva ROC para gravidade do AMSE.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Principais instrumentos de avaliação de TEA.....	19
Tabela 2- Dados sociodemográficos do grupo TEA e grupo Controle.....	39
Tabela 3- Dados clínicos do grupo TEA e grupo Controle.....	40
Tabela 4- Relação dos participantes TEA e Controle.....	41
Tabela 5- Pontuação do grupo TEA e grupo AMSE.....	42
Tabela 6- Itens do AMSE e CARS-BR estatisticamente significativa.....	44
Tabela 7- Análise da consistência interna dos itens do AMSE.....	45
Tabela 8- Sensibilidade e especificidade em relação ao DSM.....	45
Tabela 9- Sensibilidade e especificidade em relação à CARS-BR.....	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABC** - Inventário de Comportamentos Autísticos
- ADACAMP** - Associação para o Desenvolvimento de Autista de Campinas
- ADI-R** - Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada
- ADOS** - Observação Diagnóstica de Autismo
- AMSE**- Exame do Estado Mental do Autismo
- AS** - Síndrome de Asperger
- ATA** - Escala de Avaliação Traços Autísticos
- CAEE**- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CARS-BR** - Escala de Avaliação de Autismo Infantil
- CASULO** - Centro de Atenção à Aprendizagem e ao Comportamento Infantil
- CBCL** - Escala de Avaliação de Comportamento de Crianças e Adolescentes
- CDC** - Centros de Controle e Prevenção de Doenças
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CID 10** - International Statistical Classification of Diseases
- DSM** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- GARS** – Escala de Classificação de Autismo de Gilliam
- M-CHAT** - Inventário Modificado de Autismo para Crianças
- M-CHAT-R**- Inventário Modificado de Autismo para Crianças Revisado
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU**- Organizações das Nações Unidas
- PRO-TEA**- Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de TEA
- ROC**- Receiver Operator Characteristic
- SAS** - *Statistical Analysis System*
- SCQ** - Questionário de Comunicação Social
- SPSS** - Statistical Package for Social Sciences
- TDAH** - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
- TEA** - Transtorno do Espectro do Autismo
- VPN** – Valor Preditivo Negativo
- VPP**- Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)	15
1.2 Epidemiologia e Diagnóstico.....	17
1.3 Instrumentos Diagnósticos para avaliação de TEA.....	18
2. JUSTIFICATIVA	21
3. OBJETIVOS	22
3.1 Geral	22
3.2 Específicos.....	22
4. HIPÓTESES	23
5. MATERIAIS E MÉTODOS	24
5.1 Participantes da pesquisa	24
5.1.1 Grupos com TEA.....	24
5.1.2 Grupo controle	24
5.2 Instrumentos	25
5.2.1 Entrevista de identificação sóciodemográfica e dados clínicos.....	25
5.2.2 AMSE (Autism Mental Status Exam).....	25
5.3 Escala de Avaliação de Austismo Infantil- BR	29
5.4 CBCL 1/ 2 – 5 e CBCL 6/18	30
6. DELINEAMENTO DA PESQUISA	33
7. PROCEDIMENTOS	33
7.1 Primeiro Contato com o AMSE	33
7.2 Coleta de Dados	33
7.3 População de Estudo	37
7.4 Aspectos Éticos.....	37
7.5 Análises Estatísticas	38
8. RESULTADOS	39
9. DISCUSSÃO	48
9.1 Dimensões Clínicas e Sóciodemográficas	48
9.2 Relações entre os Instrumentos AMSE e CARS-BR	49

10. CONCLUSÃO	51
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICE.....	57
ANEXO.....	61

1. Introdução

1.1 O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é atualmente compreendido como uma condição neuropsiquiátrica que se manifesta desde a infância precoce ^[1]. É caracterizado por uma multiplicidade de atrasos e desvios comportamentais, associadas a deficiências persistentes na comunicação e na interação social e a repertórios de comportamentos, interesses ou atividades repetitivos e estereotipados, variando-se em graus de gravidade. ^[1].

Apesar de descrito por Kanner ^[2], em 1943 e, quase simultaneamente, por Asperger (1944), por décadas a maioria dos profissionais de saúde mental e as classificações diagnósticas consideraram o autismo como uma psicose infantil, fazendo parte do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edition (DSM-II), do capítulo das Esquizofrenias de Início na Infância ^[3]. Progressivamente as pesquisas começaram a separar as duas condições, sendo as pesquisas de Rutter ^[4], em 1978, fundamentais para esta diferenciação em termos clínicos e de prognóstico.

O DSM-III passou a incluir o autismo infantil em uma nova categoria diagnóstica denominada “Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD” (Pervasive Developmental Disorders – PDD), ou seja, distúrbios que afetam notadamente áreas do desenvolvimento cognitivo, social e afetivo ^[5]. Em sua revisão de 1987, o DSM-III-R nomeou o autismo infantil como “Transtorno autístico”, sendo acrescentada a categoria “Transtorno autístico não especificado” ^[6]. Com a edição da International Statistical Classification of Diseases (CID 10), o Transtorno de Rett e os Transtornos Desintegrativos da Infância foram incluídos na categoria Transtornos Invasivos do Desenvolvimento ^[7].

Na quarta edição do DSM (1994) ^[8], os critérios para Transtornos Globais do Desenvolvimento foram revisados, com objetivo de torná-los correlatos aos critérios da CID-10. O CID-10 descreve mais subtipos de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento que o DSM-IV, mas as similaridades entre os dois sistemas de classificação produziram um profundo impacto, possibilitando o surgimento de dados internacionais e a comparação entre achados de pesquisas. A Síndrome de

Asperger (AS) recebeu um status diagnóstico formal no DSM-IV (1994)^[8] e na CID-10 (1992)^[7].

Na 5ª edição do DSM, oficialmente publicada em maio de 2013, o autismo passou a ser nomeado como Transtorno do Espectro Autista (TEA), fazendo parte do capítulo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, isto é, transtornos que se manifestam precocemente no desenvolvimento, em geral, antes da idade escolar e se caracterizam por déficits que levam a prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional ^[1].

Nesta classificação, o TEA incluiu três distúrbios (Transtorno de Autismo, Síndrome de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento não Especificado), anteriormente descritos na categoria Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Estes transtornos são descritos como diferentes níveis de gravidade de uma condição única, sendo o Transtorno Desintegrativo e a Síndrome de Rett excluídas desta sessão ^[1]. Outra mudança diz respeito à redução de três para dois domínios principais da síndrome, sendo os prejuízos de interação social e de comunicação fundidos num único domínio, uma vez que ambos são compreendidos como manifestações de um único conjunto de sintomas. Neste domínio, é avaliada a ausência de reciprocidade social e emocional, habilidades para manter e desenvolver a formação de vínculos, comunicação e linguagem pragmática. O segundo domínio de sintomas inclui interesses restritos e repetitivos exibidos por pelo menos dois dos seguintes itens: comportamentos motores ou verbais estereotipados, hipersensibilidade ou hiposensibilidade a estímulos sensoriais, aderência excessiva a rotinas e padrões de comportamento ritualizados e restritos ^[1].

O DSM 5 recomenda o uso de especificadores de gravidade que propiciam uma descrição mais abrangente do TEA. Esta descrição passa a ser caracterizada em relação à gravidade dos sintomas nos dois domínios, quanto à capacidade cognitiva, a capacidade de verbalização (prejuízo de estruturação de linguagem), a existência de uma condição médica ou genética e comorbidades associadas ^[1].

1.2 Epidemiologia e Diagnóstico

Até há alguns anos, acreditava-se que o autismo ocorria aproximadamente em cada quatro de 10.000 crianças ^[9]. Estes números sofreram grandes alterações nos últimos anos. Uma pesquisa realizada pelo “Center of Diseases Control and Prevention” (Centros de Controle e Prevenção de Doenças - CDC) nos EUA apontou que, no ano 2000, a prevalência de autismo era um em 166; em 2002, um em 150; em 2004, um em 125; em 2006, um em 110 casos; e, em 2008, a prevalência foi um em 88 indivíduos ^[10]. Em 2010, os novos estudos destacaram um marco de um em 68 casos diagnosticados sendo aproximadamente um em cada 42 meninos e um em cada 189 meninas ^[11]. Havendo, em 2012, um aumento de 78% na taxa do autismo quando comparados ao ano de 2002^[12]. Em termos de porcentagem calcula-se que a prevalência do transtorno do espectro do autismo subiu mais de 75% nos últimos dez anos ^[12].

De acordo com a OMS, estima-se que dois milhões de pessoas sejam diagnósticas como TEA no Brasil e a Organização das Nações Unidas (ONU) estima que existam setenta milhões de autistas no mundo, isto é, cerca de 1% da população mundial ^[11].

Uma pesquisa realizada na Dinamarca por Hansen ^[13] apontou um aumento de 60% da prevalência do autismo em crianças nascidas entre 1980 e 1991, enquanto um estudo realizado em 14 locais nos E.U.A, pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), encontrou nos anos de 2002 e 2006 um aumento em termos de gênero, um a cada 54 meninos e um a cada 256 meninas ^[10]. Fakhoury ^[14] ressalta que o transtorno está entre os mais graves em termos de prevalência, morbidade e impacto para a sociedade. Estes dados de prevalência trouxeram inúmeros questionamentos acerca de uma possível epidemia do autismo. A literatura sugere que esse aumento não pode ser atribuído a uma “epidemia” e sim a mudanças nos critérios diagnósticos, maior conscientização entre os profissionais, desenvolvimento de novos centros especializados e a crescente elaboração de instrumentos diagnósticos padronizados e validados ^[9].

O atual DSM ^[1] propõe que as primeiras manifestações do transtorno deveriam aparecer antes dos 36 meses de idade e diversos instrumentos são

validados a fim de colaborar no diagnóstico clínico e principalmente para investigar os sinais precoces ^[15].

Apesar da importância da identificação precoce ^[15], há uma carência de instrumentos diagnósticos acessíveis, de informações adequadas e de profissionais treinados tanto para o diagnóstico quanto para a condução de intervenções terapêuticas adequadas, isto é especialmente relevante em países em desenvolvimento, onde o desconhecimento da condição pode levar a demora ou a um diagnóstico inadequado ^[16].

Nos Estados Unidos, um em cada 110 crianças tem TEA. Esses dados levaram Gura & Champagne ^[17] a avaliarem as crianças de 18 a 24 meses usando o “Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised (Inventário Modificado de Autismo para Crianças - M-CHAT-R)”, por ser um instrumento de baixo custo e por ser uma ferramenta de triagem capaz de indicar os sinais do autismo. Seus resultados concluíram que os instrumentos de triagem de baixo custo, quando utilizados, promovem ganhos positivos na identificação precoce do autismo.

1.3 Instrumentos diagnósticos para avaliação de TEA

O Autism Diagnostic Observation Schedule (Observação Diagnóstica de Autismo – ADOS) ^[18] e Autism Diagnostic Interview Review (Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada - ADI-R) ^[19] são instrumentos considerados “padrão ouro” pela literatura internacional. Estes instrumentos necessitam de treinamento especializado, demandam tempo e tem custo elevado, o que de certa forma, inviabiliza o seu uso em clínicas ou instituições que buscam um exame clínico rápido e de baixo custo e com boa capacidade psicométrica para identificação de sinais e sintomas do autismo ^[19; 20].

Um Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de TEA (PRO-TEA) foi desenvolvido em 1998 e revisado em 2007 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Transtornos do Desenvolvimento – NIEPED/UFRGS. O PRO-TEA está disponível na internet para fins clínicos e de pesquisa, é um protocolo de fácil aplicação, sem custos adicionais e é indicado para o início da fase escolar ^[20].

No Brasil, existem alguns instrumentos padronizados e validados para a nossa população usados na investigação de TEA e apesar disso, ainda existem dificuldades para a sua utilização, como o alto custo e a necessidade de um treinamento especializado para o uso da ADI- R e o ADOS ^[20]. Outro fator a ser observado é que algumas escalas são preenchidas na forma de auto relato pelos responsáveis, como a ATA, ABC e o M-CHAT, acarretando um viés devido à baixa escolaridade dos pais ^[20]. Na tabela 1, estão dispostos os instrumentos mais utilizados no Brasil:

Tabela 1: Principais Instrumentos de Avaliação de TEA:

Instrumento	Público alvo	Aplicação	Custo	Tradução/ validação brasileira
ADOS	> 18 meses até idade adulta	Até 60min.	Sim	Sim (traduzida)
ADI -R	> 5 anos de idade	1 /30 a 2/30min	Sim	Sim (Traduzida e validada)
CARS - BR	> 2 anos de idade	30min.	Sim	Sim (Traduzida e validada)
ATA	> 2 anos de idade	20 a 30min.	Não	Sim (Traduzida e validada)
ABC	> 18 meses até idade adulta	Até 1 hora.	Não	Sim (Traduzida e validada)
SCQ	> 4 anos de idade	10min.	Não	Sim (Traduzida e validada)
M – CHAT	> 18 meses a 24 meses	10min.	Não	Sim (Traduzida e validada)

ADOS - Observação Diagnóstica do Autismo ^[18]

ADI-R - Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada ^[19],

CARS - BR Escala de Avaliação de Autismo Infantil. ^[21]

ATA - Escala de Avaliação Traços Autísticos ^[22]

ABC - Inventário de Comportamentos Autísticos ^[23]

SCQ - Questionário de Comunicação Social ^[24]

M-CHAT - Inventário Modificado de Autismo para Crianças ^[15]

Um instrumento que não foi propriamente desenvolvido para o diagnóstico de sinais e sintomas de TEA, mas tem sido estudado em diversos países como uma ferramenta para avaliação de problemas de comportamento é o Child Behavior Checklist (Escala de Avaliação de Comportamento de Crianças e Adolescentes – CBCL) ^[25]. Existem, no Brasil, duas versões validadas e traduzidas para a nossa população, o CBCL 1/2 - 5 e o CBCL 6/18. O CBCL 6\18 foi validado para a população brasileira em 2010 ^[26]. É um questionário capaz de quantificar os problemas de comportamentos de crianças e adolescentes com base no relato dos pais ou cuidadores ^[26]. Uma pesquisa realizada por Pandolf ^[27] avaliou a sensibilidade e a especificidade do CBCL 6/18 para distinção de distúrbios emocionais e comportamentais de coocorrência em pacientes com TEA. Seus resultados indicaram baixa especificidade na distinção destes distúrbios.

Em relação à versão brasileira do Inventário CBCL 1/2-5 para o rastreio de TEA, pode-se dizer que esta escala contém questões voltadas ao espectro do autismo orientadas pelo DSM –IV que podem ser úteis para identificação de TEA [28]. Destacam - se os itens da escala Reatividade Emocional (Emotionally Reative), Retraimento (Withdrawn) e Problemas Invasivos do Desenvolvimento (Pervasive Developmental Problems) como questões avaliativas que podem alertar o clínico para alguns sinais e sintomas de TEA e, posteriormente, propor avaliações mais abrangentes [28]. Os itens da escala de Retraimento e Problemas Invasivos do Desenvolvimento do CBCL 1/ 2- 5 foram capazes de discriminar significativamente crianças autistas de não autistas obtendo maior sensibilidade e especificidade que a GARS “(Gilliam Autism Rating Scale)” que é uma escala própria para identificar o autismo em um estudo realizado por Sikora [29]. Este autor sugeriu que uma limitação deste estudo foi ter sido realizada em apenas uma amostra clínica típica e que novos estudos devem ser realizados com crianças com outros transtornos psiquiátricos.

Apesar do avanço nas pesquisas de validações de instrumentos para o TEA no Brasil, a maioria dos instrumentos existentes é do tipo “screening”, na forma de relato preenchido pelos responsáveis, o que pode dificultar o diagnóstico do autismo, principalmente se os pais ou responsáveis possuírem baixa escolaridade. Muitos profissionais realizam o exame clínico contando apenas com o seu conhecimento e percepção sem o apoio de medidas padronizadas, principalmente em centros com poucos recursos [30].

Um instrumento de observação direta do indivíduo com TEA constitui-se numa ferramenta clínica importante, pois a informação fornecida pelo responsável é aliada à observação direta do profissional. O Autism Mental Status Exam (AMSE) foi desenvolvido por Grodberg [30] no Seaver Autism Center for Research and Treatment at the Mount Sinai School of Medicine e demonstrou-se potencialmente válido para avaliação do diagnóstico de TEA na literatura internacional com boa estimativa de sensibilidade (0.94) e especificidade (0.81) em seu primeiro estudo realizado em 2011.

O AMSE é uma ferramenta de avaliação observacional direta e estruturada de oito itens que permite detectar o funcionamento social, comunicativo e comportamental de crianças e adolescentes. Os oito itens incluem: contato visual; interesses nos outros, capacidade para apontar, linguagem, pragmática da

linguagem, comportamentos repetitivos e estereotipados, preocupações e sensibilidades incomuns. Cada item é pontuado numa escala de 0 a 2 pontos com possíveis resultados totais que variam de 0 a 14 pontos ^[31]. Sua finalidade é servir de base para o rastreio de TEA utilizando-se o tempo da consulta para investigação diagnóstica, além de propor o uso de protocolos no primeiro atendimento, oferecendo um norteamento para as decisões subseqüentes no que se refere aos encaminhamentos, planejamento e acompanhamento terapêutico de autismo ^[30;31;32].

2. Justificativa

Apesar dos avanços e descobertas acerca do Transtorno do Espectro Autista, não foi identificado nenhum marcador biológico que possibilite um exame definitivo para confirmação do diagnóstico. A avaliação é realizada através da observação clínica com observação direta do comportamento do indivíduo somado a sua história de vida ^[9].

Os Instrumentos diagnósticos são facilitadores que contribuem para um diagnóstico mais preciso ^[15]. Os mais utilizados, por apresentarem estudos de validade, são ADI-R ^[20] e a CARS-BR ^[22]. Entretanto, são instrumentos que envolvem custos elevados, demandam tempo de aplicação e nem sempre é possível a sua realização em um contexto clínico, principalmente em centros de poucos recursos. O M-CHAT ^[15] é também muito utilizado, pois é um questionário breve e de baixo custo, porém é indicado apenas até os vinte e quatro meses de idade.

Nosso estudo é importante porque o AMSE é uma ferramenta breve, de baixo custo e de rápida aplicação para detectar TEA no primeiro atendimento da criança ou do adolescente ^[32]. O AMSE não pode ser utilizado como um instrumento de diagnóstico único e sim como uma medida de apoio para o diagnóstico ^[31; 32]. A vantagem do AMSE em relação à CARS- BR é o tempo de aplicação, visto que a CARS-BR pode ser aplicada em um período de aproximadamente 30 minutos, se tornando inviável na prática de um exame clínico e o AMSE é uma avaliação breve estruturada que utiliza o tempo da consulta para investigação diagnóstica ^[30; 32].

Não há estudos do AMSE no Brasil e este pode ser importante para o nosso contexto pelo baixo custo, simplicidade de aplicação e boas estimativas de

sensibilidade e especificidade encontrados neste estudo e também baseados em dados da literatura internacional.

3. Objetivos

3.1 Geral:

- Testar evidências de validade da versão em português do instrumento Exame do Estado Mental do Autismo – AMSE para a população brasileira.

3.2 Específicos:

- Estimar a validade convergente, comparando a pontuação obtida no AMSE com a pontuação obtida em uma escala já traduzida e validada para a população brasileira, a “Escala de Avaliação do Autismo na Infância” (Childhood Autism Rating Scale - CARS- BR).
- Estimar a consistência interna do AMSE.
- Calcular a especificidade, a sensibilidade e o ponto de corte para o TEA.
- Obter o valor preditivo positivo e valor preditivo negativo do AMSE.

4. Hipóteses

- O instrumento AMSE é uma boa ferramenta para o rastreamento de TEA, assim como mostram os estudos internacionais.

- O AMSE é útil principalmente para a detecção do autismo grave.

5. Materiais e Métodos

5.1 Participantes da pesquisa

5.1.1 Grupo com TEA

Participaram deste grupo 130 participantes com TEA, de ambos os sexos, com idades entre três a 18 anos de idade. Os participantes foram provenientes do Ambulatório de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Clínicas da Unicamp e da Associação para o Desenvolvimento de Autista de Campinas (ADACAMP), ambos situados no município de Campinas/SP.

Critérios de inclusão

- Ter diagnóstico de TEA e estarem em acompanhamento psiquiátrico, segundo avaliação da equipe do ambulatório (composta obrigatoriamente por docentes com experiência em Psiquiatria da Infância e da Adolescência e médicos residentes em Psiquiatria da Unicamp) ou pelo médico responsável da instituição ADACAMP, ambos responsáveis pelo tratamento do paciente;
- Idade entre 3 a 18 anos;

Critério de exclusão

- Sujeitos que tinham o diagnóstico de autismo como HD secundária.

5. 1.2. Grupo Controle

Foi formado por crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 3 a 18 anos de idade. Os participantes foram provenientes do Ambulatório de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Clínicas da Unicamp com outros diagnósticos que não o TEA e alunos com problemas de aprendizado que frequentavam o Centro de Atenção à Aprendizagem e ao Comportamento Infantil CASULO localizado em uma cidade do interior de São Paulo.

Critério de inclusão (Grupo controle)

- Participantes com outros diagnósticos clínicos que não o TEA.
- Idade entre 3 a 18 anos de idade.

Critério de exclusão

- Participantes com deficiência intelectual diagnosticado pela equipe médica ou equipe de avaliação psicológica.
- Participantes que tinham o diagnóstico de autismo secundário.

Todos os participantes da amostra concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (apêndice 1).

5.2. Instrumentos

5.2.1. Entrevista de Identificação Sociodemográfica e Dados clínicos

Entrevista estruturada para a coleta de dados sociodemográficos e história clínica do participante.

Dados dos pais ou cuidador: idade, escolaridade e renda familiar.

Dados do paciente: idade, cor de pele, escolaridade, idade de diagnóstico, tratamento farmacológico (apêndice 2).

5.2.2 AMSE (Autism Mental Status Exam)

Para a população estudada nesta pesquisa foi utilizada a versão traduzida para o português – Exame do Estado Mental do Autismo - AMSE (anexo 1). A pontuação varia de 0 a 2 pontos para cada um dos 8 itens, totalizando até 14 pontos e, quanto maior a pontuação, maior o nível de gravidade do TEA. Os itens do AMSE “contato visual, interesse nos outros e capacidade para apontar” devem ser pontuados de acordo com a observação clínica do profissional, enquanto itens

“linguagem, pragmática da linguagem, comportamentos repetitivos e estereotipados, preocupações e sensibilidades incomuns” podem ser assinalados através da observação direta do profissional e pelo relato dos pais ou responsáveis. Abaixo segue uma descrição detalhada dos itens que compõem o AMSE.

1. **Contato visual:** Este item é pontuado de acordo com a observação pelo examinador. Consiste em avaliar se o sujeito mantém o contato visual no mínimo por 3 segundos (0); ou se este olhar é transitório (1); ou se não existe o contato visual (2).
2. **Interesse nos outros:** Este item é pontuado de acordo com a observação pelo examinador. É observado se o sujeito mantém espontaneamente uma interação, seja verbal ou gestual (0); se este sujeito apenas responde aquilo que é questionado pelo examinador (1); ou se o sujeito não demonstra nenhum tipo de interação social durante o exame (2).
3. **Capacidade para apontar:** Deve ser pontuado através da observação pelo examinador. Se o sujeito for capaz de apontar para objetos que estão presentes na própria sala do examinador (0); se ele for apenas capaz de acompanhar com o olhar quando o examinador apontar para algum objeto (1); se ele não aponta e não segue com o olhar (2).
4. **Linguagem:** Este item é baseado tanto na observação pelo examinador quanto pelo relato dos pais ou cuidadores. Se o sujeito for capaz de estabelecer frases complexas e falar sobre outro lugar, deve ser pontuado (0); se isso não for observado pelo examinador, mas os pais relatam que ele é capaz de falar, a pontuação também deve ser (0); se o sujeito fala apenas palavras soltas ou frases com menos de três palavras e sentenças mal formuladas, a pontuação é (1); se o sujeito for não verbal, ou seja, aqueles que não têm linguagem, a pontuação deve ser (2).
5. **Pragmática da Linguagem:** Este item não é marcado se o item anterior for pontuado em (1) ou (2) pontos. Para os pacientes verbais, aqueles que têm linguagem, se for percebido uma entonação monótona, bizarra ou perceber que ele não responde de forma clara ou ainda não estabelece diálogo, a pontuação deve ser (2); se isto não foi observado durante o exame, mas os pais

descreveram estas situações, a pontuação deve ser (1). Para aqueles que não têm prejuízo na pragmática da linguagem a pontuação deve ser (0).

- 6. Comportamentos Repetitivos/Estereotipados:** Este item é baseado no relato dos pais e observação do examinador. Se os pais relatarem que existem comportamentos estereotipados, mesmo se não foi observado durante o exame, a pontuação deve ser (2). Estes itens incluem: estereotipia motora ou verbal, ecolalia ou linguagem estereotipada. Insistência a rotina ou comportamentos compulsivos (alinhar, girar objetos repetitivamente, saltar), devem ser pontuados (1); se não for relatado e nem observado a pontuação é (0).
- 7. Preocupações:** Este item refere-se a preocupações que possam interferir no dia a dia do sujeito e incluem interesses ou hobbies excessivos ou incomuns, tais como: datas de calendário, aparelhos domésticos, placas de carro, dentre outros. Em pacientes menores as preocupações devem ser presentes no cotidiano, por exemplo, fixação por objetos incomuns, fixação por objetos que possam utilizar o tato, paladar e campo visual, sentir texturas, levar objetos a boca, observar a luz, girar objetos, etc. Se estas preocupações forem observadas a pontuação é (2); se não foi observada durante o exame, mas foi reportado pelos pais é (1); se não houver preocupação a pontuação é (0).
- 8. Sensibilidades Incomuns:** Este item refere-se à sensibilidade visual, auditiva, tato, olfato ou paladar. Por exemplo, o interesse pelo brilho da luz pode chamar a atenção, o sujeito pode tapar os ouvidos (hiperacusia) diante de sons ou ruídos, pode se incomodar com etiquetas de roupas ou determinados tipos de tecidos, pode ter prazer por sensações vestibulares, sem ficarem nauseadas (rodopios), etc. Outra sensibilidade observada é um alto limiar de dor. Se estes itens forem observados durante o exame a pontuação é (2); se for relatado pelos pais é (1); se não estiver presente a pontuação é (0).

5.2.3. Figura 1. Autism Mental Status Exam – AMSE

Versão original do AMSE ^[31] simulando uma pontuação. A versão brasileira consta em anexo.

AUTISM MENTAL STATUS EXAM

Date _____ Rater _____ Subject # _____

EYE CONTACT <small>(observed)</small>	<input type="checkbox"/> ≥ 3 seconds	<input checked="" type="checkbox"/> Fleeting	<input type="checkbox"/> None	1
INTEREST IN OTHERS <small>(observed)</small>	<input type="checkbox"/> Initiates Interaction with Examiner	<input checked="" type="checkbox"/> Only Passively Responds	<input type="checkbox"/> No Interest	1
POINTING SKILLS <small>(observed)</small>	<input type="checkbox"/> Can Point/ Gesture to Object	<input checked="" type="checkbox"/> Only Follows Point	<input type="checkbox"/> None	1
LANGUAGE <small>(reported and/or observed)</small>	<input type="checkbox"/> Can Speak About Another Time Or Place	<input checked="" type="checkbox"/> Single Words <input type="checkbox"/> Phrases (≤ 3 words) <input type="checkbox"/> Undeveloped Sentences	<input type="checkbox"/> Nonverbal	1
	<input type="checkbox"/> Articulation Problem			
PRAGMATICS OF LANGUAGE	<input type="checkbox"/> Not impaired	<input type="checkbox"/> Cannot manage turns or topics <input type="checkbox"/> Unvaried or odd intonation	<input type="checkbox"/> reported <input type="checkbox"/> observed	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Not applicable			
REPETITIVE BEHAVIORS/ STEREOTYPY <small>(reported and/or observed)</small>	<input type="checkbox"/> None	<input checked="" type="checkbox"/> Insists on Routines/ Compulsive-like behaviors	<input checked="" type="checkbox"/> Motor stereotypy or vocal stereotypy <input type="checkbox"/> Echolalia <input type="checkbox"/> Stereotyped speech	2
UNUSUAL OR ENCOMPASSING PREOCCUPATIONS	<input type="checkbox"/> None	<input checked="" type="checkbox"/> Present--describe:	<input type="checkbox"/> reported <input checked="" type="checkbox"/> observed	2
UNUSUAL SENSITIVITIES	<input type="checkbox"/> None	<input checked="" type="checkbox"/> Heightened Sensitivity <input type="checkbox"/> High Pain Threshold	<input type="checkbox"/> reported <input checked="" type="checkbox"/> observed	2

O item “problema de articulação” do AMSE não é pontuado. Este item serve apenas como informação adicional para a história clínica do paciente. O AMSE não é disponível para fins comerciais. É autorizado para “download” gratuito para fins clínicos, científicos e educacionais [33].

O instrumento deve ser utilizado apenas por profissionais da área da saúde e não pode ser utilizado de forma independente para diagnosticar o autismo. Um treinamento on line é disponível no site <http://autismmentalstatusexam.com/> ^[33] onde a forma de pontuação do AMSE é exemplificada através de vídeos demonstrativos que simulam atendimentos clínicos, e posteriormente, um formulário pode ser preenchido simulando um atendimento real para fins de treinamento. Todos os estudos do AMSE são publicados no site.

5. 3 Childhood Autism Rating Scale - CARS-BR - Escala de Avaliação de Autismo Infantil.

É uma escala composta por 15 itens, em que os escores variam de 1 a 4 pontos. A pontuação total varia entre 15 a 60 pontos e o ponto de corte para o autismo é de 30 pontos. É capaz de diferenciar o grau do comprometimento do autismo variando entre leve, moderado e severo ^[21].

São avaliados os seguintes itens:

1. Relações pessoais;
2. Imitação;
3. Resposta emocional;
4. Uso corporal;
5. Uso de objetos;
6. Resposta a mudanças/rotinas;
7. Resposta visual;
8. Resposta auditiva;
9. Resposta e uso do paladar,
10. Olfato e tato;
11. Medo ou nervosismo;
12. Comunicação verbal;
13. Comunicação não verbal;
14. Nível de atividade;
15. Nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais;

A CARS-BR é dividida em três categorias, sendo “não autista”, “leve a moderado” e “severamente”. Escores abaixo de 29,5 indicam ausência de autismo. Entre 30-36 apontam um autismo leve a moderado e escores superiores a 37 sugere um autismo grave ^[21].

5.4 Child Behavior Checklist – Escala de Avaliação de Comportamento de Crianças e Adolescentes - CBCL 1\2 -5 e CBCL 6\18.

Este instrumento faz parte do sistema de avaliação ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), desenvolvido por Achenbach e Rescorla, que avalia os comportamentos de acordo com a faixa etária. ASEBA é um método avaliativo com pesquisas em mais de 80 culturas, destinado aos profissionais de saúde mental e é capaz de fornecer múltiplas percepções sobre o funcionamento do sujeito avaliado ^[34].

O CBCL 6/18 é composto por 138 questões, nas quais 118 questões referem-se a problemas de comportamento e 20 questões à competência social. Este último é avaliado através de jogos, brincadeiras, relacionamento familiar e social, independência diária e desempenho escolar (anexo) ^[27]. É um instrumento eficaz na quantificação de respostas dadas pelos pais, justamente por estes conhecerem bem o comportamento dos filhos, sendo, o CBCL é o mais utilizado, em diversos países, para avaliar os problemas de comportamento ^[27].

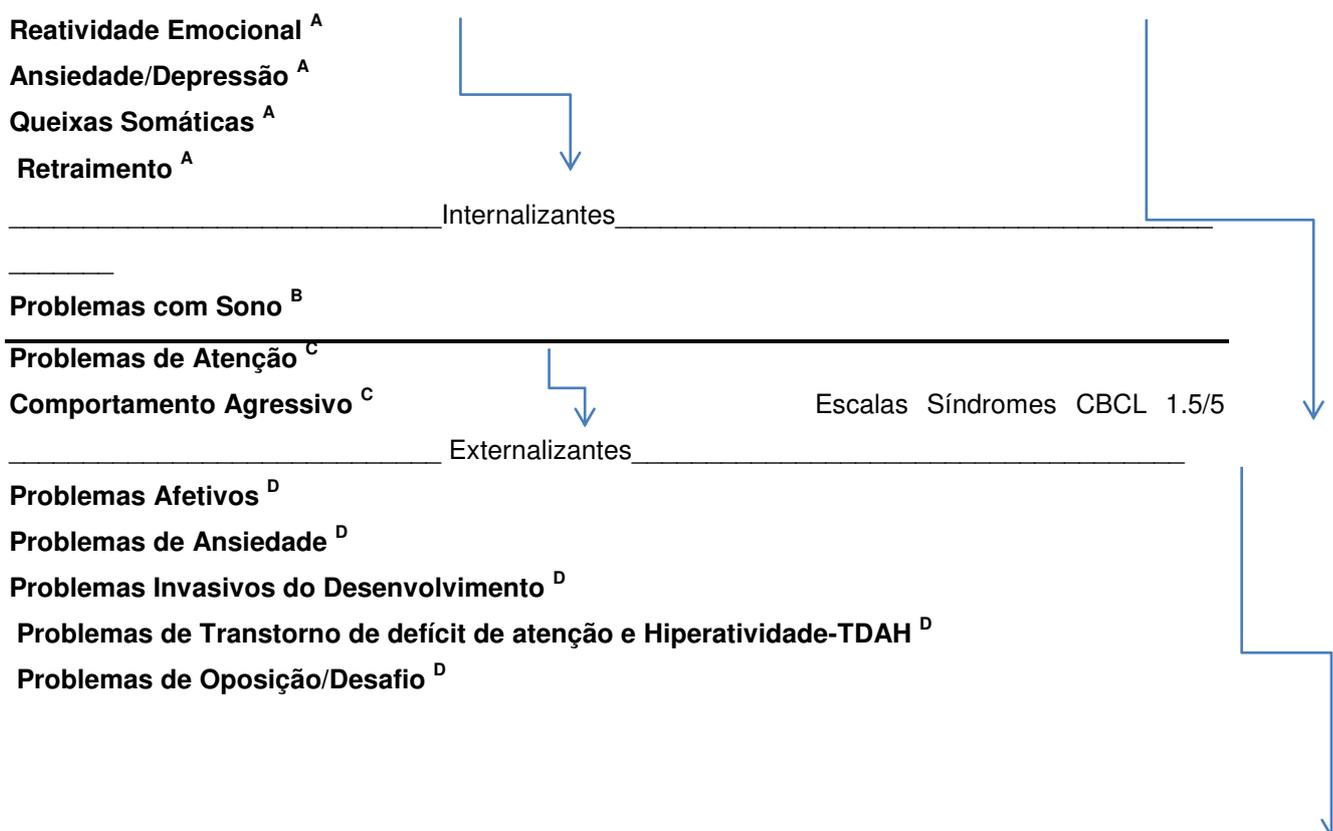
O CBCL para crianças menores de 1/2- 5 anos tem 99 questões sobre os problemas comportamentais e as preocupações dos pais e 1 questão qualitativa a respeito das qualidades e pontos positivos da criança. As respostas são registradas em uma escala do tipo likert em que: 0 = Não é verdadeiro, 1 = pouco ou às vezes é verdadeiro, 2 = Muito Verdadeiro. Sua correção é realizada por um programa de computador denominado Assessment Data Manager, software central do sistema ASEBA e os resultados geram escores T que classificam os sujeitos como clínicos e não clínicos nas escalas comportamentais do CBCL ^[28].

As observações feitas pelos responsáveis através do CBCL 1/2- 5 (anexo 3) devem ser baseadas no funcionamento da criança nos últimos dois meses. O tempo de aplicação é de dez minutos ^[28]. Já o CBCL 6/18 (anexo 4) deve ser respondido

baseando-se nos últimos seis meses do funcionamento da criança ou adolescente. O tempo de aplicação é de quinze minutos. Abaixo segue uma breve descrição dos itens avaliados por estes dois instrumentos através do software ASEBA [28].

5.4.1 **Figura 2.** Análise através do software ASEBA:

CBCL 1/ 2 – 5



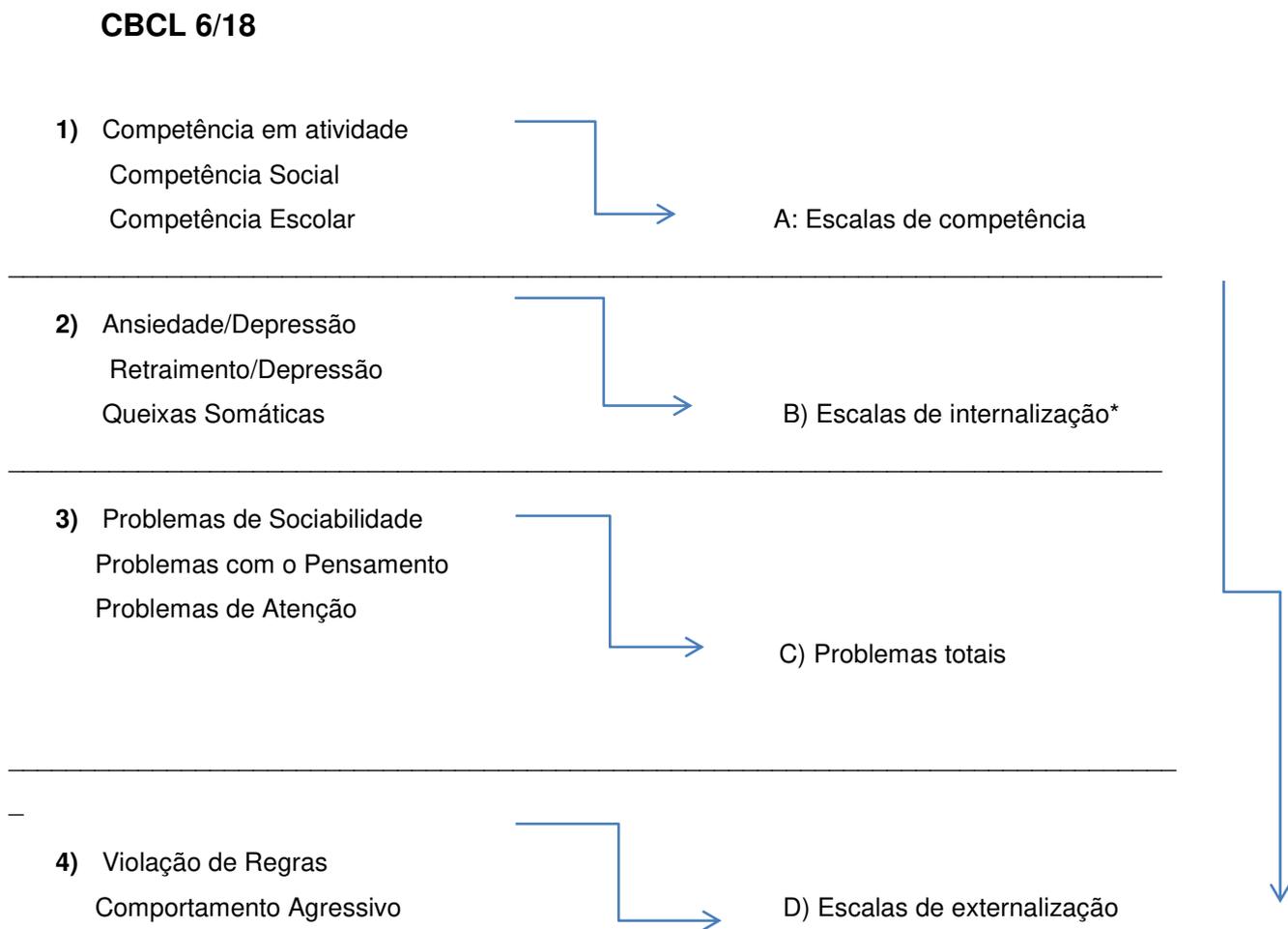
A - Comportamentos internalizantes;

C - Comportamentos externalizantes;

A; B; C - Questões que compõem as escalas síndromes.

D - Questões que compõem as escalas orientadas pelo DSM – IV.

5. 4.2. **Figura 3.** Análise através do software ASEBA



- Problemas B; C; D; = escala total de problemas emocionais e comportamentais.
- As escalas Síndromes foram desenvolvidas a partir de uma grande amostra de indivíduos encaminhados para o serviço de saúde mental e da população geral e que obtiveram escores muito altos. Os nomes das escalas descrevem os tipos de problemas mais encontrados.
- As escalas orientadas pelo DSM: Cada escala engloba itens que foram avaliados por especialistas como “muito consistentes” com as categorias diagnósticas do DSM IV.

6. Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo observacional analítico de corte transversal.

7. Procedimentos

7.1 Primeiro contato com o AMSE

Em 2013, Laura Saad, médica psiquiátrica, então residente (R4) da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria do Hospital de Clínicas (HC) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) realizou um estágio no “Seaver Autism Center em Mount Sinai – EUA”, momento o qual teve contato com o Dr. David Grodberg, autor do AMSE. Neste período, Laura Saad foi convidada para realizar a tradução do AMSE para o português juntamente com a equipe de Grodberg.

Para a validação do AMSE no Brasil, este projeto foi submetido à aprovação de Grodberg ^[30; 32]. Em fevereiro de 2015 foi feito o primeiro contato, via e-mail, com o autor do AMSE, solicitando a autorização para aplicação da escala, visando um estudo de validação. O e-mail foi respondido pelo próprio autor, que concedeu a autorização para seu uso no Brasil (apêndice 3).

7.2 Coleta de Dados

A coleta de dados iniciou-se em março de 2015 e se estendeu até maio de 2016, no Ambulatório de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Clínicas da Unicamp, na Associação para o Desenvolvimento de Autista de Campinas – ADACAMP e no Centro de Atenção à Aprendizagem e ao Comportamento Infantil – CASULO. Tanto o ambulatório quanto a ADACAMP estão localizados no município de Campinas/SP e o Centro Casulo está localizado no município de São João da Boa Vista/SP. Estes três campos de estudo foram definidos como CE1, CE2, CE3. Abaixo segue uma descrição detalhada dos procedimentos realizados em cada local:

CE1- Ambulatório de Psiquiatria da Infância e da Adolescência/Unicamp

A equipe médica do ambulatório, composta por docentes e residentes, realizavam a avaliação clínica e o diagnóstico de TEA seguindo os critérios estabelecidos pelo DSM -5 e CID-10. Além disso, quando necessário, uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogos e fonoaudiólogos eram convocados para avaliações mais específicas.

Para a coleta de dados, a pesquisadora verificava os prontuários e os casos que apresentavam o diagnóstico de TEA eram previamente selecionados e seus atendimentos eram acompanhados para, posteriormente, serem convidados a participarem da pesquisa. Caso o responsável concordasse em participarem, a avaliação era realizada imediatamente após a consulta médica. Em algumas situações, entretanto, quando o participante não tinha a disponibilidade para aguardar ou não havia sala disponível, a avaliação era agendada para a data do próximo atendimento. A pesquisadora aplicou o instrumento AMSE e o questionário CBCL. O instrumento de avaliação CARS-BR foi aplicado no grupo de TEA por avaliadores independentes cegos a pontuação do AMSE. Essa metodologia foi adotada porque possíveis problemas devido à reatividade ou viés do observador devem ser controlados em qualquer estudo observacional ^[35].

Em relação ao grupo controle, os participantes eram acompanhados por esta mesma equipe e ambulatório e os diagnósticos realizados eram baseados no DSM-5 e CID 10, eliminando assim a hipótese de algum participante controle ter TEA.

CE2- Associação para o Desenvolvimento dos Autistas em Campinas-ADACAMP

É uma instituição filantrópica, que atende crianças, adolescentes e adultos com TEA oferecendo tratamentos terapêuticos e apoio ao familiar. Cada participante tem a sua rotina clínica de acordo com as suas necessidades.

Para a inclusão da criança ou do adolescente autista na ADACAMP é necessário que os mesmos sejam encaminhados por médicos através de um laudo clínico satisfazendo os critérios do CID -10 e DSM -IV e DSM-5 para o diagnóstico

de TEA. Posteriormente, eles são avaliados pelo médico psiquiatra e equipe multidisciplinar da instituição para uma investigação minuciosa de TEA .

Para a realização desta pesquisa na ADACAMP foram acordadas algumas regras com a direção institucional:

- Nos horários de entrada (08h00min – turma da manhã) e (13h00min – turma da tarde) foram realizados os convites para os pais ou cuidadores para participarem da pesquisa.
- Os responsáveis que concordaram em participar do estudo foram convidados a realizarem a avaliação no mesmo dia. Quando necessário, o dia da avaliação foi agendado para uma data que foi definida junto aos responsáveis.
- No dia da avaliação, caso o participante estivesse em atendimento, ele seria liberado para observação e aplicação das escalas juntamente com o responsável. Quando possível, a avaliação seria feita antes dos atendimentos.
- Um avaliador independente, cego à pontuação do AMSE, foi convidado a ir juntamente com a pesquisadora principal à ADACAMP para realizar a aplicação da CARS-BR. Primeiramente, foi realizada a aplicação da CARS-BR, por este avaliador, em uma sala disponível para os atendimentos e, após a aplicação, o mesmo se retirava e a pesquisadora principal seguia com as outras avaliações.

Assim como no Ambulatório de Psiquiatria da Unicamp, o instrumento CARS-BR foi aplicado por um avaliador cego à pontuação do AMSE.

CE3- Centro de Atenção à Aprendizagem e ao Comportamento Infantil – CASULO – São João da Boa Vista – SP.

O casulo atende crianças com queixas escolares, relacionadas às dificuldades de aprendizagem e/ou problemas de comportamento, cujo impacto impede a adaptação da criança no ambiente escolar. Os encaminhamentos são realizados pelas escolas, sempre no mês de junho e novembro. O processo de seleção e triagem para a inserção no CASULO é realizado no mês de julho e

dezembro. O CASULO prioriza os familiares que são carentes de recursos financeiros. O processo de triagem se dá em algumas etapas, sendo elas:

1: a família é convocada para uma anamnese clínica sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento infantil e história de vida.

2: a criança é avaliada através de testes psicológicos para descartar a hipótese de déficit intelectual. Inicialmente utiliza-se o teste de inteligência não verbal “Escala de Maturidade Mental Colúmbia” e, posteriormente, são submetidos a uma avaliação de triagem escolar, classificadas em três níveis:

a- aspectos básicos: atividades de conhecimentos gerais, geralmente aplicados em crianças menores.

b- avaliação da leitura, escrita e aritmética.

c- avaliação da leitura e problemas matemáticos mais complexos.

Se nestas duas intervenções houver uma suspeita de déficit intelectual ou TEA moderado e grave, a criança é submetida a uma avaliação mais abrangente de inteligência utilizando-se o teste de inteligência “Escala Wechsler Abreviada de Inteligência – WASI” e uma avaliação do comportamento adaptativo. Caso a suspeita se confirme, a criança é encaminhada para instituição específica. Se o déficit intelectual e o TEA moderado e grave forem descartados pela equipe multiprofissional, a criança é encaminhada para intervenções de leitura, escrita e consciência fonológica, além do raciocínio lógico matemático e desenvolvimento moral. Os casos diagnosticados com suspeita de TEA leve passam por um período de observação de quatro meses enquanto recebem a intervenção. O Casulo se mantém com verbas recebidas pela prefeitura e com eventos e cursos ofertados pela própria instituição.

Participaram desta avaliação as crianças que apresentavam dificuldade de aprendizagem confirmada pela equipe multiprofissional. As crianças tinham dias e horários específicos para a intervenção e a pesquisadora se propôs a ir nestes dias para atendê-las.

Para a realização desta pesquisa, foram convidados os pais nos momentos em que eles aguardavam os atendimentos dos filhos (as). Os responsáveis que concordassem em participar do estudo eram convidados a ir com a pesquisadora a uma sala, após o atendimento dos filhos (as). O grupo controle foi submetido ao AMSE e ao CBCL ^[27,30,36]. A CARS-BR não foi aplicada neste grupo, justamente por

ser uma população específica que já passou por equipe multiprofissional para avaliação clínica e diagnóstica.

7.3 População de estudo

A amostra foi obtida por conveniência, sendo composta por um total de 260 crianças e adolescentes entre 3 a 18 anos. Os sujeitos foram divididos em dois grupos: Grupo 1 (G1) composto por 130 crianças e adolescentes com TEA (Transtorno do Espectro de Autismo); Grupo 2 (G2) composto por 130 crianças e adolescentes sem TEA. Deste total, o G1 foi composto de 80 sujeitos que frequentavam a ADACAMP e 50 sujeitos acompanhados pela Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas da Unicamp, todos com hipótese diagnóstica de TEA. Para o G2, 90 sujeitos eram acompanhados neste mesmo ambulatório, porém com outros diagnósticos que não o TEA, e 40 sujeitos foram os alunos que frequentavam o CASULO que também não tinham o diagnóstico de TEA.

O tamanho da amostra foi baseado em um estudo preliminar do AMSE realizado na Argentina por Sebastian Cukier (IMFAR. San Sebastian, 2013. Poster Presentation) que obteve uma amostra de 150 sujeitos autistas. Uma prévia deste estudo foi apresentada em São Paulo no Congresso Internacional de Autismo na Vida Adulta: Ciência, Sociedade e Realidade em abril de 2015. O estudo está em fase de publicação ^[37].

7.4 Aspectos Éticos

Todos os sujeitos incluídos no estudo, em ambos os grupos, possuem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis, concordando com a aplicação dos questionários (apêndice 1).

Este projeto foi aprovado, em seus aspectos éticos e metodológicos, do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp de acordo com as diretrizes e normas (Parecer 1.095.541, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 44879715.4.0000.5404).

Este estudo foi também submetido à autorização de Dr. David Grodberg, autor do AMSE, que concedeu a autorização para realização da pesquisa, visando identificar evidências de validade do AMSE em uma amostra brasileira (apêndice 3).

7.5 Análises Estatísticas

Os dados foram analisados utilizando-se os programas The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.4 e o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 16.0 [38,39].

Foi realizada uma análise exploratória de dados para descrever o perfil da amostra, utilizando-se as variáveis dos escores totais (CARS-BR e AMSE), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo [40,41,42].

Foi utilizado o teste de Spearman para verificar a correlação entre os escores totais das escalas de avaliação AMSE e CARS-BR. Como medida de consistência interna, foi realizado o coeficiente Alpha de Cronbach a fim de verificar a homogeneidade dos itens do AMSE [40,41,42].

Para avaliação da sensibilidade e da especificidade do instrumento foi utilizada a curva Receiver Operator Characteristic ROC. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% [40,41,42].

8. Resultados

Os resultados indicaram que tanto no grupo TEA quanto no grupo controle, o ensino público foi predominante e, ambos, com uma media salarial de 3 a 4 salários mínimos. Houve predomínio do gênero masculino nos dois grupos. Os dados sociodemográficos estão detalhados na tabela 2:

Tabela 2: Dados Sociodemográficos do grupo TEA e grupo Controle.

Variável	Grupo TEA (n. 130)	Grupo Controle (n.130)	p
Idade do participante (M, DP)	8.2 ± 3.1	10.1 ± 3.0	<.0001 ^a
Gênero (n, %)			
Masculino	106 (81.5%)	98 (75.4%)	0.23 ^b
Feminino	24 (18.5%)	32 (24.6%)	
Cor de pele			-
Branco (n, %)	88; (68.2%)	81; (62.3%)	
Pardo (n, %)	29; (22.5%)	35; (26.9%)	
Amarelo (n, %)	1; (0.8%)	0; (0.0%)	
Negro (n, %)	12; (8.5%)	14; (10.8%)	
Tipo de ensino (n, %)	91 (70.0%)	120 (93.0%)	<.0001 ^b
Ensino público	11 (8.5%)	4 (2.3%)	
Ensino particular	23 (17.7%)	0 (0.0%)	
APAE	5 (3.8%)	6 (4.7%)	
Não frequenta escola			
Renda familiar (N,%)	30 (23.1%)	50 (40.3%)	<.00064 ^c
Até 2 salários	84 (64.6%)	65 (52.4 %)	
De 3 a 4 salários	12 (9.2%)	9 (7.3%)	
De 5 a 10 salários	4 (3.1%)	0 (0.0%)	
Acima de 11 salários			
Idade da mãe (M, DP)	37.4 ± 7.0	38.5 ± 7.0	<.0001 ^a
Idade do pai (M, DP)	40.0 ± 7.5	41.1 ± 8.6	
Escolaridade da mãe (M, DP)	10.4 ± 3.1	9.0 ± 3.1	
Escolaridade do pai (M, DP)	10.3 ± 2.9	8.6 ± 3.5	

M= Média; DP= Desvio Padrão; N= Número.

a= Baseado em teste de Mann –Whitney.

b= Baseado no teste do Qui-quadrado.

c= Baseado em texto Exato de Fisher.

A média de idade para realização de um diagnóstico foi de 3,9 anos para o grupo TEA e de 7,0 anos para o grupo controle. Em relação ao uso de medicação, 171 (65.8%) da amostra faziam uso de psicofármacos e três foram considerados significativos: o uso de antidepressivos, antipsicóticos e psicoestimulantes. Sendo que, os antidepressivos e os psicoestimulantes foram predominantes no grupo controle e o uso de antipsicóticos foi predominante no grupo TEA. Na tabela 3, estão expostos os dados clínicos do grupo TEA e grupo Controle:

Tabela 3: Dados clínicos do grupo TEA e grupo Controle:

Variável	TEA (130)	Controle (130)	Total (260)	p
Idade de diagnóstico (n; M; DP)	3.9 ± 2.5	7.0 ± 2.8	5.5 ± 3.1	<.0001^a
Classe de Psicofármacos				
Toma medicação (n; %)				0.36 ^b
Sim	82; (63.1%)	89; (68.5%)	171; (65.8%)	
Não	48; (36.9%)	41; (31.58%)	89; (34.2%)	
Antidepressivos (n; %)				<.0001^b
Sim	6; (4.6%)	49; (37.7%)	55; (21.2%)	
Não	124; (95.4%)	81; (62.3%)	205; (78.8%)	
Antipsicóticos (n; %)				<.0001^b
Sim	73; (56.2%)	29; (22.3%)	102; (39.2%)	
Não	57; (43.8%)	101; (77.7%)	158; (60.8%)	
Estabilizadores do humor (n; %)				0.23 ^b
Sim	12; (9.2%)	7; (5.4%)	19; (7.3%)	
Não	118; (90.8%)	123; (94.6%)	241; (92.7%)	
Ansiolítico (n; %)				0.28 ^c
Sim	2; (1.5%)	6; (4.6%)	8; (3.1%)	
Não	128; (98.5%)	124; (95.4%)	252; (96.9%)	
Psicoestimulantes (n; %)				<.0001^b
Sim	4; (3.1%)	34; (26.2%)	38; (14.6%)	
Não	126; (96.9%)	96; (73.8%)	222; (85.4%)	

M= Média; DP= Desvio Padrão; N= Número.

a= Baseado em teste de Mann –Whitney.

b= Baseado no teste do Qui-quadrado.

c= Baseado em texto Exato de Fisher.

Um total de 260 participantes participou deste estudo, sendo 204 participantes do gênero masculino e 56 participantes do gênero feminino (M: 9.1, DP: 3.4). Em relação, ao grupo de abaixo de cinco anos, houve diferença significativa no tamanho da amostra, sendo 33 participantes com TEA abaixo de cinco anos e oito participantes controles abaixo de cinco anos. Foi predominante no grupo TEA os participantes de quatro anos e no grupo controle, de cinco anos. Na tabela 4 está disposta a quantidade de participantes em relação à idade.

Tabela 4: Relação dos Participantes TEA e Controle.

Idade TEA	n	Idade Controle	n
3 anos	4	3 anos	2
4 anos	16	4 anos	2
5 anos	13	5 anos	4
Total	33	Total	8
6 a 9 anos	57	6 a 9 anos	51
10 a 13 anos	28	10 a 13 anos	53
Acima de 14	12	Acima de 14	18
Total	130	Total	130

Idade dos participantes de 3 a 18 anos

n = número

Dados dos pacientes com TEA:

A pontuação estabelecida pela CARS- BR é dividida em três categorias definidas por grau do autismo. Para a classificação de TEA no grupo 1, destacaram – se: não autista (4,6%), levemente/moderadamente autista (46,2%) e severamente autista (49,2%). A CARS-BR foi aplicada por um segundo avaliador cego à pontuação do AMSE. A média de escore total do grupo TEA encontrada na CARS-BR foi de 37.53 ± 6.7 . Deste total, 20 (15,3%) pacientes tinham Epilepsia e 6 (4,6%) eram portadores da Síndrome do X-frágil. Estes dados foram reportados pelos pais ou cuidadores. Os pacientes com TEA que responderam a CARS-BR, 24 (18,4%) eram do gênero feminino e 105 (80,7%) eram do gênero masculino, apresentando diferença significativa o gênero $p= 0.2317$.

Dados dos controles:

A amostra do grupo controle foi composta por participantes com diagnósticos clínicos que não o TEA, classificados pelos critérios do DSM –IV, respectivamente: Transtorno de Aprendizagem (n =46); Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH (n =25); Transtorno Depressivo ou de Ansiedade (n =24); Transtorno de Oposição (n =18); Transtorno Disruptivo (n =17); Transtorno Hiperactivo (n =13); Transtorno Fóbico – Ansioso (n =4); Transtorno Obsessivo Compulsivo (n=1). Alguns pacientes tinham duas hipóteses diagnósticas, como Transtorno de Aprendizagem e TDAH ou Transtorno de Oposição e TDAH, por exemplo. A média para o escore geral no AMSE foi de 7 pontos para o grupo TEA e para o grupo controle, a pontuação não ultrapassou 3 pontos. Todos os itens do AMSE apresentaram diferenças significativas entre o grupo TEA e controle, assim como esperado, exceto o item 5 (pragmática da linguagem). Isso porque os pacientes graves receberam uma pontuação de 0 por não ter a capacidade da linguagem e os controles por pontuarem, no item “não prejudicado” também recebeu 0 na pontuação final. Na tabela 5, estão expostos os resultados de cada item do AMSE pontuados pelos respectivos grupos.

Tabela 5. Pontuação do grupo TEA e grupo controle no AMSE

Variáveis (n; %)	Grupo TEA	Grupo Controle	Total	p
1. Contato Visual				
Maior ou igual a 3	45; (34.6%)	128; (98.5%)	173; (66.5%)	
Transitório	55; (42.3%)	2; (1.5%)	57; (21.9%)	
Nenhum	30; (23.1%)	0; (0.0%)	30; (11.5%)	<.0001 ^b
2. Interesse nos outros				
Inicia a interação	17; (13.1%)	94; (72.3%)	111; (42.7%)	
Responde passivamente	60; (46.2%)	35; (26.9%)	95; (36.5%)	
Sem interesse	53; (40.8%)	1; (0.8%)	54; (20.8%)	<.0001 ^b
3. Capacidade para apontar				
É capaz de apontar	67; (51.5%)	130; (100%)	197; (75.8%)	
Somente acompanha o olhar	30; (23.1%)	0; (0.0%)	30; (11.5%)	
Nenhuma	33; (25.4%)	0; (0.0%)	33; (12.7%)	<.0001 ^b
4. Linguagem				
É capaz de falar de outro lugar	31; (23.8%)	130; (100%)	161; (61.9%)	
Palavras soltas, menos que 3	58; (44.6%)	0; (0.0%)	58; (22.3%)	
Não verbal	41; (31.5%)	0; (0.0%)	41; (15.8%)	<.0001 ^b

Continuação - Tabela 5:

5. Pragmática da linguagem				
Não se aplica e não prejudicada	129; (99.2%)	130; (100%)	259; (99.6%)	
Observada	1; (0.8%)	0; (0.0%)	1; (0.4%)	-
6. Comportamento repet./estereotipado.				
Nenhum	11; (8.5%)	121; (93.1%)	132; (50.8%)	
Comport. Compulsivo/rotina	13; (10.0%)	7; (5.4%)	20; (7.7%)	
Estereotipias/ecolalias	106; (81.5%)	2; (1.5%)	108; (41.5%)	<.0001b
7. Preocupações				
Nenhuma	67; (51.5%)	130; (100%)	197; (75.8%)	
Relatada	45; (34.6%)	0; (0.0%)	45; (17.3%)	
Observada	18; (13.8%)	0; (0.0%)	18; (6.9%)	<.0001b
8. Sensibilidade incomum				
Nenhuma	10; (7.7%)	118; (90.8)	128; (49.2%)	
Relatada	109; (83.8%)	12; (9.2%)	121; (46.5%)	
Observada	11; (8.5%)	0; (0.0%)	11; (4.2%)	<.0001b

b= Baseado no teste do Qui- Quadrado.

Neste estudo, foram investigados quais os itens do AMSE estão significativamente correlacionados com os itens da CARS- BR. Diante destes resultados, o item 1 “interesse nos outros” do AMSE está correlacionado com o item 1, “relações pessoais” da CARS-BR; o item “capacidade para apontar” do AMSE está correlacionado com o item 12 da CARS-BR “comunicação não verbal”; o item “linguagem” do AMSE, está correlacionado com o item 11 “comunicação verbal” da CARS-BR; o item “comportamento repetitivo e estereotipado” do AMSE está correlacionado com o item 4 “uso corporal” e o item 6 “resposta a mudança” da CARS-BR; o item “preocupações” do AMSE está correlacionado com o item 5 “uso de objetos” e o item 6 “resposta a mudança” da CARS-BR e, por último, o item “sensibilidade incomum” do AMSE está correlacionado com o item “resposta e uso do paladar, tato e olfato da CARS-BR. Estes itens podem ser observados na tabela 6.

Tabela 6. Itens do AMSE e CARS-BR estatisticamente significativas.

Variáveis do AMSE	Variáveis da CARS-BR	ρ - (Spearman)	p - valor
(1) Interesse nos outros	(1) Relações pessoais	0.57 ^a	<.0001 ^b
(3) Capacidade para apontar	(12) Comunicação não verbal	0.41 ^a	<.0001 ^b
(4) Linguagem	(11) Comunicação verbal	0.73 ^a	<.0001 ^b
(6) Comport. repetit/estereotipado	(4) Uso corporal	0.55 ^a	<.0001 ^b
(6) Comport. repetit/estereotipado	(6) Resposta a mudanças	0.12 ^a	0.3220 ^b
(7) Preocupações	(5) Uso de objetos	0.18 ^a	0.0117 ^b
(7) Preocupações	(6) Resposta a mudanças (9) Resposta e uso do	0.10 ^a	0.0262 ^b
(8) Sensibilidade incomum	paladar/tato/olfato	0.04 ^a	<.0001 ^b

a= baseado no teste de Correlação de Spearman.

b= baseado no teste Exato deFisher

* indica as variáveis do AMSE significativamente relacionadas a itens da CARS-BR.

A pontuação obtida no AMSE foi comparada a pontuação obtida na CARS-BR a fim de se estimar a validade convergente, que é uma forma de validação externa que visa comparar as medidas de resultados entre estas duas escalas. O AMSE apresentou forte correlação quando comparada a CARS-BR indicando um coeficiente de correlação de Spearman de $\rho = 0.91$, $p < .0001$.

A confiabilidade da escala foi avaliada através da análise da consistência interna estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach, que é uma medida capaz de verificar se o instrumento pode inferir aquilo que se propõe ^[43]. Nesta ferramenta, obteve-se o valor 0,74 de consistência interna. Nesta análise, o item 5 do AMSE, pragmática da linguagem, se correlacionou negativamente em relação aos demais itens $\rho = -.151029$. Enquanto os itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 indicavam um aumento na gravidade do autismo de 0 para 2 pontos, o item 5 indicava o contrário, isto é, os pacientes mais graves receberam uma pontuação de 0 ao invés de 2, por não apresentarem linguagem ou tê-la muito empobrecida. A maioria dos pacientes do grupo TEA apresentou algum comprometimento em linguagem, sendo aqueles que falavam frases curtas ou sentenças mal elaboradas não estabelecendo uma conversação ou foram pacientes não verbais. Na tabela 7 serão apresentadas as correlações entre os oito itens do AMSE.

Tabela 7. Análise da consistência interna dos itens AMSE indicando um aumento do Alpha ao retirar os itens abaixo:

Variáveis do AMSE	Correlação entre itens	Alpha
1. Contato visual	0.599478	0.679952
2. Interesses nos outros	0.741529	0.650723
3. Capacidade para apontar	0.764420	0.632725
4. Linguagem	0.740165	0.645733
5. Pragmática da linguagem	-.151029	0.767552
6. Comp./rep/estereotipado	0.393955	0.724100
7. Preocupações	0.053637	0.791712
8. Sensibilidades incomuns	0.124800	0.758119

Confiabilidade do instrumento AMSE = 0.74.

Foi realizada a análise da curva ROC a fim de obter o melhor ponto de corte para crianças e adolescentes entre 3 a 18 anos de idade. A acurácia da curva ROC foi de 99.6% produzindo uma sensibilidade de 0.91 e especificidade de 0.98. O valor preditivo positivo (VPP) encontrado foi de 0.98 e o valor preditivo negativo (VPN) foi de 0.93. Estes resultados indicam que o ponto de corte de ≥ 4 pontos sugere autismo. Destaca-se que o ponto de corte de ≥ 5 , a sensibilidade diminuiu para 0.80, mas a especificidade aumentou para 1.00. Os resultados podem ser verificados na tabela 8 e figura 4.

Tabela 8: Sensibilidade e especificidade em relação ao DSM destacando o melhor ponto de corte no AMSE (n: 260).

Ponto de corte - AMSE	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
1	1.00	0.55	0.67	1.00
2	1.00	0.89	0.89	1.00
3	0.92	0.90	0.90	0.94
4	0.91	0.98	0.98	0.93
5	0.80	1.00	1.00	0.85
6	0.67	1.00	1.00	0.77
7	0.58	1.00	1.00	0.72
8	0.49	1.00	1.00	0.68
9	0.40	1.00	1.00	0.64
10	0.33	1.00	1.00	0.62
11	0.24	1.00	1.00	0.59
12	0.10	1.00	1.00	0.55
13	0.01	1.00	1.00	0.52
14	0.00	1.00	1.00	0.52

VPP = Valor preditivo positivo
VPN = Valor preditivo negativo

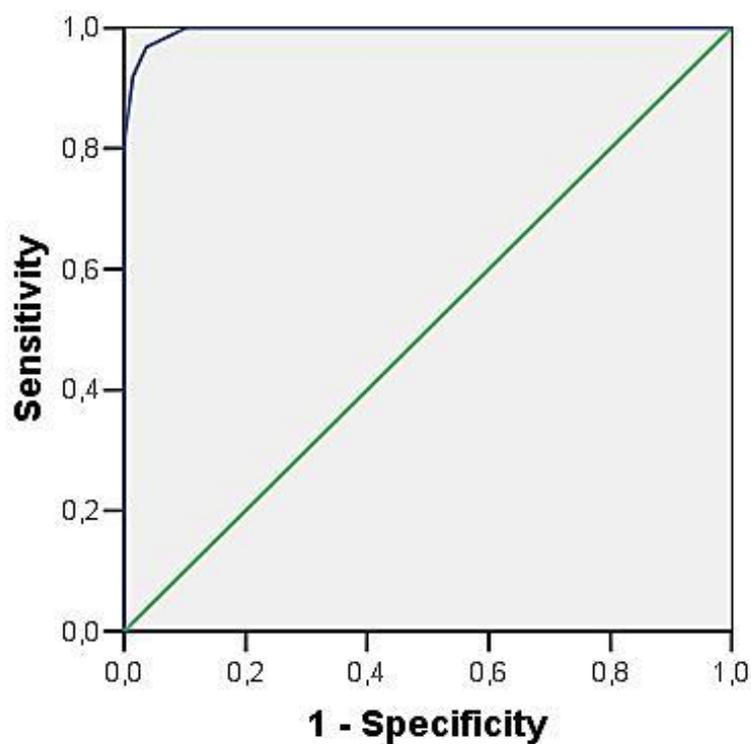


Figura 4. Curva ROC para o AMSE.

Para discriminar o autismo grave no AMSE, investigaram-se as classificações dos escores pontuados pela CARS-BR, discriminando o autismo leve e moderado do autismo grave. Estes valores indicaram que o corte ≥ 8 sugere um autismo grave. Os resultados podem ser observados na tabela 9 e figura 5.

Tabela 9. Sensibilidade e especificidade em relação à CARS-BR para Discriminar a gravidade de TEA no AMSE (130).

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
1	1.00	0.00
3	1.00	0.07
4	1.00	0.24
5	1.00	0.48
6	0.95	0.68
7	0.92	0.81
8	0.83	0.92
9	0.73	0.98
10	0.61	0.98
11	0.50	1.00
12	0.23	1.00
13	0.02	1.00
14	0.00	1.00

Nota: AMSE – Exame do Estado Mental do Autismo.

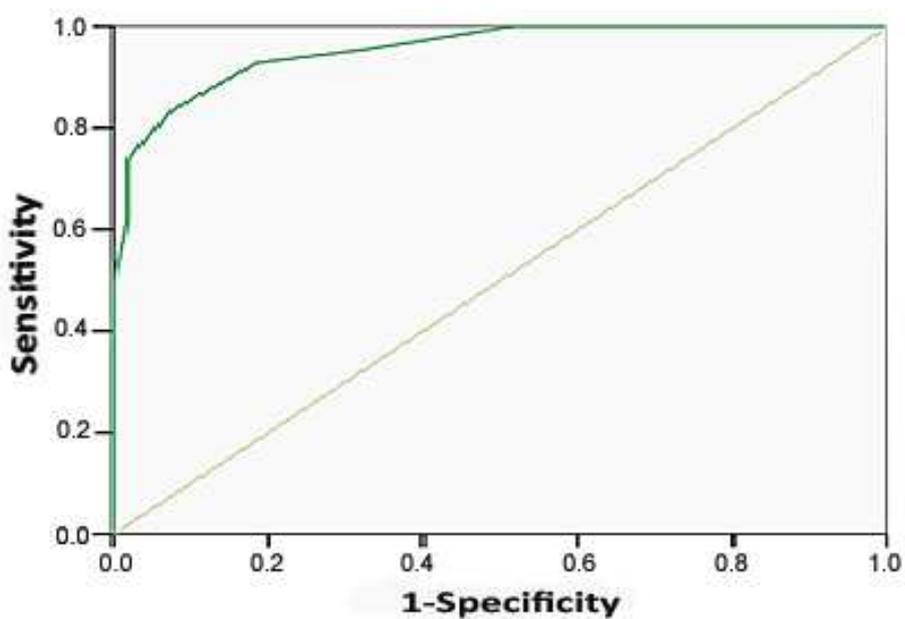


Figura 5. Curva ROC para gravidade no AMSE.

9. Discussão

9.1. Dimensões clínicas e Sociodemográficas.

Analisando brevemente a característica clínica dos participantes foi possível observar uma diferença significativa entre as idades no grupo TEA e controle, sendo a média de idade de oito anos para o grupo TEA e dez anos para o grupo controle. A média de idade de diagnóstico para o grupo TEA foi de quatro anos, o que corrobora com dados da literatura que classifica a idade média de diagnóstico entre quatro e cinco anos, sendo que, na maioria das vezes, a confirmação clínica é realizada por volta dos cinco anos e meio e esta média é ainda mais tardia para centros de poucos recursos e acesso ilimitado a profissionais especialistas ^[9]. Uma pesquisa conduzida pela Faculdade de Medicina da Pensilvânia – EUA realizou um estudo epidemiológico em que avaliou diversos estudos publicados entre 1990 a 2012 que investigaram os fatores associados à idade de diagnóstico cujos resultados indicaram que um nível sócio econômico alto, gravidade do transtorno e sistema de saúde de apoio familiar favorecem o diagnóstico precoce ^[12].

No que se referem às características sociodemográficas do grupo TEA, destacou-se o tipo de ensino dos participantes, sendo a maioria frequentadora do ensino público, a média de idade das mães foi de 37 anos e para o pai foi de 40 anos e em ambos os grupos, os pais tinham aproximadamente 8 a 10 anos de escolaridade. A média encontrada no grupo controle foi parecida com os achados do grupo TEA, cuja maioria dos participantes era proveniente do ensino público, a média de idade da mãe era de 38 anos e do pai era de 41 anos.

Em relação ao diagnóstico clínico do grupo controle, os diagnósticos foram divididos em oito categorias clínicas, sendo eles: Transtorno de Aprendizagem (n=46); Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH (n=25); Transtorno Depressivo ou de Ansiedade (n=24); Transtorno de Oposição (n=18); Transtorno Disruptivo (n=17); Transtorno Hiperativo (n=13); Transtorno Fóbico – Ansioso (n=4); Transtorno Obsessivo Compulsivo (n=1). Alguns pacientes tinham duas hipóteses diagnósticas, como Transtorno de Aprendizagem e TDAH ou Transtorno de Oposição e TDAH, por exemplo. Estes diagnósticos são recorrentes, no Ambulatório de Psiquiatria em questão, o que corrobora com uma pesquisa de

meta – análise que incluiu 41 estudos realizados em 27 países de todas as regiões do mundo que apontou a prevalência mundial de desordens mentais em crianças e adolescentes mais diagnosticados: Transtorno de Ansiedade (6,5%), para o Transtorno Depressivo (2,6%), para o Transtorno de Hiperatividade do Déficit de Atenção (3,4%) e para o Transtorno Disruptivo (5,7%) [44]. Destaca-se nesta amostra, uma maior porcentagem de casos atendidos por transtornos de aprendizagens, o que é justificado, por parte dos atendimentos terem sido realizados em um centro especializado para crianças com dificuldade em aprendizagem.

9.2 Relações entre os instrumentos AMSE e CARS-BR

Nos estudos de Grodberg [31; 32], o instrumento Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS foi utilizado para determinar a classificação diagnóstica de autismo. Em nosso estudo foi utilizado a CARS- BR por ser um instrumento mais acessível, padronizado e validado para a população brasileira em 2007 e também por ser utilizado mundialmente para a classificação de TEA nos níveis “leve, moderado e grave” [21]. O ADOS, apesar de ser um instrumento considerado “padrão ouro” exige treinamento e tem custo elevado [18].

Investigando a correlação dos itens do AMSE com os itens da CARS-BR, destacaram-se que os itens do AMSE está correlacionado com, pelo menos, 8 itens da CARS-BR apresentando diferenças significativas. Isso foi observado também ao investigar a medida da validade convergente entre o AMSE e a CARS-BR, que é uma forma de validação externa que visa comparar as medidas de resultados entre estas duas escalas, e seus resultados indicaram que o AMSE foi sensível para discriminar os níveis de autismo quando comparado a outro instrumento que mede a mesma intenção, sugerindo assim que ambas as escalas estão significativamente correlacionadas.

Conclui-se que o ponto de corte adotado ≥ 4 produziu uma boa sensibilidade e boa especificidade em nossa amostra e as características psicométricas da versão em português do AMSE foram semelhantes ao primeiro estudo do AMSE [31] que encontrou boas estimativas de sensibilidade (0.94) e de especificidade (0.81) com um corte ≥ 5 em uma amostra de pacientes de 18 meses a 38 anos e em outra amostra de 45 pacientes com idade entre 36 meses a 12 anos com sintomatologia

de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) cujo ponto de corte ≥ 5 pontos produziu uma sensibilidade (0.83) e especificidade de (0.90) ^[45]. Caso fosse considerado o ponto de corte ≥ 5 pontos para a nossa amostra, como encontrado na literatura internacional, a sensibilidade diminuiria, mas a especificidade aumentaria.

É importante destacar que as pesquisas com o AMSE, até então publicadas, foram realizadas em um centro de pesquisa com uma amostra de pacientes de alto risco, entretanto, em nossa amostra, os participantes foram classificados tanto no nível leve a moderado quanto no nível grave de TEA pela CARS-BR resultando, provavelmente, em um ponto de corte menor.

Em 2015, a equipe de Grodberg, aplicou o AMSE em uma amostra de alto risco de crianças de 18 meses a cinco anos com suspeita de autismo, obtendo resultados promissores para esta faixa etária, indicando um corte de 6 pontos produziu uma sensibilidade de (0.94) e especificidade de (1.00) ^[32]. Uma limitação em nossa pesquisa foi o fato de o grupo controle abaixo de cinco anos ter sido pequeno, não possibilitando a análise da curva ROC para um ponto de corte mais específico para esta faixa etária, entretanto, a fim de obter este objetivo, um número maior de pacientes controles estão em atendimento e seus resultados serão publicados em breve.

A consistência interna do AMSE medido pelo coeficiente α de Cronbach é considerada moderada e valores entre 0.6 e 0.7 indicam uma consistência interna aceitável ^[46]. Tal medida também foi encontrada na pesquisa de Grodberg ^[32] (0.72), em que os autores sugerem que a consistência tenha sido moderada pelo fato do AMSE ter poucos itens e, um maior número de itens aumentaria, provavelmente, a consistência interna do instrumento.

Em nossa amostra, todos os itens do AMSE se correlacionaram positivamente, exceto o item 5 (pragmática da linguagem), porque neste item pontuou-se 0 “não se aplica” aos participantes que não tinham linguagem ou que tinham uma linguagem empobrecida (grupo TEA), enquanto aqueles que tinham a linguagem preservada (grupo controle), pontuou-se o item “não prejudicado”, o que de certa forma, também recebeu uma pontuação de 0. Essa forma de pontuação acarretou uma correlação negativa no item 5 em relação aos demais que estão se correlacionando positivamente, pois enquanto os itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, e 8 indicavam gravidade de TEA, de 0 a 2, o paciente com prejuízo na pragmática da linguagem pontuou 0, pois

o item não foi aplicado. Isto foi observado na maioria dos pacientes do grupo TEA em que 46,2% foram classificados como levemente/moderadamente autista e 49,2% como severamente autista, ou seja, eram participantes com maior grau de TEA, que conseqüentemente tinham prejuízo no desenvolvimento da fala ou conversação. Uma sugestão para que todos os itens possam se correlacionar positivamente, sugere - se o uso da pontuação invertida neste item, ou seja, pontuar a questão 5 por índice de gravidade de 1 a 2 pontos. Tal medida, proporcionaria um aumento de 2 pontos na consistência interna do instrumento 0.76.

Para discriminar o autismo grave no AMSE, investigaram-se as classificações dos escores pontuados pela CARS-BR, discriminando o autismo leve e moderado do autismo grave. Estes valores indicaram que o corte ≥ 8 sugere um autismo grave.

Algumas limitações são destacadas neste estudo, entre elas, está o fato da versão brasileira do AMSE ter sido aplicado por uma psicóloga com experiência em autismo, o que contribui positivamente para uma investigação minuciosa durante o atendimento, entretanto, uma avaliação de confiabilidade entre avaliadores com diferentes níveis de experiência em TEA foi realizada por Grodberg ^[32] indicando uma boa confiabilidade entre avaliadores, sugerindo que os clínicos sem experiência podem ser capazes de administrar o AMSE de maneira confiável. Além disso, o treinamento on line é capaz de capacitar o profissional para a aplicação do instrumento e suas formas de pontuação. Recomenda-se que estudos futuros possam ser realizados por clínicos com diferentes níveis de experiência em autismo ^[32]. Destaca-se também o fato da amostra não ter sido pareada por níveis de idade, resultando em um número pequeno de crianças do grupo controle abaixo de 5 anos de idade. Outra limitação foi não ter sido classificado o nível de funcionamento cognitivo das crianças e adolescentes com autismo, embora os controles não apresentassem déficit cognitivo, este fator não foi controlado no grupo TEA. Pesquisas futuras podem considerar estes fatores e seria relevante discriminar pacientes com TEA e pacientes com déficit intelectual sem TEA.

10. Conclusão

De acordo com os resultados apresentados, o AMSE demonstrou ser uma ferramenta de grande utilidade pública para o contexto brasileiro, podendo funcionar

como referência para avaliação clínica do estado mental de crianças e adolescentes com TEA durante o primeiro atendimento.

O AMSE é um instrumento de baixo custo, de fácil aplicação podendo ser utilizado por médicos pediatras, psiquiatras, neurologistas, psicólogos e outros profissionais de saúde desde que tenham algum conhecimento sobre o TEA. Um diferencial do AMSE, em relação aos outros instrumentos, é ser a primeira escala com estudos de validade considerando os critérios diagnósticos do DSM-5. Em relação à CARS-BR, o AMSE difere no tempo de aplicação e custo. Em nossa amostra, apresentou boas estimativas de sensibilidade e especificidade corroborando os resultados encontrados na literatura internacional.

O AMSE não é um instrumento de diagnóstico único, sua principal utilidade é apoiar o julgamento clínico e, quando necessário, sinalizar para a necessidade de encaminhamentos para avaliações mais completas e especializadas. É útil para o rastreio de autismo e objetiva preencher a lacuna da falta de instrumentos breves que avaliem o exame do estado mental do autismo no Brasil.

Referências Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition TR.
2. Kanner, L. (1971). Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(2), 119–145.
3. American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II. American Psychiatric Publications.
4. Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8(2), 139–161.
5. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition,
6. American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised) (DSM-III-R). Washington, DC: The Association.
7. WHO. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (International Classification of Diseases)(ICD) 10th Revision - Version:2010. Occupational Health (Vol.1).
8. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).
9. KLIN, A. Autism and Asperger syndrome: an overview. Yale Child Study Center Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA. *Brazilian Journal of Psychiatry*. São Paulo, v. 28.
10. Disease Control, C., & Prevention. (2012). Prevalence of autism spectrum disorders--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. (Washington, D.C. : 2002), 61(3), 1–19.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. (Washington, D.C. : 2002), 63(2), 1–21.
12. Schieve, L. A., Rice, C., Yeargin, A. M., Boyle, C. A., Kogan, M. D., Drews, C., Devine, O. (2012). Parent-reported prevalence of autism spectrum disorders in US-born children: An assessment of changes within birth cohorts from the 2003 to the 2007 national survey of children's health. *Maternal and Child Health Journal*.

13. Hansen, S. N., Schendel, D. E., Parner, E. T. (2015). Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders. *JAMA Pediatrics*, 169 (1): 56.
14. Fakhoury, M. 2015. "Autistic Spectrum Disorders: A Review of Clinical Features, Theories and Diagnosis." *International Journal of Developmental Neuroscience*. 43 (2): 70 -77.
15. 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 (3): 221–29.
16. Bosa, C.A. 2006. "Autism: Psychoeducational Intervention." *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)* 28 Suppl 1 (Supl I): S47–53.
17. Gura, G F, M T Champagne M.T., Siegfried, J.E.B. 2011. "Autism Spectrum Disorder Screening in Primary Care." *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP* 32 (1): 48–51.
18. Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E.H., Leventhal, B.L., Dilavore, P.C., et al. 2000. "The Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic : A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism." *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 30 (3): 205–23.
19. Becker, M.M, Wagner, M.B., Bosa, C,A., Schmidt, C., Papaleo, D.L.C., Riesgo, R.S. 2012. "Translation and Validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for Autism Diagnosis in Brazil." *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 70 (3): 185–90.
20. Marques, D. F., and Bosa., C.A. 2015. "Protocolo de Avaliação de Crianças Com Autismo: Evidências de Validade de Critério." *Psicologia: Teoria E Pesquisa* 31 (1): 43–51.
21. Pereira, A., Riesgo, R.S., Wagner, M.B. 2008. "Childhood Autism: Translation and Validation of the Childhood Autism Rating Scale for Use in Brazil." *Jornal de Pediatria* 84 (6): 487–94.
22. Assumpção, F.B., Kuczynski, E., Gabriel, M.R., Rocca, C.C. 1999. "Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): Validade E Confiabilidade de Uma Escala Para a Detecção de Condutas Autísticas." *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 57 (1): 23–29.
23. Marteleto, F., Pedromônico. M.R.M. 2005. "Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): Preliminary Study." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27 (4): 295–301.
24. Sato, F.P.; Validação da Versão em Português de um Questionário para Avaliação de Autismo Infantil. [Dissertação]. Universidade de São Paulo. 2008.

25. Achenbach, T.M, Rescorla, L.A. 2004. "The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for Ages 1.5 to 18 Years." *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment: Volume 2: Instruments for Children and Adolescents* (3rd Ed).
26. Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. 1995. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) – Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência: Dados Preliminares. *ABPAPAL* 17 (2), 55-66.
27. Pandolfi, V., Magyar, C.I., Charles A.D. 2012. "An Initial Psychometric Evaluation of the CBCL 6-18 in a Sample of Youth with Autism Spectrum Disorders." *Research in Autism Spectrum Disorders* 6 (1): 96–108.
28. MOTA, A. P.; Identificação de Transtorno do Espectro do Autismo com Child Behavior Checklist CBCL: Evidências de Sensibilidade. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo, 2015.
29. Sikora, D.M., Hall, T.A., Sigan L. Hartley, A.E. Morris, G., Cagle, S. 2008. "Does Parent Report of Behavior Differ across ADOS-G Classifications: Analysis of Scores from the CBCL and GARS." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38 (3): 440–48.
30. Grodberg, D., Paige M. Weinger, A. K., Latha S., Joseph D. B. 2012. "Brief Report: The Autism Mental Status Examination: Development of a Brief Autism Focused Exam." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42 (3): 455–59.
31. Grodberg, D, Paige M. Weinger, D.H., Parides, M., Kolevzon, A., Buxbaum, J.D. 2014. "The Autism Mental Status Exam: Sensitivity and Specificity Using DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder in Verbally Fluent Adults." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 44: 609–614.
32. Grodberg, D., Paige S., Jamison, J., Buxbaum, J.D., Kolevzon, A. 2016. "A Simplified Diagnostic Observational Assessment of Autism Spectrum Disorder in Early Childhood." *Autism Research* 9 (4): 443–49.
33. Autism Mental Status Exam. Disponível em: <
<http://autismmentalstatusexam.com/introduction/>. Acesso em: fevereiro de 2014.
34. Achenbach, T M., McConaughy, S.H. 2003. "The Achenbach System of Empirically Based Assessment." In *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children: Personality, Behavior, and Context*, 539.
35. Shaughnessy, John J, Eugene B Zechmeister, and Jenna S Zechmeister. 2012. *Research Methods in Psychology*.
36. Muratori, F, A N., Tancredi, R., Cosenza, A. Calugi, S., Saviozzi, I., Calderoni. S. 2011. "The CBCL 1.5-5 and the Identification of Preschoolers with Autism in Italy." *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 20 (4): 329–38.

37. Grodberg, D., Weinger, P., Soorya, L., Kolevzon, A., Erlanger, D., Buxbaum, J.D. (2010). The autism mental status examination (AMSE): Preliminary development of an autism focused exam. New York, NY: Poster session presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
38. SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.4. SAS Institute Inc, 2002-2012, Cary, NC, USA.
39. SPSS for Windows, versão 16.0. SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA.
40. Conover, W.J. (1999). Practical Nonparametric Statistics. 3^a ed. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque.
41. Fleiss, J.L. (1981). Statistical Methods for Rates and Proportions. 2^a ed. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque.
42. Streiner, D.L. e Norman, G.R. (1995). Health Measurement Scales - A Practical Guide to Their Development and Use. 2^a ed. Oxford University Press. Nova Iorque.
43. Sperber, A.D. 2004. "Translation and Validation of Study Instruments for Cross-Cultural Research." *Gastroenterology* 126 (1): S124–28.
44. Polanczyk, G. V, Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A. 2015. "Annual Research Review: A Meta-Analysis of the Worldwide Prevalence of Mental Diso 18 (5): 583–97. Disorders in Children and Adolescents." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56 (3): 345–65.
45. Oien, R A, P Siper, Kolevzon, A., Grodberg, D. 2016. "Detecting Autism Spectrum Disorder in Children With ADHD and Social Disability." *J Atten Disord*.
46. Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284–290.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Estudo de Validação do Exame do Estado Mental do Autismo (Amse) em uma Amostra Brasileira.

Nome do pesquisador (a): Marlene Galdino.

Número do CAAE: (44879715.4.0000.5404).

O seu filho está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador (a). Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador (a). Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

O objetivo dessa pesquisa é validar o Exame do Estado Mental do Autismo (AMSE) no Brasil. É uma escala de triagem que visa investigar sinais e sintomas do autismo em crianças e adolescentes. Essas escalas são realizadas através de perguntas objetivas para a mãe ou responsável pela criança ou adolescente e também através da observação direta nos comportamentos de seu filho (a). A participação é voluntária, isto é, ninguém é obrigado a participar desse estudo. Você poderá não concordar que os dados do atendimento e outras informações coletadas sejam incluídos numa pesquisa, e isto não irá prejudicar o atendimento que o seu filho (a) recebe neste serviço agora ou no futuro.

Participando do estudo, o seu filho (a) está sendo convidado a: Ser avaliado pelo pesquisador (a) responsável pela pesquisa que utilizará para tanto alguns instrumentos. Serão aplicadas duas escalas para avaliação do autismo (AMSE e CARS-BR) e uma escala (CBCL) para observações comportamentais do seu filho (a). O tempo de aplicação é de, no máximo 1 hora e 30 minutos, no ambulatório de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp, preferencialmente no dia de sua consulta com o seu médico.

Essa pesquisa não oferece desconfortos ou riscos para a saúde de seu filho (a). A sua contribuição auxiliará os médicos e profissionais deste serviço de saúde a oferecerem tratamento mais adequado à condição do seu filho (a), além de beneficiar outras pessoas em situação semelhante. Não haverá identificação do nome do participante, de seus familiares e outras pessoas, de tal modo que o anonimato seja preservado.

Os resultados dessa pesquisa poderão ser utilizados em trabalhos científicos, ou apresentados e publicados em congressos e revistas científicas, mantendo o sigilo e anonimato sobre os participantes. Não haverá nenhum pagamento pela participação na pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, ou sobre este termo de consentimento, esclareça suas questões com a pesquisadora (telefone, endereço e e-mail podem ser visualizados abaixo). Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido em duas vias, você declara que leu, compreendeu, tirou suas dúvidas e concordou em participar do estudo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, conforme decisão **Número do CAAE:** (44879715.4.0000.5404).

Campinas, de de 2016.

Nome do Participante	Nome: _____ RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
Responsável pela aplicação	Nome: _____ RG: _____ CPF _____ Assinatura: _____
Responsável pela pesquisa	Marlene Galdino – (19) 35217514 E-MAIL: contato.mgpsicologia@gmail.com Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria - FCM/Unicamp
Comitê de Ética em Pesquisa	Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30minhs às 13h30minhs e das 13h00minhs as 17h00minhs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

APÊNDICE 2:**Entrevista Sociodemográfica para Pais ou Cuidador**

 UNICAMP	 Hospital de Clínicas UNICAMP
DADOS PARA ATUALIZAÇÃO DO PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO:	
NOME: MÃE: _____	IDADE: _____
NOME: PAI: _____	IDADE: _____
ESCOLARIDADE:	
MÃE: _____	
PAI: _____	
PROFISSÃO:	
MÃE: _____	
PAI: _____	
RENDA FAMILIAR: _____	
TELÊFONE PARA CONTATO: _____	
INFORMAÇÕES DO FILHO (A):	
NOME DO FILHO (A): _____	
IDADE: _____ (ANOS) E _____ (MESES).	
ESTÁ EM QUE SÉRIE: _____	
REPETIU DE ANO? _____ QUAL SÉRIE: _____	
FREQUENTA:	
<input type="checkbox"/> ESCOLA PÚBLICA <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APAE	
NASCEU EM QUE CIDADE: _____	
ONDE MORA ATUALMENTE: _____	
RAÇA:	
<input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> PARDO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> NEGRO	
HÁ QUANTO TEMPO TEM O DIAGNÓSTICO? _____ (MESES OU ANOS)	
QUAIS AS MEDICAÇÕES ATUAIS:	

OUTRAS COMORBIDADES? QUAIS: _____	
REALIZA QUAIS TRATAMENTOS? (FONO, TO, PSICOLOGO ETC)	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:	

APÊNDICE 3

Autorização para validação do AMSE no BRASIL.

Dr. David Grodberg (autor do AMSE) - Seaver Autism Center em Mount Sinai.

Má Galdino <contato.mgpsicologia@gmail.com>

20/04/
15

para David, Eloisa

Hello David!!

First of all, I would like to thank you for your kindness a total support to our Project here in Brazil. I will surely keep you up to date and your support will be very useful to us.

I am going to make a Word model letter, insert my signature, as well as the advisor's one, stamp, scan, and send it to you, so you will be able to print it, sign it, and send it back to us, with all of the official signatures. You will keep a copy and will send us one. I will do that this week, and then I will send you the permit letter.

Is that all right?
Thank you.

Best Regards,

Marlene Galdino.

2015-04-19 23:34 GMT-03:00 Grodberg, David <david.grodberg@yale.edu>:

Hello Marlene,

You and Laura have my full support to begin the validation project in Brazil. Your work will be very important and add a great deal to the field. There are no other groups working on it and if anyone does contact me I will refer them to you. I will also make sure Sebastian is aware of your project. I will print out the letter if you need it.

I moved from Mount Sinai to Yale so I am using my new email address.

Please keep me updated and I will be able to help you with protocol design and statistical support if you need it.

Best,
David Grodberg

ANEXO 1

AMSE - VERSÃO PORTUGUÊS –

EXAME DO ESTADO MENTAL DO AUTISMO

EXAME DO ESTADO MENTAL NO AUTISMO

Data _____ Examinador _____ Paciente # _____

CONTATO VISUAL <small>(observado)</small>	<input type="checkbox"/> ≥ 3 segundos	<input type="checkbox"/> Transitório	<input type="checkbox"/> Nenhuma
INTERESSE NOS OUTROS <small>(observado)</small>	<input type="checkbox"/> Inicia interação com o examinador	<input type="checkbox"/> Responde apenas passivamente	<input type="checkbox"/> Sem interesse
CAPACIDADE PARA APONTAR <small>(observado)</small>	<input type="checkbox"/> É capaz de apontar objetos	<input type="checkbox"/> Apenas acompanha o que é apontado	<input type="checkbox"/> Nenhuma
LINGUAGEM <small>(relatada ou observada)</small>	<input type="checkbox"/> É capaz de falar sobre um outro tempo ou lugar	<input type="checkbox"/> Palavras soltas <input type="checkbox"/> Frases (≤ 3 palavras) <input type="checkbox"/> Sentenças mal formuladas	<input type="checkbox"/> Não-verbal
		<input type="checkbox"/> problema de articulação	
PRAGMÁTICA DA LINGUAGEM	<input type="checkbox"/> Não prejudicada	<input type="checkbox"/> Não se transforma em conversa <input type="checkbox"/> Entonação monótona/bizarra	
	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/> observada	
COMPORTAMENTOS REPETITIVOS/ ESTEREOTIPADOS <small>(referido ou observado)</small>	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Comportamentos compulsivos/ insiste em rotinas	<input checked="" type="checkbox"/> Estereotípia motora ou verbal <input type="checkbox"/> Ecolalia <input type="checkbox"/> Linguagem estereotipada
PREOCUPAÇÕES	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Descrição presente:	
		<input type="checkbox"/> relatadas <input type="checkbox"/> observadas	
SENSIBILIDADES INCOMUNS	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Sensibilidade elevada <input type="checkbox"/> Alto limiar de dor	
		<input type="checkbox"/> referidas <input type="checkbox"/> observadas	

●-----●-----●-----●

Ausência de comprometimento Leve Moderado Grave

ANEXO 2 CARS-BR

Childhood Autism Rating Scale - CARS-BR (Escala de Avaliação de Autismo Infantil).

84

CARS-Childhood Autism Rating Scale VERSÃO EM PORTUGUÊS

I. RELAÇÕES PESSOAIS

1	Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: O comportamento da criança é adequado à sua idade. Alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico.
1.5	
2	Relações levemente anormais: A criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímido, não responder ao adulto como esperado ou agarrar-se ao pais um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade
2.5	
3	Relações moderadamente anormais: Às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto). Outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança. O contato iniciado pela criança é mínimo.
3.5	
4	Relações gravemente anormais: A criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo. Ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto. Somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito.
	Observações:

II. IMITAÇÃO

1	Imitação adequada: A criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade.
1.5	
2	Imitação levemente anormal: Na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso.
2.5	
3	Imitação moderadamente anormal: A criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; freqüentemente imita apenas após um tempo (com atraso).
3.5	
4	Imitação gravemente anormal: A criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com estímulo e assistência.
	Observações:

ANEXO 2 CARS-BR (continuação)

85

III. RESPOSTA EMOCIONAL	
1	Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta.
1.5	
2	Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. As vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor.
2.5	
3	Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção.
3.5	
4	Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas a situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou.
	Observações:
IV. USO CORPORAL	
1	Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade.
1.5	
2	Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns
2.5	
3	Uso corporal moderadamente anormal: Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, auto-agressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés.
3.5	
4	Uso corporal gravemente anormal: Movimentos intensos ou freqüentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal. Estes comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças a fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.
	Observações:
V. USO DE OBJETOS	
1	Uso e interesse adequados por brinquedos e outros objetos: A criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada.
1.5	
2	Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo)
2.5	
3	Uso e interesse moderadamente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos, ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do

ANEXO 2 CARS-BR (continuação)

86

3.5 brinquedo, tornar-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele.

4 Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior frequência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.

Observações:

VI. RESPOSTA A MUDANÇAS

1 Respostas à mudança adequadas a idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva.

1.5

2 Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais.

2.5

3 Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade e é difícil de distraí-la. Ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada.

3.5

4 Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva.

Observações:

VII. RESPOSTA VISUAL

1 Resposta visual adequada: O comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade. A visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo.

1.5

2 Resposta visual levemente anormal: A criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos olhos.

2.5

3 Resposta visual moderadamente anormal: A criança deve ser lembrada frequentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos.

3.5

4 Resposta visual gravemente anormal: A criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.

Observações:

ANEXO 2 CARS-BR (continuação)

87

VIII. RESPOSTA AUDITIVA	
1	Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos.
1.5	
2	Respostas auditivas levemente anormal: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons externos.
2.5	
3	Respostas auditivas moderadamente anormal: As repostas da criança aos sons variam. Frequentemente ignora o som nas primeiros vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano.
3.5	
4	Respostas auditivas gravemente anormal: A criança reage exageradamente e/ou ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som.
	Observações:
IX. RESPOSTA E USO DO PALADAR, OLFATO E TATO	
1	Uso e reposta normais do paladar, olfato e tato: A criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando. Paladar ou olfato podem ser usados quando adequados. Ao reagir a pequenas dores do dia-a-dia, a criança expressa desconforto mas não reage exageradamente.
1.5	
2	Uso e reposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis. Pode ignorar ou ter reação levemente exagerada à uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto.
2.5	
3	Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir demais ou muito pouco.
3.5	
4	Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal dos objetos. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos leves.
	Observações:
X. MEDO OU NERVOSISMO	
1	Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade
1.5	
2	Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante.
2.5	

ANEXO 2 CARS-BR (continuação)

88

3	Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação similar.
4	Medo ou nervosismo gravemente anormais: Medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos. É extremamente difícil acalmar ou confortar a criança. A criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.
Observações:	
XI. COMUNICAÇÃO VERBAL	
1	Comunicação verbal normal, adequada a idade e à situação.
1.5	
2	Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente.
2.5	
3	Comunicação verbal moderadamente anormal: A fala pode estar ausente. Quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma linguagem peculiar, tais como jargão, ecolalia ou inversão pronominal. As peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular.
3.5	
4	Comunicação verbal gravemente anormal: Fala significativa não é utilizada. A criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais ou bizarros, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso bizarro e persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases.
Observações:	
XII. COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL	
1	Uso normal da comunicação não-verbal adequado à idade e situação
1.5	
2	Uso da comunicação não-verbal levemente anormal: Uso imaturo da comunicação não-verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou esticar-se para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gesticular mais especificamente para indicar o que deseja.
2.5	
3	Uso da comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros.
3.5	
4	Uso da comunicação não-verbal gravemente anormal: A criança utiliza somente gestos bizarros ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento do significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.
Observações:	

ANEXO 2 CARS-BR (continuação)

89

XIII. NÍVEL DE ATIVIDADE

- | | |
|----------|---|
| 1 | Nível de atividade normal para idade e circunstâncias: A criança não é nem mais nem menos ativa que uma criança normal da mesma idade em uma situação semelhante. |
| 1.5 | |
| 2 | Nível de atividade levemente anormal: A criança pode tanto ser um pouco irrequieta quanto um pouco "preguiçosa", apresentando, algumas vezes, movimentos lentos. O nível de atividade da criança interfere apenas levemente no seu desempenho. |
| 2.5 | |
| 3 | Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser bastante ativa e difícil de conter. Ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à noite. Por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se. |
| 3.5 | |
| 4 | Nível de atividade gravemente anormal: A criança exibe extremos de atividade ou inatividade e pode até mesmo mudar de um extremo ao outro. |

Observações:

XIV. NÍVEL E CONSISTÊNCIA DA RESPOSTA INTELECTUAL

- | | |
|----------|--|
| 1 | A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns. |
| 1.5 | |
| 2 | Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas. |
| 2.5 | |
| 3 | Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém, a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais. |
| 3.5 | |
| 4 | Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas. |

Observações:

ANEXO 2 CARS-BR (continuação)

90

XV. IMPRESSÕES GERAIS	
1	Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo.
1.5	
2	Autismo leve: A criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo.
2.5	
3	Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo.
3.5	
4	Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo
Observações:	

Escore por categoria

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Total

Resultado:

15-30: sem autismo

30-36: autismo leve-moderado

36-60: autismo grave

ANEXO 3

Child Behavior Checklist – (Escala de Avaliação dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes) CBCL 1½ -5

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	25. Não se dá bem com outras crianças	0	1	2	26. Não sabe como se divertir; age como um(a) pequeno(a) adulto(a)
0	1	2	2. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade	0	1	2	27. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal	0	1	2	28. Não quer sair de casa
0	1	2	3. Tem medo de experimentar coisas novas	0	1	2	29. Fica frustrado(a) com facilidade	0	1	2	30. Sente ciúmes ou inveja com facilidade
0	1	2	4. Evita olhar os outros nos olhos	0	1	2	31. Come ou bebe coisas que não são alimentos – não incluir doces (descreva): _____	0	1	2	32. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (descreva): _____
0	1	2	5. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	0	1	2	33. Fica magoado(a) com facilidade	0	1	2	34. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0	1	2	6. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo(a)	0	1	2	35. Mete-se em muitas brigas	0	1	2	36. Mete-se em tudo
0	1	2	7. Não suporta ter as coisas fora do lugar	0	1	2	37. Fica muito nervoso(a) quando separado(a) dos pais	0	1	2	38. Tem dificuldade para pegar no sono
0	1	2	8. Não suporta esperar; quer tudo imediatamente	0	1	2	39. Tem dores de cabeça (sem causa médica)	0	1	2	40. Bate nos outros
0	1	2	9. Mastiga coisas que não se deve comer	0	1	2	41. Prende a respiração	0	1	2	42. Machuca animais ou pessoas sem intenção
0	1	2	10. Fica grudado(a) nos adultos ou é muito dependente	0	1	2	43. Parece infeliz sem um bom motivo	0	1	2	44. É mal-humorado(a)
0	1	2	11. Procura ajuda constantemente	0	1	2	45. Tem náuseas, enjôo (sem causa médica)	0	1	2	46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques) (descreva): _____
0	1	2	12. Tem prisão de ventre, intestino preso (mesmo quando não está doente)	0	1	2	47. É nervoso(a) ou tenso(a)				
0	1	2	13. Chora muito								
0	1	2	14. É cruel com animais								
0	1	2	15. É desafiador(a)								
0	1	2	16. Quer ter suas vontades atendidas na hora								
0	1	2	17. Destroí suas próprias coisas								
0	1	2	18. Destroí coisas de sua família ou de outras crianças								
0	1	2	19. Tem diarreia ou intestino solto (mesmo quando não está doente)								
0	1	2	20. É desobediente								
0	1	2	21. Fica perturbado(a) com qualquer mudança na rotina								
0	1	2	22. Não quer dormir sozinho(a)								
0	1	2	23. Não responde quando pessoas falam com ele(a)								
0	1	2	24. Não come bem (descreva): _____								

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

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: MBM Linhares, MR Santa Maria-Mengel, EFM
Silvares &, MM Rocha (2010)
E-mail: asebabrasil@gmail.com

REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

PÁGINA 1

ANEXO 3 (continuação)

Child Behavior Checklist – (Escala de Avaliação dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes) CBCL 1/2 -5

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 48. Tem pesadelos		0 1 2 76. Tem problema de fala (descreva): _____
0 1 2 49. Come demais		
0 1 2 50. Sente-se cansado demais		0 1 2 77. Fica com o olhar parado ou parece preocupado(a)
0 1 2 51. Entra em pânico sem um bom motivo		0 1 2 78. Tem dores de estômago ou cólicas (sem causa médica)
0 1 2 52. Sente dores na barriga (sem causa médica)		0 1 2 79. Muda rapidamente da tristeza para alegria
0 1 2 53. Ataca fisicamente as pessoas		0 1 2 80. Tem comportamento estranho (descreva): _____
0 1 2 54. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____		
0 1 2 55. Mexe demais nas partes íntimas do corpo		0 1 2 81. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou fácil de se irritar
0 1 2 56. É desajeitado(a), tem má coordenação motora)		0 1 2 82. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0 1 2 57. Tem problemas com os olhos (sem causa médica) (descreva): _____		0 1 2 83. Fica emburrado(a) facilmente
		0 1 2 84. Fala ou chora durante o sono
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 86. É muito preocupado(a) com organização ou limpeza
0 1 2 60. Tem assaduras ou outros problemas de pele (sem causa médica)		0 1 2 87. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2 61. Recusa-se a comer		0 1 2 88. Não é cooperativo(a)
0 1 2 62. Recusa-se a brincar de jogos movimentados		0 1 2 89. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0 1 2 63. Balança a cabeça ou o corpo repetidamente		0 1 2 90. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2 64. Resiste a ir para a cama à noite		0 1 2 91. É barulhento(a) demais
0 1 2 65. Resiste ao treinamento para o uso do banheiro (descreva): _____		0 1 2 92. Fica incomodado com pessoas ou situações novas (descreva): _____
0 1 2 66. Grita muito		0 1 2 93. Vomita (sem causa médica)
0 1 2 67. Parece não corresponder a afeto (carinho)		0 1 2 94. Acorda frequentemente à noite
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 95. Foge
0 1 2 69. É egoísta ou não divide		0 1 2 96. Exige que prestem muita atenção nele(a)
0 1 2 70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas		0 1 2 97. Choraminga
0 1 2 71. Mostra pouco interesse pelas coisas ao seu redor		0 1 2 98. Isola-se, não se relaciona com os outros
0 1 2 72. Mostra muito pouco medo de se machucar		0 1 2 99. É preocupado(a)
0 1 2 73. É muito acanhado(a) ou tímido(a)		100. Por favor, escreva outros problemas do seu/sua filho(a) que não tenham sido mencionados acima
0 1 2 74. Dorme menos do que a maioria das crianças durante o dia e/ou noite (descreva): _____		
		0 1 2 _____
0 1 2 75. Suja-se ou brinca com as fezes		0 1 2 _____

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

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

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

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

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1½ -5", TRADUZIDA POR: MBM Linhares, MR Santa Maria-Mengel, EFM Silveiras & MM Rocha (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com – REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

ANEXO 4

Child Behavior Checklist – (Escala de Avaliação dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes) CBCL 6/18

	INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 6 E 18 ANOS (CBCL/6-18)	Nº de Identificação _____																
NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE _____		TIPO DE TRABALHO DOS PAIS (ocupação habitual), mesmo que não estejam trabalhando no momento. <i>(Favor especificar - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).</i> TIPO DE TRABALHO DO PAI: _____ TIPO DE TRABALHO DA MÃE: _____																
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE _____ ETNIA OU COR DE PELE _____																	
DATA DE HOJE Dia _____ Mês _____ Ano _____		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"/> Avó/Avô <input type="checkbox"/> Mãe/Pai Adotivo <input type="checkbox"/> Cuidador(a) de abrigo <input type="checkbox"/> Madrasta/Padrasto <input type="checkbox"/> Outro – especifique: _____																
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 a escola	Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho(a), 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.																	
I. Por favor, cite os esportes que seu/sua filho(a) mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc.																		
<input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele/ela dedica a cada um desses esportes? <table style="margin: auto;"> <tr> <td>Menos</td> <td>Igual</td> <td>Mais</td> <td>Não sei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menos	Igual	Mais	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um desses esportes? <table style="margin: auto;"> <tr> <td>Pior</td> <td>Igual</td> <td>Melhor</td> <td>Não sei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior	Igual	Melhor	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos	Igual	Mais	Não sei															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Pior	Igual	Melhor	Não sei															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos favoritos do seu/sua filho(a) que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar video-game. (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão)																		
<input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele/ela dedica a cada uma dessas atividades? <table style="margin: auto;"> <tr> <td>Menos</td> <td>Igual</td> <td>Mais</td> <td>Não sei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menos	Igual	Mais	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada uma dessas atividades? <table style="margin: auto;"> <tr> <td>Pior</td> <td>Igual</td> <td>Melhor</td> <td>Não sei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior	Igual	Melhor	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos	Igual	Mais	Não sei															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Pior	Igual	Melhor	Não sei															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu/sua filho(a) pertence. Por exemplo: grupo de igreja, teatro, música etc.																		
<input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele(a) em cada um desses grupos? <table style="margin: auto;"> <tr> <td>Menor</td> <td>Igual</td> <td>Maior</td> <td>Não sei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menor	Igual	Maior	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Menor	Igual	Maior	Não sei															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu/sua filho(a). Por exemplo: office-boy, ajudante de feira, trabalho em loja, lavar a louça, tomar conta de crianças, fazer a cama etc. (incluir trabalhos pagos e não pagos).																		
<input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada uma dessas tarefas? <table style="margin: auto;"> <tr> <td>Pior</td> <td>Igual</td> <td>Melhor</td> <td>Não sei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior	Igual	Melhor	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Pior	Igual	Melhor	Não sei															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Favor verificar se todos os itens foram respondidos.																		
Copyright 2001 T. Achenbach ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 www.ASEBA.org		Versão brasileira do "Child Behavior Checklist for ages 6-18" traduzida por: IA Bordin, EFM Silveiras, MM Rocha, MC Teixeira & CS Paula (2010) E-mail: asebabrasil@gmail.com																
REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.																		
Página 1																		

ANEXO 4 (continuação)

Child Behavior Checklist – (Escala de Avaliação dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes) CBCL 6/18

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

V. 1. Quantos amigos próximos o seu filho(a) tem? (Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu/sua filho(a) encontra amigos ou colegas fora do horário da escola?

(Não incluir irmãos e irmãs)

Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI. Comparando com outros da mesma idade, como seu filho/filha:

	Pior	Igual	Melhor	
a) Se dá com os irmãos e irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos ou irmãs
b) Se dá com outras crianças ou adolescentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Se comporta em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Brinca ou trabalha sozinho(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempenho nas matérias escolares:

Se a criança ou adolescente não estiver frequentando a escola, favor especificar o motivo: _____

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

(Só deixe em branco as matérias que seu filho não estiver cursando)

	Insuficiente para passar de ano (Abaixo da média exigida pela escola)	Pior	Igual	Melhor
a) Português ou Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Matemática ou Aritmética	<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 e trabalhos manuais.				
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 seu filho(a) frequenta alguma sala de atendimento educacional especial ou instituição especializada?

Não Sim - Que tipo?

3. O seu filho(a) repetiu de ano?

Não Sim - Especifique o(s) ano(s) e o(s) motivo(s):

4. O seu filho(a) já teve problemas com o desempenho escolar ou outros tipos de problema na escola?

Não Sim - Descreva-os, por favor:

Quando esses problemas começaram? _____

Esses problemas já foram resolvidos? Não Sim - quando? _____

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

Não Sim - Descreva-a, por favor:

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

Por favor, descreva as principais qualidades e pontos positivos de seu filho(a).

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

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18", TRADUZIDA POR: IA BORDIN, EFM SILVARES, MM ROCHA, MC TEIXEIRA & CS PAULA (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

ANEXO 4 (continuação)

Child Behavior Checklist – (Escala de Avaliação dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes) CBCL 6/18

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

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

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. Comporta-se de maneira muito infantil para sua idade	0 1 2 32. Acha que tem que fazer tudo perfeito
0 1 2	2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais (descreva): _____	0 1 2 33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
0 1 2	3. Discute muito, é respondão/respondona	0 1 2 34. Acha que os outros o(a) perseguem
0 1 2	4. Não termina as coisas que começa	0 1 2 35. Sente-se sem valor ou inferior
0 1 2	5. Poucas coisas lhe dão prazer	0 1 2 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0 1 2	6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário	0 1 2 37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	7. Gosta de contar vantagem	0 1 2 38. É alvo de muitas gozações
0 1 2	8. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	0 1 2 39. Anda em más companhias
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____	0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem (descreva): _____
0 1 2	10. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo(a)	0 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
0 1 2	11. Fica grudado(a) nos adultos ou é muito dependente	0 1 2 42. Prefere estar sozinho(a) do que ficar em companhia de outros
0 1 2	12. Reclama de solidão	0 1 2 43. Mentira ou engana os outros
0 1 2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)	0 1 2 44. Rói as unhas
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2 45. É nervoso(a) ou tenso(a)
0 1 2	15. É cruel com animais	0 1 2 46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques) (descreva): _____
0 1 2	16. É cruel, intimidado ou faz maldade com outros	0 1 2 47. Tem pesadelos
0 1 2	17. Vive no "mundo da lua" ou perde-se em seus pensamentos	0 1 2 48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)
0 1 2	18. Machuca-se de propósito ou já tentou se matar	0 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso
0 1 2	19. Exige que prestem muita atenção nele(a)	0 1 2 50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	20. Destroí suas próprias coisas	0 1 2 51. Tem tonturas
0 1 2	21. Destroí coisas de sua família ou de outros	0 1 2 52. Sente-se muito culpado(a)
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2 53. Come exageradamente
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2 54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo
0 1 2	24. É difícil para comer	0 1 2 55. Está gordo(a), acima do peso
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes	56. Tem problemas físicos de fundo emocional (sem causa médica):
0 1 2	26. Não se sente culpado depois de se comportar mal	0 1 2 a) Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
0 1 2	27. Sente ciúme ou inveja com facilidade	0 1 2 b) Dores de cabeça
0 1 2	28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares	0 1 2 c) Náuseas, enjôos
0 1 2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____	0 1 2 d) Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____
0 1 2	30. Tem medo da escola	0 1 2 e) Problemas de pele
0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada	0 1 2 f) Dores de estômago ou de barriga
		0 1 2 g) Vômitos
		0 1 2 h) Outros (descreva): _____

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

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18", TRADUZIDA POR: IA BORDIN, EFM SILVARES, MM ROCHA, MC TEIXEIRA & CS PAULA (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com – REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

ANEXO 4 (continuação)

Child Behavior Checklist – (Escala de Avaliação dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes) CBCL 6/18

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	57. Ataca fisicamente as pessoas	0	1	2	84. Tem comportamento estranho (descreva): _____
0	1	2	58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____	0	1	2	85. Tem idéias estranhas (descreva): _____
0	1	2	59. Mexe nas partes íntimas em público	0	1	2	86. É teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de se irritar
0	1	2	60. Mexe demais nas partes íntimas	0	1	2	87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0	1	2	61. Não vai bem na escola (tira notas baixas)	0	1	2	88. Fica emburrado(a) facilmente
0	1	2	62. É desajeitado(a), tem má coordenação motora	0	1	2	89. É desconfiado(a)
0	1	2	63. Prefere estar com pessoas mais velhas	0	1	2	90. Xinga, fala palavrões, é boca suja
0	1	2	64. Prefere estar com pessoas mais novas	0	1	2	91. Fala que vai se matar
0	1	2	65. Recusa-se a falar	0	1	2	92. Fala ou anda dormindo (descreva): _____
0	1	2	66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões (descreva): _____	0	1	2	93. Fala demais
0	1	2	67. Foge de casa	0	1	2	94. Gosta de gozar dos outros
0	1	2	68. Grita muito	0	1	2	95. Tem crises de birra ou é esquentado(a)
0	1	2	69. É reservado(a), fechado(a), não conta suas coisas para ninguém	0	1	2	96. Pensa demais em sexo
0	1	2	70. Vê coisas que não existem (descreva): _____	0	1	2	97. Ameaça as pessoas
0	1	2	71. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar dele(a)	0	1	2	98. Chupa o dedo
0	1	2	72. Põe fogo nas coisas	0	1	2	99. Fuma cigarro ou masca fumo
0	1	2	73. Tem problemas sexuais (descreva): _____	0	1	2	100. Tem problemas com o sono (descreva): _____
0	1	2	74. Gosta de se exibir, fazer palhaçadas	0	1	2	101. Mata aula, cabula, gazea
0	1	2	75. É muito acanhado(a) ou tímido(a)	0	1	2	102. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0	1	2	76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes	0	1	2	103. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____	0	1	2	104. É barulhento(a) demais
0	1	2	78. É desatento(a) ou distrai-se facilmente	0	1	2	105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco) (descreva): _____
0	1	2	79. Tem problemas de fala (descreva): _____	0	1	2	106. Comete atos de vandalismo
0	1	2	80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"	0	1	2	107. Faz xixi na calça durante o dia
0	1	2	81. Rouba em casa	0	1	2	108. Faz xixi na cama
0	1	2	82. Rouba fora de casa	0	1	2	109. Choraminga
0	1	2	83. Junta muitas coisas que não precisa e que não servem para nada (descreva): _____	0	1	2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
				0	1	2	111. Isola-se, não se relaciona com os outros
				0	1	2	112. É muito preocupado(a)
				0	1	2	113. Por favor, descreva outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima: _____ _____ _____

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

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18", TRADUZIDA POR: IA BORDIN, EFM SILVARES, MM ROCHA, MC TEIXEIRA & CS PAULA (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com – REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Anexo 5

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM - UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo de validação do Exame do Estado Mental do Autismo em uma amostra brasileira.

Pesquisador: Marlene Pereira Galdino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44879715.4.0000.5404

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.095.541

Data da Relatoria: 26/05/2015

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br