

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA DE  
CRIANÇAS AUTISTAS EM DOIS SERVIÇOS PÚBLICOS**

**ELAINE SOARES ARIMA**

Brasília

2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA DE  
CRIANÇAS AUTISTAS EM DOIS SERVIÇOS PÚBLICOS**

**ELAINE SOARES ARIMA**

Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências do Comportamento do Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, como parte dos Requisitos para Obtenção de Grau de Mestre em Ciências do Comportamento (Área de Concentração: Cognição e Neurociências do Comportamento).

Orientadora: Wânia Cristina de Souza

Brasília

2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

**Comissão examinadora:**

Profa. Dra. Wânia Cristina de Souza – Presidenta  
Departamento de Processos Psicológicos Básicos  
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri – Membro  
Departamento de Psicologia Clínica  
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Ângela Guimarães Feitosa – Membro  
Departamento de Processos Psicológicos Básicos  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Gerson Américo Janczura – Suplente  
Departamento de Processos Psicológicos Básicos  
Universidade de Brasília

## Sumário

Agradecimentos **IV**

Resumo **VI**

Abstract **VII**

Introdução **8**

*Objetivo* **23**

Método **24**

Resultados **25**

Estudos de casos **29**

Discussão **33**

Referências bibliográficas **39**

## Agradecimentos

Agradeço a todos os meus pacientes e seus familiares, por me permitirem tentar ajudar e me ensinarem o valor, bem como as limitações do conhecimento científico. E, em especial, aos participantes desse trabalho, pela solidariedade.

Aos colegas e futuros colegas de profissão e de trabalho, pela inestimável ajuda nesse período de convivência, seja através de palavras de incentivo, discutindo idéias, ou até mesmo literalmente correndo comigo atrás das crianças pelos corredores da UnB e do HUB. Em especial à Bruna Bukowitz, Clara Cantal e Josely Gomes, companheiras de pesquisa.

À professora e orientadora Dra. Wânia de Souza, pelos ensinamentos valiosos na área, por viabilizar este estudo, exigir com paciência o melhor de mim e mostrar-me a sua confiança no trabalho que eu poderia realizar.

Ao Dr. Dênio Lima, Dra. Carolina Lampreia, Dra. Maria Izabel Tafuri e Dra. Maria Ângela Feitosa pelas colaborações, demonstrando respeito profissional e me encorajando a ir em frente.

À Lia Lopes, pela breve, mas calorosa recepção e disponibilidade em ajudar.

Ao professor Dr. Jacob Laros, pelas oportunidades e ensinamentos, e pelo empréstimo dos instrumentos ainda não disponíveis no Brasil.

Ao professor Dr. Antônio Pedro Cruz, pelas preciosas palavras de incentivo.

Ao CNPq e CAPES pelo apoio financeiro sob a forma de bolsa durante parte desse trabalho.

Aos amigos, mesmo os que se tornaram distantes nesse período, pela compreensão, respeito e apoio nessa fase tão positivamente conturbada que coincidiu com grandes e novos rumos profissionais e pessoais. Em especial a Vanessa Guimarães,

pela disponibilidade e paciência em sanar minhas dúvidas de tradução e da nossa Língua escrita e suas normas.

À minha mãe e meu pai, por tão claramente não medirem esforços por mim, orientando e exigindo na medida certa, como só o amor incondicional sabe fazer.

Ao Jefferson, companheiro de todo dia, por oferecer tão prontamente tudo de que eu precisei.

## Resumo

A intervenção farmacológica e a avaliação psicológica no autismo têm sido um grande desafio na prática clínica e pesquisas na área, dada a heterogeneidade de quadros clínicos e multiplicidade etiológica. O presente estudo analisou os prontuários de 165 pacientes de um serviço público de saúde mental da infância e adolescência em Brasília e encontrou 15 pacientes com autismo. Durante o período analisado, pelo menos 53,3% destes pacientes foram medicados. As drogas mais utilizadas foram os antipsicóticos, seguidas por drogas serotoninérgicas, como os IRSs, indo ao encontro dos dados encontrados na literatura. Foi realizada também a avaliação psicológica de 4 crianças com autismo em outro serviço público, por meio dos testes psicométricos tradicionalmente utilizados. Os resultados são discutidos quanto à relevância do levantamento realizado, implicações da análise dos dados investigados e, ainda, quanto a aspectos da avaliação psicológica de crianças com autismo.

Palavras-chave: autismo; intervenção farmacológica; psicofármacos; psiquiatria infantil; avaliação psicológica.

## Abstract

The pharmacological intervention and the psychological evaluation in autism have always been a challenging task for the clinical practice and for those conducting research in the area. This study has analyzed 165 patient's medical charts from a public service of child and adolescent mental health in Brasilia and found 15 patients with autism. In the analyzed period, at least 53.3% of these patients were on medication. The drugs used the most were antipsychotics, followed by serotonergic drugs, like the SRIs, meeting the results found in the literature. A psychological assessment of 4 children with autism at another public service was also conducted with the traditionally used psychometric tests. The results were discussed in terms of the relevance of the survey, the implications of the analyzed data as well as in terms of some aspects of the psychological assessment of the children with autism.

Keywords: autism; pharmacologic intervention; psychopharmacs; child psychiatry; psychological assessment.



## Introdução

O autismo é considerado atualmente uma síndrome comportamental, com etiologias múltiplas, na qual há um distúrbio do desenvolvimento cuja base é biológica (Assumpção Jr., 2007; Baron-Cohen & Bolton, 1993; Gillberg, 1990; Klin & Mercadante, 2006; Mello, 2004; Rotta & Riesgo, 2005). Todavia, não existem marcadores biológicos e o diagnóstico é clínico, baseado em critérios de sistemas diagnósticos como a CID-10/WHO (2007) e o DSM-IV-TR/APA (2002). Clinicamente, a característica principal dessa síndrome consiste na chamada tríade de prejuízos qualitativos nas habilidades de: interação social, comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (Baron-Cohen & Bolton, 1993; Rotta & Riesgo, 2005).

O autismo pode manifestar-se de diversas formas, abrangendo o que se convencionou chamar de *spectrum* autístico, onde o autismo propriamente dito é considerado o principal transtorno dentre uma heterogeneidade de quadros clínicos. Esta grande variabilidade tornou mais apropriada o uso de uma das seguintes expressões, que são equivalentes: Transtornos do Espectro Autista (TEA), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), e Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). No presente estudo, entretanto, utilizamos o termo autismo comumente empregado referindo-se aos quadros autísticos (F84.0 da CID10), cujo diagnóstico diferencial inclui o autismo infantil (F84.1, da CID10), Síndrome de Asperger (F84.5, da CID10), Síndrome de Rett (F84.2, da CID10), Outro Transtorno Desintegrativo da Infância (F84.3, da CID10), Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados (F84.4, da CID10).

Segundo a CID-10 (WHO, 2007), o autismo se inclui na categoria de Transtorno Mental e do Comportamento como um Transtorno do Desenvolvimento Psicológico, mais especificamente como TID. Caracteriza-se por ocorrer antes dos três anos de idade, apresentar alterações na interação social e modalidades de comunicação, apresentando um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), o chamado Transtorno Autístico está incluído na categoria dos TGD e caracteriza-se também pelo surgimento, antes dos três anos de idade, de prejuízos na área de interação social, comprometimento do uso de comportamentos não-verbais, falta de procura espontânea e de reciprocidade social ou emocional. De acordo com o DSM-IV-TR, a criança pode não apresentar o faz-de-conta e imitação social, e para que seja diagnosticado o transtorno autístico, ela deve apresentar prejuízos em pelo menos dois itens da interação social, um item de comunicação e um item das estereotipias e mais dois itens quaisquer.

São diversos os fatores que sugerem a relação entre o autismo e quadros neurológicos e genéticos, como, por exemplo, a predominância no sexo masculino (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Rotta & Riesgo, 2005); o risco maior de recorrência intrafamiliar e a maior frequência de distúrbios cognitivos e de linguagem entre os familiares (Da Costa & Nusnemaia, 1998); elevada incidência de convulsões (Tuchman & Rapin, 2002); achados neuropatológicos como o tamanho aumentado do encéfalo na infância (Courchesne & Pierce, 2005), a diminuição de neurônios e sinapses na amígdala, no hipocampo e no cerebelo (Pickett & London, 2005); descrição de alterações cromossômicas (Gupta & State, 2006; O'Roak & State, 2008); além da elevação nos níveis de serotonina nas plaquetas que consiste no achado neuroquímico mais consistente em autistas (Anderson et al., 2002; Marazziti et al., 2000).

A taxa média de prevalência do autismo varia de 4 a 13 em 10.000, sendo o terceiro entre os distúrbios do desenvolvimento infantil e à frente de malformações congênitas e da Síndrome de Down (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Rutter, 2005). No Brasil, até o momento não há estatísticas oficiais.

A primeira descrição do autismo infantil foi feita pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner (1943), no artigo intitulado “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Nele são descritos onze casos nos quais as características comuns observadas foram: busca pelo isolamento social extremo, distúrbio na linguagem e preferência pela mesmice. Este conjunto de sinais foi relacionado a manifestações básicas do fenômeno da esquizofrenia.

Desde então, as características comportamentais de cunho social e afetivo foram consideradas para o diagnóstico clínico do autismo que, na década seguinte já era considerado pelo próprio Kanner (Kanner & Eisenberg, 1956) uma síndrome *sui generis*, distinta da esquizofrenia devida sua história com início precoce e seu curso clínico, consistindo em uma desordem psicobiológica - ou seja, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais - e de etiologia multifatorial. Tais características comportamentais de caráter social e afetivo seriam, por exemplo, basicamente as utilizadas na CID-10 e no DSM-IV-TR.

Além das hipóteses etiológicas centradas em aspectos biológicos e psicodinâmicos, investigadas desde o artigo original de Kanner (1943), mudanças na concepção quanto à característica principal, ao déficit primário, surgem quando estudiosos como Ornitz & Ritvo (1976) passam a considerar o autismo como uma síndrome relacionada a déficits cognitivos, ou seja, um distúrbio do desenvolvimento e não da linha do fenômeno da esquizofrenia. Desde então também, a relação entre autismo e deficiência mental passou a ser cada vez mais considerada, muito embora este

seja ainda um tópico controverso (Edelson, 2006). O *continuum* dentro do *spectrum* autista, por exemplo, é estabelecido justamente em função da variação de inteligência e comportamento adaptativo (Assumpção Jr., 2007).

Pode-se dizer que duas, dentre outras diversas teorias, têm orientado de maneira significativa a compreensão sobre o déficit primário do fenômeno, a saber:

- Teoria afetiva: pressupõe falha inata nas habilidades necessárias para o desenvolvimento das relações com outras pessoas, o que envolve o afeto, ocasionando déficits no reconhecimento dos estados mentais de outras pessoas e nas habilidades de abstrair e simbolizar. As teorias afetivas contemporâneas referem-se aos trabalhos sobre o processamento de informações afetivas, como o reconhecimento de diferentes emoções, de Hobson (1986) e o pressuposto de que a “essência do autismo é (...) um déficit em estabelecer os padrões afetivos das relações pessoais intersubjetivas” (Hobson, 1991, p. 13);
- Teoria cognitiva: sugere déficit nas habilidades cognitivas, especialmente as de meta-representação, acarretando uma inabilidade na teoria da mente, que envolve o conceito da existência de estados mentais utilizados para explicar e prever o comportamento dos outros. Ocasionalmente como consequência, também, dificuldades para se relacionar e simbolizar. Sua proposta é atribuída a Baron-Cohen (1988) e Frith (1989) em contraposição à teoria afetiva.

Outras teorias incluem a noção de déficits primários no processamento sensorial e perceptual (Bogdashina, 2003), bem como comprometimento neuropsicológico, implicando déficits específicos como os da linguagem e funções executivas como a atenção, analisando a relação entre cérebro e comportamento social (Bosa, 2001). Existe ainda a teoria do déficit na Coerência Central (*Weak Central Coherence – CC*), um transtorno no padrão cognitivo-perceptual, que consistiria na tendência a focar nos

detalhes em detrimento do todo em uma tarefa (Happé, 2003). Alguns autores defendem a integração dos modelos cognitivos e afetivos, especialmente na pesquisa para identificação precoce do autismo (Bosa, 2002).

Muito embora a importância dos sistemas afetivos e sociais para o desenvolvimento, e de suas respectivas teorias supracitadas, não sejam questionadas, discute-se ainda se algumas destas incapacidades estão relacionadas à deficiência mental integrante ao quadro do autismo ou são independentes dela.

Isto nos aponta que, na prática clínica, é desejável tanto uma avaliação objetiva para o diagnóstico, preferencialmente para identificação precoce do autismo, quanto uma avaliação psicológica, com vistas à pesquisa e a possibilidade do diagnóstico diferencial, bem como o embasamento das orientações referentes às intervenções e ao prognóstico das crianças com autismo.

### *Avaliação*

Embora os critérios da CID-10 e do DSM-IV-TR tenham elevado grau de especificidade e sensibilidade em grupos de diversas faixas etárias e entre indivíduos com habilidades cognitivas e de linguagem variadas, faz-se necessário o uso de outros instrumentos para avaliação dos sintomas de forma quantitativa e para refinamento do diagnóstico diferencial (Rellini et al., 2004).

Nos últimos anos tem sido enfatizada a necessidade de identificação precoce de bebês com riscos de desenvolvimento de um quadro autístico, visando a uma intervenção também precoce que procure recuperar ou minimizar as consequências do autismo. Pesquisas têm indicado a possibilidade da identificação precoce do autismo antes dos 2 anos de idade, especificamente entre os 18 e 24 meses, e a necessidade de

sensibilizar os profissionais da área de saúde e educação quanto à importância da identificação precoce, considerando que uma intervenção precoce tende a favorecer o prognóstico (Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992; Bosa, 2002; Moore & Goodson, 2003; Osterling, Dawson & Munson, 2002; Stone, Lee, Ashford, Brissie, Hepburn, Coonrod, & Weis, 1999). A identificação precoce pode proporcionar o diagnóstico diferencial e a intervenção adequada às crianças com transtornos autísticos e outros transtornos do desenvolvimento.

Estudos sobre instrumentos de identificação precoce apontam para avaliações que permitem identificar e discriminar o autismo de um atraso no desenvolvimento, como, por exemplo, através de itens relativos à atenção compartilhada (Baron-Cohen, 2004; Bosa, 2001, 2002).

A atenção compartilhada tem sido definida como “comportamentos infantis que se revestem de propósito declarativos, na medida em que envolvem vocalizações, gestos e contato ocular para compartilhar a experiência em relação às propriedades dos objetos/eventos ao seu redor” (Mundy & Sigman, 1989 *apud* Bosa, 2002). Seguir o gesto de apontar e do olhar materno são exemplos de habilidades de atenção compartilhada que são usadas como itens de avaliação do desenvolvimento.

Este tipo de avaliação aborda aspectos fundamentais do desenvolvimento infantil que permitirão o início da comunicação intencional e, portanto, da comunicação não-verbal, verbal e de diversas habilidades cognitivas. Além disso, essas outras categorias menos afetivas e sociais podem ser mais objetivas e facilmente mensuráveis, sendo naturalmente cada vez mais privilegiadas na construção de instrumentos de avaliação.

De acordo com Baird et al. (2001), a identificação precoce do autismo pode ser realizada a fim de se fazer um rastreamento (*screening*) ou uma vigilância (*surveillance*). Ambas as atividades objetivam detectar prejuízos com vistas tanto à

prevenção quanto intervenção. O rastreamento tem como objetivo a identificação prospectiva de um transtorno não reconhecido, por meio de testes ou exames específicos, enquanto a vigilância se refere à coleta efetiva e sistemática de dados relevantes para a identificação de um transtorno ao longo do tempo em um sistema integrado de saúde.

Os instrumentos de rastreamento são normalmente classificados em dois níveis segundo seu objetivo mais amplo de aplicação. O nível 1 inclui medidas desenvolvidas para identificar crianças em risco de apresentarem quaisquer problemas de desenvolvimento. Tal avaliação deve ser feita na clínica pediátrica onde todas as crianças são avaliadas de forma rotineira, incluindo, portanto, o CID-10 e o DSM-IV-TR.

O nível 2 inclui instrumentos que permitem diferenciar o risco de autismo do risco de outros problemas de desenvolvimento como por exemplo atraso do desenvolvimento ou prejuízos de linguagem. Estes devem ser aplicados em centros de avaliação clínica e programas de intervenção precoce.

Lampreia (no prelo) cita alguns destes instrumentos que podem ser apresentados na forma de entrevistas (e. g. ADI-R e CARS), questionários (e. g. CHAT) ou protocolos de observação (e. g. ADOS, e também o CARS e o CHAT, entre outros). Segundo esta autora, os instrumentos mais importantes são o CHAT e o ADI-R, por apresentarem estudos de validade e serem os mais utilizados.

O *Checklist for Autism in Toddlers* - CHAT (Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992) é composto de nove perguntas para o cuidador e cinco itens de observação e foi desenvolvido para ser aplicado a toda a população durante as consultas pediátricas de rotina aos dezoito meses de idade para fins de identificação precoce. Ele está incluído no Instrumento de Vigilância Precoce do Autismo (Lampreia & Lima, 2008), que por

sua vez é dividido em 4 faixas etárias, consistindo em 3 itens de atenção compartilhada específicos para as faixas etárias de 6 a 8 meses, 9 a 12 meses e 13 a 18 meses; e o CHAT, supracitado, para as idades de 13 a 18 meses. Sendo assim, embora tenha sido desenvolvido enquanto instrumento de rastreamento do nível 1, encontramos proposta para seu uso enquanto instrumento para vigilância do autismo.

Por sua vez, o ADI-R (Lord, Rutter & Le Couteur, 1994) consiste em uma entrevista a ser feita com o cuidador da criança a partir dos 18 meses até a idade pré-escolar. Por ser bastante exaustivo, consistindo em 111 perguntas, exigir treinamento específico e mais de duas horas para sua aplicação, ele tem se mostrado mais útil em pesquisas não sendo recomendável para um sistema geral de rastreamento e vigilância.

Em relação aos instrumentos para rastreamento no nível 2, merecem destaque a *Childhood Autism Rating Scale – CARS* e a Escala de Avaliação de Traços Autísticos - ATA, ambas com estudos nacionais de validação satisfatórios (Assumpção Jr., Kuczynski, Gabriel, & Rocca, 1999; Pereira, Riesgo & Wagner, 2008;). O CARS é um protocolo de observação que consiste em 15 itens, e que auxilia na identificação de crianças com autismo e distingue crianças com prejuízo no desenvolvimento sem autismo, além de classificar a gravidade dos sintomas nos quadros de autismo. A ATA é composta por 23 subescalas e consiste em um questionário de rastreamento, que pretende também diferenciar crianças autistas de deficientes mentais sem autismo.

Ainda em relação aos instrumentos para este nível de rastreamento, no contexto brasileiro não há instrumentos padronizados e reconhecidos internacionalmente para a avaliação precoce do desenvolvimento cognitivo e da linguagem, que envolveriam, entre outros, tarefas não-verbais. Como, por exemplo, a *Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Bayley III* (Bayley, 2005), uma escala norte-americana, composta em sua última edição por 4 escalas, que se destina à avaliação de bebês a



partir do primeiro mês de vida até os 3 anos de idade. Embora não se trate de uma medida de inteligência, não fornecendo o mesmo tipo de dado que os testes psicológicos para avaliação global da inteligência, esta escala do desenvolvimento tem sido historicamente utilizada para avaliação de crianças com autismo como um método alternativo (Edelson, 2006).

De acordo com dados do Conselho Federal de Psicologia, que vem avaliando todos os testes psicológicos disponibilizados no mercado brasileiro, os testes psicológicos para avaliação global da inteligência em crianças que, até o momento, se encontram com avaliação favorável, ou seja, padronizados e também mundialmente aceitos, são: a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças - WISC-III (Figueiredo, 2002), adaptada para crianças com idades entre 6 e 16 anos; o Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999) e o Teste de Matrizes Progressivas - Escala Geral (Campos, 1979), normatizado para crianças entre 4 e 11 anos de idade e para população entre 12 e 65 anos. Portanto, estes são instrumentos que se destinam às idades mais avançadas, considerando-se as indicadas como possíveis para identificação precoce do autismo.

Kanner já ressaltava, em seu artigo onde relata os onze casos de criança com “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, que embora os casos apresentados sugerissem boa inteligência, “Binet ou testes similares não poderiam ser utilizados dada a limitada acessibilidade” a essas crianças (Kanner, 1946, p. 248). Ainda assim, na pesquisa e na prática clínica, os testes de inteligência Wechsler e o próprio Stanford-Binet (Thorndike, Hagen, & Sattler, 1986) são comumente utilizados para avaliação de crianças com autismo (Mottron, 2004). As conhecidas dificuldades relacionadas à linguagem, atenção, e alterações relacionadas às funções executivas nas crianças com autismo constituem um desafio e, em alguns casos, tornam inapropriado o uso destes

testes. Sendo assim, profissionais e pesquisadores optam por utilizar subtestes dos testes de inteligência ou métodos alternativos para avaliação da inteligência nestas crianças (Edelson, 2006).

O WISC-III (Wechsler, 1991) é a escala Wechsler que se destina à população na faixa etária de 6 a 16 anos. Possui uma edição adaptada para a população brasileira publicada em 2002, e apresenta um total de 13 subtestes: 6 Verbais e 7 de Execução. Enquanto o WPPSI-III (Wechsler, 2002) é aplicado às idades entre 2 anos e 6 meses e 7 anos e 3 meses. Este teste tem um total de 14 subtestes: 7 Verbais, 5 de Execução e 2 subtestes de Velocidade de Processamento, e não possui versão adaptada e validada para o Brasil aprovada pelo Conselho Federal de Psicologia até o momento.

No WISC-III, indivíduos com autismo produzem um perfil característico de resultado: déficits significativos nos subtestes da escala verbal, especialmente o Compreensão, acompanhado de um elevado desempenho no subteste Cubos, da escala de execução (Dawson et al., 2007). O subteste Cubos do WISC-III é considerado um importante indicador da teoria do déficit da Coerência Central (Happé, 2003).

Entretanto, alguns autores questionam a interpretação destes resultados, sugerindo níveis e natureza distinta da inteligência em pessoas com autismo (Dawson et al., 2007). Outros apontam a inconsistência de evidências empíricas que suportem a teoria do déficit na Coerência Central, sugerindo a influência de outras variáveis no desempenho do WISC-III, como a ansiedade e transtornos de humor, comorbidades comuns nos casos de autismo (Burnette et al., 2005).

Defende-se, então, o uso de instrumentos que prescindam de competência na compreensão e uso da linguagem verbal como, por exemplo, o Teste de Matrizes Progressivas de Raven, no qual esta população apresentaria um desempenho significativamente melhor (Dawson et al., 2007).

O Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999), foi desenvolvido para avaliar crianças na faixa de 5 a 11 anos, consiste em três séries de problemas apresentados sob a forma de uma matriz de figuras. E o Teste de Matrizes Progressivas - Escala Geral (Campos, 1979), consiste em 5 séries de problemas apresentados sob a forma de uma matriz de figuras, destinado principalmente a sujeitos de 12 a 65 anos.

### *Intervenção*

As formas de intervenção no autismo vão ao encontro dos desafios epistemológicos e, conseqüentemente, da heterogeneidade etiológica e clínica. Apesar das dificuldades substanciais nas pesquisas sobre intervenção no autismo (Charman et al., 2003), há a necessidade de estudos rigorosos que sigam recomendações baseadas em evidências, a fim de ajudar os pais e profissionais a decidir qual estratégia será mais efetiva em atender as necessidades de suas crianças (Jordan, Jones & Murray, 1998).

Atualmente, tratamentos de primeira escolha para crianças com autismo são não-medicamentosos, e consistem em intervenções psicoterápicas, psicossociais e educacionais, com o objetivo de maximizar a aquisição da linguagem, melhorar as habilidades sociais e comunicativas e diminuir os comportamentos mal-adaptativos (Rotta & Riesgo, 2005).

As intervenções farmacológicas geralmente utilizadas em pacientes com autismo têm como alvo sintomas específicos que interferem no funcionamento do indivíduo, como agressão, rituais compulsivos, baixa tolerância à frustração com acessos de ira, e a hiperatividade (Assumpção Jr. & Pimentel, 2000; Nikolov, Jonker e Scahill, 2006), e

que dificultam ou até mesmo impedem as intervenções educacionais e comportamentais de primeira escolha.

Os fármacos frequentemente utilizados pertencem a diversos grupos de medicação, não são utilizados exclusivamente para os sintomas-alvo e afetam um amplo espectro de funções cerebrais, não necessariamente afetadas primariamente pelo autismo (Nikolov, Jonker e Scahill, 2006). A seguir, será fornecida uma visão geral sobre algumas das categorias de fármacos usualmente utilizados no tratamento de crianças e adultos com autismo.

### *Antipsicóticos*

Os antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, foram originalmente utilizados para tratar a psicose, especialmente a esquizofrenia. Apesar da nomenclatura, são medicamentos utilizados também como primeira escolha para o tratamento dos tiques e comportamentos agressivos graves, além dos quadros psicóticos (Mercadante & Scahill, 2005). De forma geral, seu efeito se dá à medida que funcionam como antagonistas dos receptores dopaminérgicos, diminuindo a sua ativação pela dopamina endógena (Graeff, 1989).

Drogas deste grupo de fármacos, como o haloperidol e a risperidona, esta última um antipsicótico atípico (AAP), têm sido as mais utilizadas no autismo, visando a diminuição dos comportamentos de agressividade, estereotípias, crises de ira e de automutilação (Assumpção Jr., 1994; Nikolov, Jonker & Scahill, 2006; Rotta & Riesgo, 2005; West & Waldop, 2006).

Vários estudos sugerem a indicação de uso dos AAPs para o seguimento de casos crônicos, por apresentarem menos efeitos colaterais extrapiramidais

(impregnação), como sedação excessiva, reação distônica, efeitos parkinsonianos e discinesia, mas também a necessidade de um maior número de estudos controlados (Reinblatt, Abanilla, Jummani & Coffey, 2006; Stachnik & Num-Thompson, 2007; Shea et al., 2004; West & Waldop, 2006).

Hallet, Lebiedowska, Thomas, Stanhope, Denckla e Rumsey (1993) mostraram que as estereotipias típicas observadas em autistas adolescentes e adultos não podem ser diferenciadas, com certeza, de discinesias relacionadas ao uso de neurolépticos.

Os AAPs foram introduzidos muito recentemente no rol de drogas de uso terapêutico. No Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde apresenta a risperidona, clozapina, olanzapina, quetiapina e a ziprazidona em sua lista de medicamentos (SES/DF, 2009). Ainda não está disponível o aripiprazol, o mais recente AAPs disponível internacionalmente.

Todos os AAPs supracitados têm sido pesquisados no tratamento de autismo e fenômenos afins, com níveis variados de suporte empírico (Nikolov, Jonker e Scahill, 2006). Os resultados positivos apontam para o controle da hiperatividade, redução da frequência e intensidade de crises de ira e agressão (Findling, Maxwell & Wiznitzer, 1997; Nicolson, Awad & Sloman, 1998; RUPP Autism Network, 2005).

Nikolov, Jonker e Scahill (2006) sugerem a risperidona como tratamento padrão emergente em indivíduos com autismo. A risperidona consiste em um potente antagonista de receptor de dopamina Tipo 2 (D2) e de serotonina Tipo 2 (5-HT<sub>2</sub>). Huttunen (1995) relatou a eficácia da risperidona contra ambos os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, e suas vantagens em relação aos neurolépticos bloqueadores de dopamina, bem como a antipsicóticos atípicos como a clozapina, convencionalmente utilizados.

### *Inibidores da recaptação de serotonina (IRSs)*

Os chamados inibidores da recaptação de serotonina (IRSs) são um grupo de compostos não relacionados quimicamente que inibem fortemente a recaptação de serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5-HT) no sítio do transportador pré-sináptico. Entre eles, a clomipramina, imipramina e amitriptilina são os chamados antidepressivos tricíclicos (ATC) que inibem a recaptação da serotonina e da norepinefrina. Outros, como a fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina e citalopram, são mais seletivos quanto à recaptação de serotonina e são classificados como inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS).

Apesar da elevação nos níveis de serotonina nas plaquetas consistir no achado neuroquímico mais consistente em autistas (Anderson et al., 2002; Marazziti et al., 2000), os IRSs não têm sido sistematicamente estudados no autismo (Nikolov, Jonker & Scahill, 2006).

Isto provavelmente é, em alguma proporção, decorrente do fato de que os IRSs têm sido utilizados no tratamento de uma gama de sintomas, como os comportamentos repetitivos, obsessivo-compulsivos, ansiosos e na redução de estereotipias e comportamento agressivo e automutilante, com evidências limitadas e relatos frequentes de efeitos adversos, como o próprio aparecimento do comportamento repetitivo em crianças mais jovens (Nikolov, Jonker & Scahill, 2006).

A bupiriona (agonista parcial de receptores 5-HT), assim como alguns dos IRSs como a bupropiona, também é utilizada por seu efeito ansiolítico, diminuindo secundariamente comportamentos estereotipados e automutilantes (Bethea & Sikich, 2007; Gadia, Tuchman & Rotta, 2004).

### *Estimulantes*

Os estimulantes, como o metilfenidato, são medicações bem estabelecidas para o tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças com desenvolvimento normal. Seu mecanismo de ação é, diretamente, a estimulação de receptores alfa e beta-adrenérgicos ou, indiretamente, a liberação de dopamina e noradrenalina dos terminais sinápticos (Pastura & Mattos, 2004).

O uso destes estimulantes tem sido foco recente de pesquisas com crianças com autismo. Sintomas presentes no TDAH também são comuns no autismo, como a agitação motora, hiperatividade, distração e comportamento impulsivo. Contudo, até o momento, os dados sugerem que crianças com distúrbio do desenvolvimento como o autismo associado ao TDAH têm risco aumentado de sofrerem os efeitos adversos do tratamento estimulante do que as com desenvolvimento normal e TDAH. Além disso, o índice de indivíduos com distúrbio do desenvolvimento como o autismo associado ao TDAH também apresentam resposta e o percentual médio de melhora também são um pouco menores (Nikolov, Jonker & Scahill, 2006).

### *Estabilizadores de humor*

Os anticonvulsivantes, como a carbamazepina e o ácido valpróico, são utilizados na prática clínica no tratamento de pessoas com autismo, em parte devido à alta incidência de convulsões nesta população, mas também para o tratamento de agressões e do descontrole do comportamento associado ao autismo (Nikolov, Jonker & Scahill, 2006; Rotta & Riesgo, 2005).

É importante ressaltar, portanto, que o risco de convulsões em crianças com autismo é um fator importante na seleção de quaisquer dos medicamentos empregados para tratar os distúrbios comportamentais (Rotta & Riesgo, 2005).

Nikolov, Jonker e Scahill (2006) observam ainda que, embora “os medicamentos possam melhorar a qualidade de vida de alguns pacientes, seus benefícios podem ser restritos em seu escopo”. E, além disso, “os dados disponíveis ainda não são capazes de prever quais pacientes responderão positivamente a qual medicamento” (p. S40). Grande parte dos pacientes os descontinua quando percebem os efeitos colaterais ou a perda de eficácia do uso dos medicamentos. Finalmente, também é digno de nota que benefícios em longo prazo dos psicotrópicos utilizados em autismo são em grande parte desconhecidos.

### *Objetivo*

Em face do apresentado, e a partir de uma demanda latente por avaliações psicológicas das crianças com autismo no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Universitário de Brasília (HUB), o objetivo desse estudo foi realizar o levantamento dos dados sobre a intervenção farmacológica e a avaliação para o rastreamento dos casos de autismo no Ambulatório de Saúde Mental do HUB, especificamente da Infância e da Adolescência, a fim compará-los e discuti-los em relação aos dados recentes da literatura.

Posteriormente, foi proposta a realização de uma avaliação psicológica destes pacientes e de pacientes voluntários do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP-UnB) também diagnosticados com autismo. Tal avaliação foi realizada através dos testes psicométricos



disponíveis, a fim de comparar os resultados à luz de estudos da área, bem como discutir as contribuições da psicologia para esta população no âmbito do HUB e do CAEP, e configuraram-se como estudos de caso.

## Método

### *Intervenção farmacológica e avaliação para o rastreamento*

A coleta de informações sobre os pacientes atendidos no ambulatório de saúde mental, especificamente da psiquiatria infantil e do adolescente, foi feita a partir das agendas de 2007 e 2008 do ambulatório do Hospital Universitário de Brasília. Os dados dos prontuários de todos os pacientes agendados foram analisados, com exceção daqueles cujos prontuários não foram localizados durante a pesquisa, ou cujo número de prontuário era incompatível com o nome do paciente, ou cujo prontuário não continha os dados objetos deste estudo.

No presente estudo, foram analisadas as seguintes informações sobre os pacientes: idade, sexo, diagnóstico, e, dentre os diagnosticados como autismo, comorbidades e a prescrição farmacológica na primeira e última consulta neste período, bem como o uso de instrumentos para avaliação da criança ou adolescente.

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio do programa SPSS 13.0 for Windows.

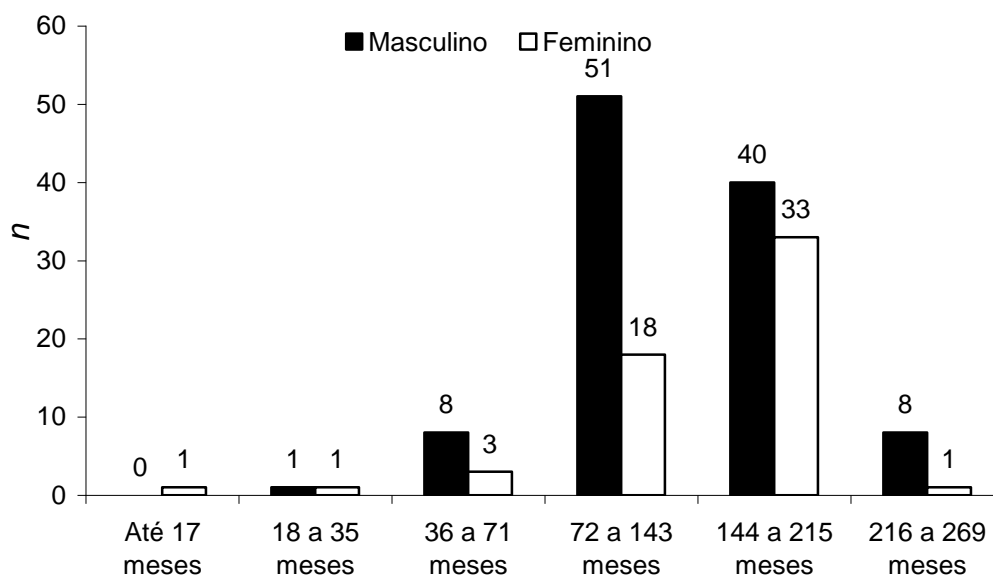
Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da saúde da Universidade de Brasília.

## Resultados

### *Intervenção farmacológica e avaliação para o rastreamento*

Foram analisados os dados dos prontuários de 165 pacientes atendidos no ambulatório de saúde mental, especificamente da psiquiatria infantil e do adolescente, do Hospital Universitário de Brasília, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2008.

A Figura 1 apresenta as características da população atendida quanto à idade em meses de vida e ao sexo. Para a determinação da idade, foi considerada a data da primeira consulta no período. A mediana da idade dos pacientes é de 143 meses, ou seja, 11 anos completos. A mediana de idade dos pacientes do sexo masculino é de 134 meses ou 11 anos completos, e do sexo feminino é de 156 meses ou 13 anos completos. A maioria dos pacientes atendidos no ambulatório é do sexo masculino ( $n=108$ ; 65,5%).

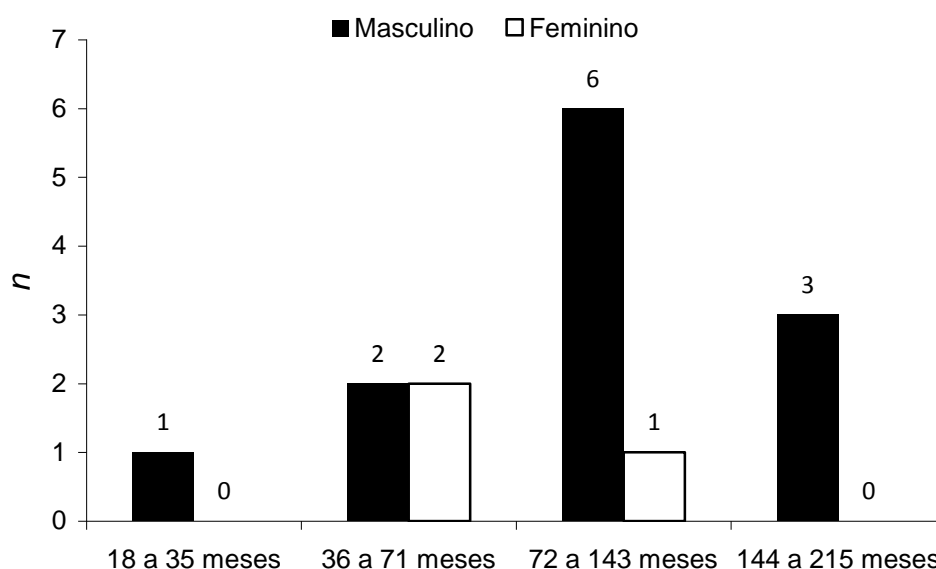


**Figura 1.** Distribuição da população atendida quanto à idade em meses de vida e ao sexo.

Em relação à distribuição entre as faixas etárias por sexo, 51 (47,2 %) pacientes do sexo masculino encontram-se na faixa de idade entre 72 e 143 meses (6 a 11 anos completos). Por sua vez, dentre os pacientes do sexo feminino, a maioria ( $n=33$ , 57,8%) encontra-se na faixa entre 144 e 215 meses (12 a 17 anos completos).

O diagnóstico de autismo, considerado como todos os identificados como F84 – da CID-10, dada a ausência de um diagnóstico diferencial consistente entre e intra-prontuário, foi apresentado a 15 dos 165 pacientes (9,1%), consistindo no quarto diagnóstico principal em números de casos, após o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH (F90), Retardo Mental (F70–79) e Episódio Depressivo (F32).

A mediana de idade dos pacientes diagnosticados com autismo é de 110 meses ou 9 anos completos, sendo a maioria do sexo masculino ( $n=12$ , 80%). A Figura 2 apresenta as características destes pacientes quanto à idade em meses de vida e ao sexo.



**Figura 2. Distribuição do grupo com autismo quanto à idade em meses de vida e ao sexo.**

Em relação à distribuição entre as faixas etárias por sexo dos pacientes com autismo, 6 (50 %) pacientes do sexo masculino encontram-se na faixa de idade entre 72 e 143 meses (6 a 11 anos completos). À medida que a maioria dos pacientes do sexo feminino ( $n=2$ , 66,6%) encontra-se na faixa entre 36 e 71 meses (3 a 5 anos completos).

A comorbidade mais frequente ( $n=3$ , 20%) foi o Retardo Mental (F70–79). Em um desses casos foi encontrada também enquanto comorbidade o TDAH (F90) e, em outro, a Epilepsia (G40), representando 6,7% cada um.

Conforme mostra a Tabela 1, em relação à intervenção farmacológica dos pacientes diagnosticados com autismo, na primeira consulta do período analisado, 53,3% ( $n=8$ ) dos pacientes foram medicados. Dentre estes, a monoterapia com antipsicóticos ( $n=4$ ; 50%) foi a mais prescrita, seguida pela associação medicamentosa de antipsicóticos com IRSs ( $n=2$ ; 25%).

Tabela 1

*Intervenção Farmacológica no Autismo*

Drogas	Data 1			Total
	36 a 71 meses	72 a 143 meses	144 a 215 meses	
Antipsicóticos	–	3	1	4
IRSs	–	–	1	1
Anticonvulsivantes	–	–	–	–
Estimulantes	–	–	–	–
Antipsicóticos+IRSs	–	–	–	–
Antipsicóticos+Anticonvulsivantes	1	2	–	3
Antipsicóticos+IRSs+Anticonvulsivantes	–	–	–	–
Total	1	5	2	8

	Data 2			Total
	36 a 71 meses	72 a 143 meses	144 a 215 meses	
Antipsicóticos	1	1	1	3
IRSs	–	1	2	3
Anticonvulsivantes	–	1	–	1
Estimulantes	–	1	–	1
Antipsicóticos+IRSs	–	–	–	–
Antipsicóticos+Anticonvulsivantes	1	1	–	2
Antipsicóticos+IRSs+Anticonvulsivantes	–	1	–	1
Total	2	6	3	11

Nota. Data 1 = primeira consulta

Data 2 = última consulta

Na última consulta do período estudado, o número de pacientes medicados aumentou para 73,3% ( $n=11$ ). Para eles, a monoterapia com IRSs ( $n=3$ ; 27,3%) ou antipsicóticos ( $n=3$ ; 27,3%) tornaram-se as mais prescritas, seguida pela associação medicamentosa de anticonvulsivantes com antipsicóticos ( $n=2$ ; 18,2%).

O tempo entre a primeira e última consulta do período dos pacientes com autismo e medicados variou entre 2 e 20 meses, com mediana igual a 8.

Considerando todo o período analisado, o antipsicótico mais prescrito foi o haloperidol ( $n=9$ ) seguido pela risperidona ( $n=4$ ). Os IRSs utilizados foram a imipramina ( $n=4$ ), a amitriptilina ( $n=2$ ) e a bupropiona ( $n=1$ ). Quanto aos anticonvulsivantes, foram prescritos a carbamazepina ( $n=3$ ) e o ácido valpróico ( $n=2$ ).

Em relação ao sexo dos pacientes diagnosticados com autismo e medicados, observamos que todas as crianças do sexo feminino fizeram uso de pelo menos um medicamento ao longo deste período. Portanto, os pacientes não medicados foram do sexo masculino. Em relação à idade, a distribuição foi semelhante às características de todos os pacientes com autismo, estando à maioria entre 72 e 143 meses, ou de 6 a 11 anos completos.

Não há registro sistemático sobre os sintomas ou a gravidade do caso.

Quanto à avaliação, não foram encontradas referências à utilização de instrumentos para avaliação dos casos diagnosticados como autismo. Também não foi possível a identificação da idade na qual receberam o diagnóstico de autismo.

*Estudos de casos*

Participaram voluntariamente dos estudos de casos quatro pacientes diagnosticados com autismo, sendo dois do ambulatório de saúde mental, especificamente da psiquiatria infantil e do adolescente, do Hospital Universitário de Brasília, e duas crianças recrutadas no Centro de Atendimentos e Estudos Psicológicos (CAEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP-UnB). Todos eram do sexo masculino, com as seguintes idades na data da avaliação: (a) 3 anos e 7 meses, (b) 5 anos e 11 meses, (c) 10 anos e 8 meses, e (d) 14 anos e 5 meses, residentes em Brasília-DF e entorno.

Os dois participantes do CAEP (*a* e *b*) apresentaram diagnóstico e acompanhamento externo de pediatra e psiquiatra de referência da criança.

Apenas o paciente *a* não fazia uso de medicação. O paciente *b* fazia uso de antipsicótico (risperidona), o *c* de antipsicótico associado à anticonvulsivante (risperidona e carbamazepina), e o *d* estava em uso de IRS (amitriptilina).

Em relação à escolarização, apenas o paciente *d* estava fora da escola. O paciente *a* estava inserido em Centro de Ensino Especial da rede pública de ensino do Distrito Federal, e os pacientes *b* e *c* frequentavam escola regular da rede pública de ensino do Distrito Federal.

Os responsáveis de todos os participantes leram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido previamente.

De acordo com a literatura internacional, e devido à acessibilidade no CAEP, e visando também abranger a faixa etária dos participantes, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- WISC-III – *Wechsler Intelligence Scale for Children – Terceira edição* (Wechsler, 1991).
- WPPSI-III – *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition* (Wechsler, 2002).
- Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999).
- Teste de Matrizes Progressivas - Escala Geral (Campos, 1979).
- SON-R 2½-7 (Tellegen, Laros, Winkel & Wijnberg-Williams, 1998). É composto por seis subtestes: Categorias, Analogias, Situações, Histórias, Mosaicas e Padrões. A versão brasileira - ainda não publicada, possui apenas os subtestes Categorias, Situações, Mosaicos e Padrões.

Foi utilizada a versão comercializada nos Estados Unidos da América do WPPSI-III, com tradução própria das instruções. O SON-R 2½-7 estava em estudo piloto no Brasil e seu uso foi cedido pelos autores para o CAEP e para o presente trabalho.

Todos os participantes tiveram, individualmente, uma primeira sessão de aproximadamente 50 minutos com o objetivo estabelecer o *rapport* com o responsável e conhecer a criança, bem como para preenchimento do consentimento livre e esclarecido e coleta de dados relevantes para o estudo, como a escolarização do participante, o uso de medicamentos e o seu acompanhamento adequado com o médico de referência.

Foram realizadas, então, no mínimo duas e no máximo quatro sessões de 50 minutos cada para avaliação individual de acordo com a padronização de cada instrumento. Os responsáveis acompanharam as crianças em todas as sessões. Foram aplicados todos os instrumentos válidos para a faixa etária de cada criança.

As principais dificuldades em relação aos procedimentos padronizados para aplicação dos instrumentos foram a ausência de um ambiente com mobiliário adequado para avaliação infantil, tanto no ambulatório do HUB quanto no CAEP; a agitação motora dos pacientes *a* e *b* que não permaneceram sentados; a dificuldade, se não a impossibilidade, de se estabelecer *rapport*. Além da ausência de linguagem oral e dificuldade em compartilhar a atenção com os pacientes *a* e *b*, e a ecolalia do paciente *d* que demandou, em todas as tarefas, a repetição das instruções como forma de oportunizar outra resposta à instrução fornecida, diferente da ecolalia que consistia na resposta imediata.

Os participantes *a* e *b* não apresentaram resposta aos instrumentos, no caso o WPPSI-III, o SON-R e o Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial. Quando demonstraram algum interesse pelos instrumentos, seus comportamentos consistiram em explorações aparentemente sensoriais, como através da manipulação dos materiais com as mãos, jogando-os ao chão, levando-os à boca, ou em observação passiva.

O paciente *c* demonstrou interesse, foi colaborativo e apresentou os seguintes resultados:

- Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial: escore total igual a 21 pontos, correspondente ao percentil 30 e classificado como nível III- ou Intellectualmente Médio, comparando-o à população geral.
- WISC-III: QI Verbal igual a 76, correspondente ao percentil 5, classificado como Limítrofe; QI de Execução igual a 82, correspondente ao percentil 12, classificado como Médio Inferior; e QI Total igual a 77, correspondente ao percentil 6, classificado como Limítrofe. Seu melhor desempenho ocorreu no subteste Armar Objetos (escore ponderado igual a 9), da escala de execução. Seu



resultado no subteste Cubos foi semelhante aos subtestes Completar Figuras, Semelhanças, Arranjo de Figuras, Aritmética e Dígitos (escore ponderado em todos estes subtestes igual a 8).

Por sua vez, o paciente *d* necessitou de direcionamento constante do responsável e da examinadora para engajar-se e permanecer nas atividades propostas, e apresentou os resultados seguintes:

- Teste de Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral: escore total igual a 24 pontos, correspondente ao percentil 5 e classificado como nível V ou como índice de Deficiência Mental comparando-o à população geral.
- WISC-III: QI Verbal inferior a 45, correspondente ao percentil inferior a 0,1, classificado como Intelectualmente Deficiente; QI de Execução igual a 57, correspondente ao percentil 0,2, classificado também como Intelectualmente Deficiente; e QI Total inferior a 50, correspondente ao percentil menor que 0,1, classificado igualmente como Intelectualmente Deficiente. Seu melhor desempenho ocorreu no subteste Arranjo de Figuras (escore ponderado igual a 8), da escala de execução. Seu resultado no subteste Cubos foi o segundo melhor (escore ponderado igual a 6).

## Discussão

Aman, Van Bourgondien, Wolford e Sarphare (1995) relatam que, em levantamentos à época do estudo, cerca de 1/3 das pessoas com autismo faziam uso de algum medicamento psicotrópico. Dados recentes indicam um aumento da porcentagem de crianças e adolescentes que fazem uso de algum medicamento psicotrópico, como no estudo de Mandell et al. (2008), onde encontraram o uso de pelo menos um medicamento em 56% da amostra estudada. No presente estudo, a porcentagem encontrada está de acordo com os dados recentes, com pelo menos 53,3% dos pacientes com diagnóstico de autismo medicado.

Os resultados mostram que a intervenção farmacológica aplicada aos pacientes com diagnóstico de autismo do ambulatório de saúde mental, especificamente o da psiquiatria da infância e adolescência do HUB vai ao encontro da literatura recente nesta área. As drogas mais utilizadas têm sido os antipsicóticos, seguidos por drogas que atuam na neurotransmissão da serotonina, como os IRSs. Esta tendência foi demonstrada tanto na primeira consulta, na qual a medicação mais prescrita consistiu na monoterapia com antipsicóticos (50%), seguida da associação de antipsicóticos com IRSs (37,5%), como na última consulta do período estudado. Nesta última, embora a monoterapia mais prescrita tenha se deslocado também em direção aos IRSs (27,3%), igualando-se à monoterapia com antipsicótico, os antipsicóticos permaneceram compondo a associação farmacológica mais frequente, ou seja, de antipsicóticos com anticonvulsivantes (18,2%).

O fato do antipsicótico mais prescrito ter sido o haloperidol ( $n=9$ ) em detrimento da risperidona ( $n=4$ ), este último o AAT sugerido como tratamento padrão no caso do

autismo (Nikolov, Jonker e Scahill, 2006), deve ser devido ao seu baixo custo, considerando-se a baixa condição sócio-econômica dos pacientes.

O tempo entre a primeira e última consulta do período dos pacientes com autismo e medicamentos não indica necessariamente o tempo exato da mudança ou de início da medicação. Todavia, sua variação entre 2 e 20 meses, com mediana igual a 8, para o período de 2 anos analisados nos sinaliza uma baixa frequência de atendimentos no acompanhamento destes pacientes, que pode estar relacionado a fatores relevantes para os serviços em saúde, como a falta de adesão e abandono do tratamento devido a algum tipo de dificuldade, como dificuldades sócio-econômicas, efeitos adversos dos medicamentos ou mesmo a resultados inferior a expectativa dos pacientes e familiares.

A ausência de uma descrição objetiva dos sintomas alvos nos prontuários analisados, bem como dos possíveis efeitos colaterais das medicações, pode ter limitado a análise de dados no presente estudo, como a efetividade da intervenção farmacológica e os próprios efeitos colaterais destas. Mas esta é uma dificuldade encontrada também na literatura sobre o assunto (Nikolov, Jonker e Scahill, 2006). Por exemplo, observamos que, diferentemente do esperado, o incremento do uso de anticonvulsivante e de estimulante na última consulta não está relacionado às comorbidades encontradas, como a Epilepsia e o TDAH.

É provável que a identificação de comorbidades, como o Retardo Mental que foi encontrado em 20% dos casos nesse estudo, esteja subestimada devida também à falta de informações nos prontuários.

Apesar da inconsistência dos dados recentes que apontem para uma alta associação de déficit intelectual e autismo, tanto devido à falta de estudos experimentais quanto devido a inadequação dos instrumentos para avaliação psicológica desta população (Edelson, 2006), é digno de nota que as crianças com autismo apresentam os

outros dois dos três critérios atuais considerados para o diagnóstico de Retardo Mental, a saber: déficits relacionados ao comportamento adaptativo e início das manifestações ou sinais indicativos de atraso no desenvolvimento ainda na infância ou adolescência (DSM-IV-TR, 2002). Além disso, um novo paradigma proposto na literatura para concepção da deficiência mental enfatiza a necessidade, a natureza e a intensidade dos apoios e sua influência na funcionalidade do sujeito (Carvalho & Maciel, 2003). Sendo assim, ao entendermos o Retardo Mental como categoria diagnóstica que identifica dificuldades tão ou mais importantes que deficiência intelectual, relacionadas ao comportamento adaptativo, participação, interação e papéis sociais, pode-se compreender a alta associação do autismo ao Retardo Mental. O reconhecimento da deficiência mental enquanto categoria diagnóstica, segundo Carvalho e Maciel (2003), é ponto de partida para a melhoria da qualidade de vida desta população e de seus familiares, através da “identificação, intervenção, apoio, promoção de cuidados e atendimento a direitos” (p. 155). Muito embora não se discuta as conhecidas dificuldades que constituem um desafio e, em alguns casos, tornam inapropriado o uso dos instrumentos tradicionais para avaliação psicológica nestas crianças, que nos aponta para a necessidade de métodos alternativos para a avaliação das habilidades intelectuais das crianças com autismo.

A predominância do sexo masculino encontrada neste estudo, tanto na população total (65,5%) quanto nos casos de autismo (80%), é típico de populações com distúrbios do desenvolvimento (DSM-IV-TR, 2002).

Apenas recentemente as possíveis relações entre autismo, neurodesenvolvimento e serotonina têm sido investigadas. A hipótese é de que níveis constantemente elevados de serotonina podem determinar anormalidades no neurodesenvolvimento, até mesmo em aspectos estruturais do cérebro. Parecem indicar, por exemplo, prejuízos na

eliminação de sinapses contribuindo para anormalidades corticais em autistas (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004). Portanto, os resultados de investigações sobre a intervenção farmacológica no autismo infantil podem ter implicações clínicas bastante relevantes e polêmicas, como a possibilidade de intervenção farmacológica precoce a fim de mudar o curso do neurodesenvolvimento de crianças em risco para o autismo, conforme já sinalizado por alguns autores (Bethea & Sikich, 2007).

Outra limitação deste estudo foi o pequeno número de crianças avaliadas e, conseqüentemente, a inviabilidade de se constituir um grupo controle para análise dos resultados e possíveis contribuições na área. As principais dificuldades encontradas foram: perda do contato com o paciente devido à falta de atualização dos cadastros dos pacientes no HUB; impossibilidade de contato pela falta de acesso ao telefone ou de resposta a outras formas de contato feitas (e. g. carta) por parte dos pacientes do HUB; dificuldades em comparecer às sessões programadas devido à baixa condição sócio-econômica dos pacientes do HUB; dificuldade em comparecer às sessões programadas devido às características próprias da criança ou do adolescente, como intolerância a mudanças na rotina; e a falta de acompanhamento médico adequado, regular, de pacientes em uso de medicação psicotrópica.

As avaliações dos dois pacientes deste estudo não indicam que pessoas com autismo se beneficiariam necessariamente do uso de outros instrumentos que, entre outras características, prescindem de competência na compreensão e uso da linguagem verbal como no Teste de Matrizes Progressivas de Raven (Dawson et al., 2007). O participante *d* obteve resultado igualmente prejudicado tanto no WISC-III quanto no Teste de Matrizes Progressivas de Raven, embora o participante *c* tenha realmente apresentado desempenho melhor neste do que no WISC-III. Todavia, o baixo

desempenho do participante *d* em ambos os instrumentos também pode ser associado à falta de estimulação apropriada, como a educação formal.

Os resultados da avaliação não soma dados a teoria da Coerência Central (Happé, 2003), considerando que nenhum dos pacientes obteve seu melhor desempenho no subteste Cubos do WISC-III.

Conforme preconizado na literatura, é necessária a utilização de instrumentos padronizados e internacionalmente reconhecidos na avaliação diagnóstica e cognitiva, bem como é fundamental que se descreva com acurácia as anormalidades físicas, sintomas e síndromes psiquiátricas associadas a fim de “permitir que em longo prazo se detectem subgrupos (*clusters*) por meio das diferenças e semelhanças percebidas entre os quadros” (Assumpção Jr. & Kuczynski, 2007, p. 36). Desse modo, será possível obter avanços na elucidação etiológica do autismo e, por consequência, na possibilidade de intervenções eficazes.

Sendo assim, sugerimos a adoção do registro sistemático do diagnóstico diferencial, das comorbidades como síndromes psiquiátricas, das possíveis anormalidades físicas associadas, bem como de medidas de gravidade dos sintomas alvo e dos comportamentos disfuncionais, próprios do quadro do autismo ou não, na rotina do serviço ambulatorial de saúde mental do HUB. Isto seria possível através dos instrumentos disponíveis na literatura, como o DSM-IV-TR e o CARS, um instrumento amplamente utilizado e reconhecido, utilizado não só para distinguir casos de autismo e atraso cognitivo, como também para classificar a gravidade dos sintomas nos quadros de autismo.

Em relação à avaliação psicológica, se faz necessário o encaminhamento sistemático destes pacientes para serviços como o CAEP para avaliações abrangentes, que visem contribuir com a identificação e, principalmente, com a intervenção precoce e

orientações à família e escola. Sendo assim, esta avaliação não deve se limitar aos instrumentos tradicionais, devendo incluir observações, análises qualitativas e contextualizadas do comportamento e desenvolvimento sócio-cognitivo e afetivo da criança.

Trata-se da adoção de medidas factíveis, éticas e pouco onerosas ao Hospital Universitário de Brasília e ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, que representariam um grande avanço para o monitoramento do tratamento oferecido, além de contribuir com a produção de conhecimento nesta área de estudo, exercendo assim uma de suas principais funções enquanto universidade e hospital universitário.

## Referências bibliográficas

- Aman, M. G., Van Bourgondien, M. E., Wolford, P. L., & Sarphare, G. (1995). Psychotropic and anticonvulsant drugs in subjects with autism: prevalence and patterns of use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 1672–1681.
- Anderson, G. M., Gutknecht, L., Cohen, D. J., Brailly-Tabard, S., Cohen, J. H., Ferrari, P., Roubertoux, P. L., & Tordjman, S. (2002). Serotonin transporter promoter variants in autism: functional effects and relationship to platelet hyperserotonemia. *Molecular Psychiatry*, 7, 831-836.
- Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F. & Duarte, J. L. M. (1999). *Manual Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: escala especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Araújo, C. A. de (2007). Teorias Afetivas e Autismo. In Assumpção Jr., F. B. & Kuczynski, E., *Autismo Infantil – Novas tendências e perspectivas* (pp. 91-104). São Paulo: Atheneu.
- Assumpção Jr., F. B. (2007). Conceito e Diagnóstico. In Assumpção Jr., F. B. & Kuczynski, E., *Autismo Infantil – Novas tendências e perspectivas* (pp. 1-16). São Paulo: Atheneu.
- Assumpção Jr., F. B. (1994). Autismo infantil. In F. B. Assumpção Jr. (Ed.), *Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 157-170). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Assumpção Jr., F. B. & Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl I), 37-39.



- Assumpção Jr., F. B. & Kuczynski, E. (2007). Anormalidades Genéticas e Autismo Infantil. In Assumpção Jr., F. B. & Kuczynski, E., *Autismo Infantil – Novas tendências e perspectivas* (pp. 17-41). São Paulo: Atheneu.
- Assumpção Jr., 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 detecção de condutas autísticas. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*, 4, 254-263.
- Baird, G. Charman, T., Cox, A., Baron-Cohen, S. Swettenham, J., Wheelwright, S. & Drew, A. (2001). Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 84 (6) 468-475.
- Baron-Cohen, S. (1988). Social and pragmatic deficits in autism: Cognitive or affective? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18 (3), 379-402.
- Baron-Cohen, S. (2004). The cognitive neuroscience of autism. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 75, 945-948.
- Baron-Cohen, S., Allen, J. & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Baron-Cohen, S., & Bolton, P. (1993). *Autism – the facts*. NY: Oxford Medical Publications.
- Bayley, N. (2005). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development*. UK: Psychocorp.
- Bethea, T.C., & Sikich, L. (2007). Early pharmacological treatment of autism: a rationale for developmental treatment. *Biol Psychiatry*, 61 (4), 521-537.
- Bogdashina, O. (2003). *Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome – Different Sensory Experiences, Different Perceptual Worlds*. London ADN Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Bosa, C. (2002). Atenção Compartilhada e Identificação Precoce do Autismo. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15 (1), 77-88.
- Bosa, C. (2001). As relações entre autismo, comportamento social e função executiva. *Psicologia: reflexão e crítica*, 14, 281-289.
- Burnette, C. P., Mundy, P. C., Meyer, J. A., Sutton, S. K., Vaughan, A. E., & Charak, D. (2005). Weak Central Coherence and Its Relations to Theory of Mind and Anxiety in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (1), 63-73.
- Campos, F. (1979). O Teste de Raven (Escala Geral) no Brasil. In Raven, J. C., *Teste das Matrizes Progressivas – Escala Geral: Séries A, B, C, D e E*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Carvalho, E. N. S. de & Maciel, D. M. M de Albuquerque (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American association on Mental Retardation – AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP – 2003*, 11 (2), 147-156.
- Charman, T., Howlin, P., Aldred, C., Baird, G., Degli Espinosa, F., Diggle, T., Kovshoff, H., Law, J., Le Couteur, A., MacNiven, J., Magiati, I., Martin, N., McConachie, H., Peacock, S., Pickles, A., Randle, V., Slonims, V., & Wolke, D. (2003). Research into early intervention for children with autism and related disorders: methodological and design issues. *Autism*, 7, 217–225.
- Courchesne, E. & Pierce, K. (2005). Brain overgrowth in autism during a critical time in development: implications for frontal pyramidal neuron and interneuron development and connectivity. *Int. J. Devl Neuroscience*, 23, 153-170.
- Da Costa, M. I. F. & Nunesmaia, H. G. Da S. (1998). Diagnóstico Genético e Clínico do Autismo Infantil. *Arq Neuropsiquiatr*, 56 (1), 24-31.

- Dawson, M., Soulières, I., Gernsbacher, M. A. & Motttron, L. (2007). The Level and Nature of Autistic Intelligence. *Psychological science*, 18 (8), 657- 662.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
- Edelson, M. G. (2006). Are the majority of children with autism mentally retarded? A systematic evaluation of the data. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21, 66-83.
- Figueiredo, V. L. M. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual/ David Wechsler, 3ª ed.; Adaptação e Padronização de uma amostra Brasileira*, 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Findling, R. L., Maxwell, K., & Wiznitzer, M. (1997). An open clinical trial of risperidone monotherapy in young children with autistic disorder. *Psychopharmacol Bull*, 33, 155–159.
- Frith, U. (1989). *Autism: explaining the enigma*. Oxford: Basil Backwell,
- Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N.T. (2004). Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80 (2Supl), S83-S94.
- Gillberg, C. (1990). Infantile Autism: diagnosis and treatment. *Act Psychiatr Scand*, 81, 209-215.
- Graeff, F. G. (1989). *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. 2ª edição. São Paulo: EPU.
- Gupta Abha, R., & State Matthew, W. (2006). Autismo: Genética. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl I), 42-45.
- Hallet M., Lebiedowska, M., Thomas, S. L., Stanhope, S., Denckla, M., & Rumsey, J. (1993). Locomotion of autistic adults. *Arch Neurol*, 50, 1304-1308. Horrigan, J.

- P., & Barnhill, L. J. (1997). Risperidone and explosive aggressive autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 313–323.
- Hobson, R. P. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27 (3), 321-342.
- Hobson, R. P. (1991). What is autism? *Psychiatric Clinics of North America*, 14 (1), 1-17.
- Huttunen, M. (1995). The evolution of the serotonin-dopamines antagonist concept. *J Clin Psychopharmacol*, 15(1 Suppl 1), 4S–10S.
- Jordan, R., Jones, G., & Murray, D. (1998). Educational interventions for children with autism: a literature review of recent and current research. *Research Report 77*, Birmingham: School of Education, University of Birmingham.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. & Eisenberg, L. (1956). Early infantile autism, 1943-1955. *American Journal Orthopsychiatry*, v. 26, n.3, p. 556-566.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl I), S3-11.
- Klin, A., Mercadante, M. (2006). Autismo e transtornos invasivos do desenvolvimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl I), S1-2.
- Lampreia, C. (no prelo). *Algumas considerações sobre a identificação precoce do autismo*.
- Lampreia, C. & Lima, M. M. R. (2008). *Manual para o Instrumento de Vigilância Precoce do Autismo*. Rio de Janeiro: Loyola.
- Lord, Rutter & Le Couteur (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible

- pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24 (5), 659-685.
- Mandell, D. S., Morales, K. H., Marcus, S. C., Stahmer, A. C. r, Doshi, J., & Polsky, D. E. (2008). Psychotropic Medication Use Among Medicaid-Enrolled Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 121 (3), e441-e448.
- Marazziti, D., Muratori, F., Cesari, A., Masala, I., Baroni, S., Giannaccini, G., Dell'Osso, L., Cosenza, A., Pfanner, P., & Cassano, G. B. (2000). Increased density of the platelet serotonin transporter in autism. *Pharmacopsychiatry*, 33 (5), 165-168.
- Mello, A. M. S. R. de (2004). *Autismo: guia prático*. col. Maria Alice de Castro Vatauvuk, São Paulo: AMA; Brasília: CORDE.
- Mercadante, M. T. & Scahill, L. (2005). *Psicofarmacologia da Criança – Um guia para crianças, pais e profissionais*. São Paulo: Memnon.
- Mottron, L. (2004). Matching strategies in cognitive research with individuals with high-functioning autism: current practices, instrument biases, and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 19-27.
- Moore, V. & Goodson, S. (2003). How Well Does Early Diagnosis of Autism Stand the Test of Time? : Follow-Up Study of Children Assessed for Autism at Age 2 and Development of an Early Diagnostic Service. *Autism*, 7 (1), 47 - 63.3.
- Nicolson, R., Awad, G., & Sloman, L. (1998). An open trial of risperidone in young autistic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37, 372–376.
- Nikolov, R., Jonker, J. & Scahill, L. (2006). Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. *Rev Bras Psiquiatr*, 28 (Supl I), S39-46.

- Ornitz, E. M. & Ritvo, E. R. (1976). The syndrome of autism: A critical review. *The American Journal of Psychiatry*, 133, 609-621.
- O'Roak, B. J. & State, M. W. (2008). Autism Genetics: Strategies, Challenges, and Opportunities. *Autism Research*, 1 (1), 4-17.
- Osterling, J.A., Dawson, G. & Munson, J.A. (2002). Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Development and Psychopathology*, 14, 239-251.
- Pastura, G. & Mattos, P. (2004). Efeitos colaterais do metilfenidato. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (2), 100-104.
- 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), 487-494.
- Pickett, J. & London, E. (2205). The neuropathology of Autism: A Review. *J. Neuropathol Exp Neurol*, 64 (11), 925-935.
- Poutska, R., Lisch, S., Ruhl, D., Sacher, A., Schmotzer, G., Werner, K. (1996). The standardization of Autism, Autism Diagnostic Interview-Revised: Interrater reliability of the German form of the interview. *Psychopathology*, 29:145-153.
- Reinblatt, P. S., Abanilla, P. K., Jummani, R., & Coffey, B. (2006). Loxapine treatment in an autistic child with aggressive behavior: therapeutic challenges. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16 (5), 639-643.
- Rellini, E., Tortolani, D., Trillo, S., Carbone, S. & Montecchi, F. (2004). Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist (ABC) correspondence and conflicts with DSM-IV criteria in diagnosis of autism. *J Autism Dev Disord*. 34, 703-708.

- Ritvo E.R. & Ornitz, E. M. (1976). Autism: diagnosis, current research and management. New York: Spectrum.
- Rotta, N. T., & Riesgo, R. dos S. (2005). Autismo infantil. In: N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. dos S. Riesgo (Eds.), *Rotinas em Neuropediatria*. Porto Alegre: Artmed, 161-172.
- RUPP Autism Network (2005). Risperidone Treatment of Autistic Disorder: Long-term benefits and blinded discontinuation after 6 months. *Am J Psychiatry*, 162 (7), 1361-1369.
- Rutter, M. (2005). Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatr*, 94, 2-15.
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF (2009). *Relação de Medicamentos (REME-DF)*. Brasília: Autor. Retirado em 07/05/2009, do Portal Oficial da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal, <http://www.saude.df.gov.br>
- Shea, S., Turgay, A., Carroll, A., Schulz, M., Orlik, H., Smith, I., & Dunbar, F. (2004). Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*, 114, 634-641.
- Snijders, J.Th., Tellegen, P.J. & Laros, J.A. (1989). *SON-R 5½-17: Manual and research report*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Stachnik, J. M., & Num-Thompson, C. (2007). Use of atypical antipsychotics in the treatment of autistic disorder. *Ann Pharmacother*, 41 (4), 626-634.
- Stone, W.L., Lee, E.B., Ashford, L., Brissie, J., Hepburn, S.L., Coonrod, E.E. & Weis, B.H. (1999). Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (2), 219-226.

- Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *Technical manual: Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth edition*. Chicago:Riverside.
- Tuchaman, R. & Rapin, I. (2002). Epilepsy in autism. *Lancet Neurol*, 1, 352-358.
- Tsai, L. Y. (1999) Psychopharmacology in Autism. *Psychosomatic Medicine*, 61, 651–665.
- Wechsler, D. (2002). WPPSI-III – *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition*. USA: The Psychological Corporation.
- West, L., & Waldop, J. (2006). Risperidone use in the treatment of behavioral symptoms in children with autism. *Pediatr Nurs*, 32 (6), 544-549.
- World Health Organization (2007). *International classification of diseases-ICD*. 10th revision, version 2007. Geneva: WHO. Retirado em 07/05/2009, disponível em <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>