



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

DIANA RAFAELA FIGUEIREDO DE ALBUQUERQUE LOUREIRO

***PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO:
IMPLICAÇÕES NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ LUÍS PIO DA COSTA ABREU**

MARÇO/2011

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Pio Abreu, pelas suas pertinentes e eloquentes observações, críticas, estímulo e sugestões, quero manifestar a minha profunda e sincera gratidão.

À Professora Guiomar e à Dra. Cátia pela disponibilidade e solícitude, conducentes ao enriquecimento desta dissertação.

Aos amigos e familiares em sentido lato, pelas palavras de estímulo e confiança que sempre tiveram para comigo.

Aos meus pais, pelo afecto, apoio incondicional e incentivo, e a meu pai, em particular, pelo esforço de revisão.

Resumo

Perturbações do Espectro do Autismo: Implicações na Clínica Psiquiátrica

O reconhecimento do autismo e da Síndrome de Asperger (SA) como entidades nosológicas, bem como a sua descrição, é relativamente recente (anos quarenta do século passado). Desde então, muita tem sido a investigação conduzida em torno destas e doutras perturbações relacionadas, actualmente designadas como Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) ou Desordens Globais do Desenvolvimento. Contudo, em relação às formas menos graves da doença, esta investigação começou há apenas trinta anos.

Deste modo, a realização de estudos relativos a adultos autistas só tem sido possível nos últimos anos, havendo agora vários trabalhos centrados na sua trajectória de desenvolvimento, sintomatologia e comorbilidades.

Por outro lado, surge a possibilidade de muitos adultos com a doença não terem sido diagnosticados, ou porque esta não tinha ainda sido descrita ou por apresentarem manifestações ligeiras, que apenas se tornam reconhecíveis após a infância, e que muitas vezes se apresentam mascaradas por comorbilidades, levando a erros de diagnóstico. Neste sentido, surgiu recentemente a necessidade de desenvolver instrumentos que permitam

diagnosticar estas patologias no adulto, uma vez que a maioria dos existentes se destinam a crianças.

Esta dissertação procura apresentar os dados mais relevantes relacionados com 1) as características das PEA nos doentes adultos, 2) as suas comorbilidades e, sobretudo, 3) os instrumentos diagnósticos para a patologia autista nesta idade. Nesse sentido, fez-se uma revisão sistemática da literatura, com particular incidência nas escalas para avaliação destas perturbações, construídas propositadamente para adultos.

Foi encontrada bastante informação relativa aos pontos 1) e 2). Quanto ao ponto 3), também foram encontradas diversas escalas diagnósticas apropriadas para adultos, seis das quais lhes são especificamente dirigidas. Entretanto, nenhuma pode ser utilizada isoladamente, sendo indispensável a restante avaliação clínica.

A investigação empreendida mostra que estão já disponíveis vários instrumentos adequados para diagnosticar PEA em adultos, sendo patente uma tendência recente para os desenvolver, dado que a informação em que se baseiam também só há pouco tempo foi disponibilizada. Este continua, todavia, a ser um campo aberto em termos de pesquisa, sendo necessários sobretudo estudos em grande escala que permitam validar e aperfeiçoar os instrumentos existentes.

Palavras-chave: autismo, espectro, adultos, comorbilidades, diagnóstico, escalas.

Abstract

Autism Spectrum Disorders: Clinical Implications for Psychiatry

The recognition and description of autism and Asperger's Syndrome (AS) as nosological entities is relatively recent (1940's of the last century). Since then, there's been a lot of investigation conducted around these and other related disorders, currently named Autism Spectrum Disorders (ASD) or Pervasive Developmental Disorders. Yet, for the least severe forms of the disease, this investigation began only thirty years ago.

This way, the conduction of studies regarding adult autistic individuals has only been possible in the past few years, with several works centered on their developmental trajectory, symptoms and comorbidities now available.

On the other hand, the possibility of many undiagnosed adults with the disease arises, either because the condition had not been described yet, or due to mild symptomatology that has only become apparent after childhood, which often appears masked by comorbidities, leading to diagnostic errors. This way, the need for developing instruments that can diagnose these conditions in adults has recently emerged, since most of the existing ones are meant for children.

This dissertation seeks to present the most relevant data related to 1) the description of adult patients, 2) their comorbidities and, most of all, 3) the diagnostic instruments for autistic disorders in this age. For this purpose, a systematic review of the literature has been conducted, with particular focus on the scales to evaluate these disorders that are designed specifically for adults.

There's plenty information available concerning points 1) and 2). As for point 3), several diagnostic scales appropriate for adults have been found, six of which are specifically directed to them. Meanwhile, none can be used by itself, so the remaining clinical evaluation is mandatory.

The undertaken investigation shows that there are already several adequate instruments to diagnose ASD in adults, with a recent tendency to develop them, since the data upon which they're based has also only recently been made available. Even though, this remains an open field in terms of research, with a prominent need for large-scale studies to validate and tune the existing instruments.

Key words: autism, spectrum, adults, comorbidities, diagnosis, scales.

Índice

Introdução	1
As Perturbações do Espectro do Autismo	5
Os Adultos com Perturbações do Espectro do Autismo	15
Características	15
Comorbilidades	29
Discussão	34
Escalas Diagnósticas para Adultos com PEA	41
Escalas Construídas para Crianças e Aplicáveis em Adultos.....	41
Escalas Específicas para Adultos	48
Método	48
Resultados	50
Discussão.....	65
Conclusão	69
Referências	71
Apêndices	i
Apêndice 1: AQ.....	ii
Apêndice 2: EQ.....	vi
Apêndice 3: AAA	xi
Apêndice 4: ASDASQ	xvii
Apêndice 5: RAADS-R.....	xviii
Apêndice 6: ASD-DA.....	xxv

Lista de Abreviaturas

AAA	Adult Asperger Assessment
AAF	Autismo de Alto Funcionamento
ADI(-R)	Autism Diagnostic Interview (-Revised)
ADOS(-G)	Autism Diagnostic Observation Schedule (-Generic)
APA	American Psychiatric Association
AQ	Autism-Spectrum Quotient
ASDASQ	Autism Spectrum Disorder in Adults Screening Questionnaire
ASD-DA	Autism Spectrum Disorders-Diagnosis for Adults
DSM-IV(-TR)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition (-Text Revision)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 th Revision
PEA	Perturbação/Perturbações do Espectro do Autismo
PGD-SOE	Perturbação Global do Desenvolvimento-Sem Outra Especificação
POC	Perturbação Obsessivo-Compulsiva
QI	Quociente de Inteligência
RAADS-R	Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised
SA	Síndrome de Asperger
WHO	World Health Organization

Introdução

Foi na década de 1940 que surgiram as primeiras descrições das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), com os trabalhos quase simultâneos de Kanner (1943) e Asperger (1944) sobre crianças que apresentavam anomalias no desenvolvimento, nomeadamente ao nível da interacção social, comunicação e comportamentos restritos e repetitivos. As maiores diferenças entre os grupos de crianças estudados por cada um dos investigadores prendiam-se com o desenvolvimento cognitivo, que estava afectado apenas no estudo de Kanner.

A Síndrome de Asperger (SA) só começou a ter visibilidade com a descrição das suas características clínicas numa série de doentes por Wing (1981), uma das autoras que propôs também inicialmente que as duas patologias estariam relacionadas, introduzindo o conceito de espectro do autismo.

Actualmente esta noção está amplamente consolidada, encontrando-se estas e outras perturbações relacionadas (PGD-SOE – Perturbação Global do Desenvolvimento-Sem Outra Especificação, Síndrome de Rett e Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância) classificadas conjuntamente como Perturbações Globais do Desenvolvimento ou PEA no ICD-10 (WHO, 2007) e DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tratando-se de patologias com surgimento na infância, a investigação conduzida tem-se focado sobretudo nesta idade. Contudo, recentemente esta situação alterou-se, dado o

número crescente de autistas diagnosticados em crianças e que são agora adultos, sobre os quais é possível conduzir estudos de seguimento. Estes revelam que as PEA são condições que se mantêm ao longo da vida, apesar de poderem sofrer algumas alterações. Este aspecto é da maior importância, não só porque permite conhecer as dificuldades específicas de cada fase da vida das pessoas com PEA e desenvolver estratégias terapêuticas adequadas, mas também porque alerta para o facto de existirem muitos outros adultos que não foram diagnosticados (porque os diagnósticos ainda não existiam ou não eram suficientemente divulgados) e sofrem actualmente dessa patologia, sobretudo os mais velhos ou pessoas com sintomatologia mais ligeira.

Deste modo, o diagnóstico de PEA na idade adulta vem merecendo uma atenção crescente. Este não é, porém, fácil de estabelecer. Até à data, não foi encontrado nenhum método biológico para avaliar a patologia autista. O diagnóstico depende da entrevista clínica, baseada em critérios concebidos para aplicação em crianças.

Além disso, muitos adultos autistas que procuram ajuda psiquiátrica fazem-no devido às suas comorbilidades (perturbações ansiosas, afectivas e obsessivo-compulsiva, sobretudo), o que confunde ainda mais o diagnóstico. Recebem tratamento para as mesmas, frequentemente com resultados insatisfatórios, uma vez que o erro de diagnóstico impede a abordagem da patologia de base. Nestes casos, o diagnóstico diferencial correcto é de suma importância para o estabelecimento de uma terapêutica eficaz ou, pelo menos, para evitar o uso indevido de outra inadequada.

Impõe-se portanto a criação de instrumentos diagnósticos que permitam uma abordagem rigorosa destes adultos. Uma possível resposta a este problema é a criação de escalas para quantificar características autistas, baseadas nos critérios dos DSM-IV(-TR) e

ICD-10, mas também na informação relativa a adultos recolhida nos vários estudos desenvolvidos.

Deste modo, considerando da maior importância clínica o diagnóstico *de novo* de PEA na população adulta, a presente dissertação procura apresentar uma revisão sistemática e compreensiva acerca desta patologia, incidindo especialmente nas suas consequências e especificidades neste grupo etário, e, acima de tudo, nas metodologias diagnósticas, nomeadamente escalas, actualmente disponíveis para a sua avaliação.

Capítulo 1

As Perturbações do Espectro do Autismo

As PEA (ou Perturbações Globais do Desenvolvimento, de acordo com a nomenclatura dos DSM-IV-TR e ICD-10) são um grupo de patologias do neurodesenvolvimento de reconhecimento recente. Estão presentes desde a infância e estendem-se pela idade adulta, caracterizando-se, no seu conjunto, por limitações em três grandes áreas: interação social, comunicação e comportamento (estereotipado, restrito e repetitivo). Este grupo compreende cinco diagnósticos: perturbação autística/autismo infantil, SA, PGD-SOE, perturbação desintegrativa da segunda infância e Síndrome de Rett. Por serem raras, significativamente diferentes e não constarem nos artigos analisados, as duas últimas perturbações não serão abordadas nem incluídas na designação de PEA. Os critérios diagnósticos das três primeiras (segundo a APA e a WHO) estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1 – Critérios (APA/WHO) para o diagnóstico de PEA/PGD

Patologia	DSM-IV-TR (APA, 2000)	ICD-10 (WHO, 2007)
299.00 Perturbação Autística ¹ F84.0 Autismo Infantil ²	<p>A. Um total de seis ou mais itens dos pontos 1., 2. e 3., com pelo menos dois do 1., e um de cada dos 2. e 3.:</p> <p>1. Limitações qualitativas na interacção social, manifestadas por pelo menos dois dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Limitações marcadas no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contacto visual, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interacção social; b. Falha no desenvolvimento de relações com os pares apropriadas para o nível de desenvolvimento; c. Ausência de procura espontânea de partilha de diversão, interesses, ou conquistas com outras pessoas (ex.: pela ausência de actos como mostrar, trazer ou apontar objectos de interesse); d. Ausência de reciprocidade social ou emocional. <p>2. Limitações qualitativas na comunicação, manifestadas por pelo menos um dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Atraso, ou ausência completa de desenvolvimento de linguagem falada (não acompanhada de uma tentativa para compensar através de modos de comunicação alternativos, como gestos e mímica); b. Em indivíduos com um discurso adequado, limitação marcada na capacidade de iniciar ou manter conversas com os outros; c. Uso da linguagem estereotipado e repetitivo, ou linguagem idiossincrática; d. Ausência de jogo faz-de-conta ou jogo social imitativo variado e espontâneo, apropriado ao nível de desenvolvimento. <p>3. Padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados, manifestados por pelo menos um dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Preocupações cingem-se a um ou mais padrões de interesse estereotipado e restrito, que são anormais em intensidade ou foco; b. Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e disfuncionais; c. Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (ex: bater ou torcer as mãos ou os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo); d. Preocupação persistente com partes de objectos. <p>B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início anterior aos três anos de idade: 1. interacção social, 2. linguagem, usada na comunicação social, ou 3. jogo simbólico ou imaginativo.</p> <p>C. A perturbação não é melhor explicada pela Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.</p>	<p>Tipo de perturbação global do desenvolvimento definido por: (a) presença de desenvolvimento anormal ou limitado que se manifesta antes dos três anos de idade, e (b) o tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas da psicopatologia: interacção social recíproca, comunicação, e comportamento, restrito, estereotipado e repetitivo. A adicionar a estas características diagnósticas específicas, é comum um leque de outros problemas não específicos, tais como fobias, perturbações do sono e da alimentação, ataques de cólera, <i>temper tantrums</i>, e (auto-) agressão.</p> <p>Sinónimos: Perturbação autística Autismo infantil Psicose infantil Síndrome de Kanner</p> <p>Exclui: Psicopatia autística (Síndrome de Asperger)</p>

¹ Nomenclatura e código do DSM-IV-TR

² Nomenclatura e código do ICD-10

Patologia	DSM-IV-TR (APA, 2000)	ICD-10 (WHO, 2007)
299.80 Perturbação de Asperger F84.5 Síndrome de Asperger	<p>A. Limitações qualitativas na interacção social, manifestadas por pelo menos dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limitações marcadas no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contacto visual, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interacção social; 2. Falha no desenvolvimento de relações com os pares apropriadas para o nível de desenvolvimento; 3. Ausência de procura espontânea de partilha de diversão, interesses, ou conquistas com outras pessoas (ex.: pela ausência de comportamentos como mostrar, trazer ou apontar objectos de interesse); 4. Ausência de reciprocidade social ou emocional. <p>B. Padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados, manifestados por pelo menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupação Emcompassing com um ou mais padrões de interesse estereotipado e restrito, que são anormais em intensidade ou foco; 2. Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e disfuncionais; 3. Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (ex: bater ou torcer as mãos ou os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo); 4. Preocupação persistente com partes de objectos. <p>C. A perturbação causa limitações clinicamente significativas nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.</p> <p>D. Não há um atraso geral clinicamente significativo na linguagem (ex: palavras soltas usadas pelos dois anos, frases comunicativas usadas pelos três anos).</p> <p>E. Não há um atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de aptidões de auto-suficiência, comportamento adaptativo (a não ser na interacção social), e curiosidade acerca do ambiente na infância.</p> <p>F. Não são cumpridos critérios para outra perturbação global do desenvolvimento ou esquizofrenia.</p>	<p>Perturbação de validade nosológica incerta, caracterizada pelo mesmo tipo de anomalias qualitativas na interacção social recíproca que tipificam o autismo, juntamente com um reportório de interesses e actividades restrito, estereotipado e repetitivo. Difere do autismo primariamente pelo facto de não haver um atraso geral ou retardation?? Na linguagem ou no desenvolvimento cognitivo. Esta perturbação é frequentemente associada a desajeito??falta de jeito??clumsiness marcado. Há uma forte tendência para as anomalias persistirem na adolescência e idade adulta. Por vezes, ocorrem episódios psicóticos no início da idade adulta.</p> <p>Sinónimos: Psicopatia autística Perturbação esquizóide da infância</p>

Patologia	DSM-IV-TR (APA, 2000)	ICD-10 (WHO, 2007)
299.80 PGD-SOE F84.1 Autismo Atípico	Esta categoria deve ser utilizada quando há uma limitação severa e global no desenvolvimento de interacção social recíproca, associada a limitação nas capacidades de comunicação verbal ou não-verbal ou a presença de comportamentos, interesses e actividades estereotipados, mas não são cumpridos critérios para uma Perturbação Global do Desenvolvimento específica, Esquizofrenia, Perturbação de Personalidade Esquizotípica ou Perturbação de Personalidade Evitante. Por exemplo, esta categoria inclui o “autismo atípico” – apresentações que não cumprem os critérios para Perturbação Autística devido a idade tardia de início, sintomatologia atípica, ou sintomatologia sublimiar, ou todos estes.	Tipo de PGD que difere do autismo infantil na idade de início ou por não preencher todos os três conjuntos de critérios diagnósticos. Esta subcategoria deve ser usada quando há um desenvolvimento anormal ou limitado apenas após os três anos, e uma falta de suficientes anomalias demonstráveis em uma ou duas das três áreas da psicopatologia requeridas para o diagnóstico de autismo, apesar de anomalias características na(s) outra(s) área(s). É mais frequente em indivíduos com atraso mental profundo e com uma perturbação do desenvolvimento da linguagem receptiva específica e grave. Sinónimos: Psicose infantil atípica Atraso mental com características autísticas

A primeira destas condições a ser descrita foi o autismo clássico, em 1943, por Leo Kanner, num grupo de onze crianças que, desde cedo, revelavam um comportamento bizarro e um marcado isolamento social, a par de outras anomalias do desenvolvimento: obsessão pela rotina, mutismo ou linguagem sem intenção de comunicar, sensibilidade anómala aos estímulos e relação peculiar com os objectos e pessoas, incluindo os pais (Kanner, 1943).

Logo no ano seguinte, Hans Asperger publicou um estudo sobre crianças que apresentavam sintomas semelhantes, com dificuldades na interacção social, empatia e linguagem, obsessões por tópicos restritos e comportamentos estereotipados e repetitivos (Asperger, 1944). No entanto, ao contrário das crianças de Kanner, estas possuíam uma inteligência normal ou superior à média, o que tornava o quadro clínico menos grave.

Por ter sido publicado em língua alemã, o seu trabalho só foi divulgado pela generalidade da comunidade científica em 1981, quando Lorna Wing conduziu uma investigação em que comparava crianças com autismo de Kanner e outras com Síndrome de Asperger (designação introduzida pela autora). Neste estudo (Wing, 1981), a investigadora encontra grandes semelhanças entre os dois grupos, nomeadamente nas limitações da interacção social e interesses peculiares. A principal diferença residia na aquisição precoce de uma linguagem gramatical e de competências cognitivas adequadas pelas crianças com SA.

Este e outros trabalhos (Rutter & Schopler, 1987; Wing, 1988; Frith, 1991) apontam para a existência de um espectro contínuo de perturbações autísticas que partilham os mesmos sintomas centrais e diferem na sua gravidade (francamente dependente do QI e precocidade na aquisição da linguagem – Mc Govern & Sigman, 2005; Turner et al., 2006). O autismo de Kanner, de baixo funcionamento (com atraso mental) ocupa o extremo mais grave do espectro

e o autismo de alto funcionamento (AAF), a SA e a PGD-SOE ocupam o outro, com todas as possíveis formas intermédias.

O diagnóstico de PGD-SOE foi criado como uma categoria residual, após se constatar que alguns doentes, ainda que não preenchessem os requisitos necessários para serem diagnosticados com autismo ou SA, possuíam algumas das dificuldades típicas destas condições, apesar de terem um funcionamento mais próximo da normalidade.

De facto, surgiu recentemente a hipótese de as PEA representarem o extremo em relação a um conjunto de traços quantitativos com distribuição contínua ao longo da população, sendo possível encontrar diferenças significativas mesmo entre sujeitos normais. Por exemplo, os homens tendem a apresentar mais traços autísticos (Baron-Cohen, 2002), bem como os familiares de doentes com PEA – o chamado fenótipo alargado (Piven et al., 1997; Constantino & Todd, 2003; Constantino et al., 2006).

No seu conjunto, estas patologias têm uma incidência importante, que tem vindo a crescer progressivamente, estimando-se que afectam entre 30 a 60 crianças em cada 10.000, com o autismo a representar cerca de $\frac{1}{4}$ dos casos (Rutter, 2005), em contraste com a incidência referida no primeiro estudo, realizado em 1966 (4 em 10.000). O aumento do número de diagnósticos de PEA foi ainda mais marcado em indivíduos sem atraso mental. Mais do que a um acréscimo real no número de casos, crê-se que esta tendência se prende com a melhoria na capacidade diagnóstica, o alargamento do conceito de autismo, a melhoria no acesso a cuidados de saúde e a maior divulgação da doença. Por exemplo, algumas crianças que actualmente recebem um diagnóstico inequívoco de autismo teriam antes sido identificadas como tendo uma perturbação do desenvolvimento da linguagem (Bishop et al., 2008).

Lamentavelmente, não foram encontrados estudos de prevalência na população adulta que cumpram minimamente os critérios de validade. Contudo, pode perceber-se facilmente pelos dados disponíveis que o número de adultos de cerca de 60 anos com um diagnóstico de autismo será muito inferior ao de doentes, tendo em conta as actuais taxas de incidência. Além disso, estas taxas apenas afectam indivíduos até à 3ª década. Acima desta idade, o número de casos não diagnosticados vai sendo progressivamente maior, uma vez que o aumento da taxa de incidência foi também progressivo e só atingiu os valores apresentados após os anos 90. Uma vez que este crescimento foi mais pronunciado em indivíduos sem atraso mental, é razoável assumir que sejam estes os mais sub-diagnosticados.

A prevalência é maior nos indivíduos do sexo masculino, numa razão de 4,3:1 (Newschaffer et al., 2007), não havendo estudos conclusivos no que respeita à etnia ou estatuto sócio-económico.

A probabilidade de sofrer de alguma PEA está também aumentada nos familiares de doentes, mas, frequentemente, com menor gravidade. Com efeito, há uma susceptibilidade genética para estas condições, tendo já sido encontradas várias regiões de interesse, em diversos cromossomas.

O modo de transmissão não foi ainda estabelecido, tratando-se provavelmente de um mecanismo multigénico complexo, o que vem de encontro ao conceito de fenótipo alargado descrito por Piven et al. (1997) em irmãos de autistas – os familiares com fenótipo alargado possuem menos variantes genéticas predisponentes que os doentes (Newschaffer et al., 2007).

De qualquer forma, estas alterações resultam em distúrbios do desenvolvimento neuronal a nível cerebral, sendo as PEA condições de base orgânica, e não psicológica e relacional, como foi inicialmente teorizado.

Existem várias comorbilidades que podem complicar e até mascarar o diagnóstico das PEA. Na infância, são frequentemente acompanhadas pelo atraso global do desenvolvimento - entre 40-55%, no caso do autismo clássico (Newschaffer, 2007); já a SA, de acordo com o DSM-IV, não pode ser diagnosticada quando existe um atraso mental. As crianças com esta patologia, mas sem PEA concomitante, têm uma capacidade para comunicar e interagir socialmente adequada para o seu nível de desenvolvimento, ou pelo menos desenvolvem esforços nessa direcção. Este critério serve ainda para fazer o diagnóstico diferencial entre o autismo e a perturbação do desenvolvimento da linguagem ou a dificuldade auditiva (Augustyn, 2010).

Também as perturbações do vínculo se confundem por vezes com as PEA, sendo, neste caso, a esfera social igualmente atingida. Contudo, a história pregressa e a melhoria dos défices em resposta a um ambiente adequado permitem distingui-las. Apresentam ainda comorbilidade com sintomas de hiperactividade, agressividade, impulsividade, instabilidade afectiva e distractibilidade (Newschaffer et al., 2007). Estes sintomas podem ser preponderantes e de reconhecimento mais precoce, ocultando a doença durante a infância, sobretudo nos casos de menor gravidade, como a SA, que pode tornar-se evidente apenas na adolescência, quando a inadequação social se torna mais evidente (Berney, 2004; Moreira & Saavedra, 2008).

Sendo o isolamento social uma característica importante da esquizofrenia (aliás, o termo autismo foi introduzido pela primeira vez por Bleuler para se lhe referir), estas duas patologias foram inicialmente associadas, mas a sua co-ocorrência não é frequente. Pelo contrário, é importante distinguir o autismo da esquizofrenia infantil (Rutter, 1972), ainda que, curiosamente, um estudo de Sporn et al. (2004) encontre uma maior ocorrência de

autismo em irmãos de crianças com esquizofrenia infantil, o que pode apontar para uma relação genética entre as duas condições. Dada a inicial confusão diagnóstica, pode presumir-se que actualmente haverá autistas adultos e idosos mal diagnosticados com esquizofrenia.

Outra doença que pode complicar o diagnóstico de PEA é a perturbação de personalidade esquizóide, que partilha várias das sua características, sobretudo a nível social. Na verdade, no ICD-10, a perturbação esquizóide da infância é utilizada como sinónimo de SA. Wolff & Barlow (1979) consideravam também que ambas as designações se referem à mesma condição, diagnosticando-se a SA em crianças e a perturbação esquizóide em adultos. Mais ainda, podem encontrar-se indivíduos esquizóides em familiares de autistas (Bolte et al., 2007), o que pode indicar que esta perturbação estará englobada no fenótipo alargado do espectro. Em relação a este ponto existe ainda muita controvérsia, aliás como acontece em relação à validade nosológica da SA, não sendo clara a distinção entre ela e a personalidade esquizóide, apesar de este grupo apresentar menos perseveração e estereotipias (Szatmari, 1992).

Ainda que não haja um grau de identidade tão elevado em relação à perturbação esquizotípica, alguns quadros de PEA menos típicos podem confundir-se também com esta perturbação.

Mais recentemente, tem vindo a ser salientada a importância das perturbações de ansiedade, humor e obsessivo-compulsiva enquanto comorbilidades das PEA. Ocorrem sobretudo em indivíduos de inteligência normal, que, com maior facilidade, se apercebem das suas limitações e com elas sofrem (Fombonne, 1999; Newschaffer, 2007).

Estes e outros estudos apontam ainda mais comorbilidades para o autismo na infância, psiquiátricas (ver, por exemplo, Mattila et al., 2010) ou não: dismorfismos,

anomalias sensório-motoras e convulsões/epilepsia. Todavia, a sua descrição exaustiva não faz parte dos objectivos deste trabalho. Em relação às particularidades da comorbilidade em doentes adultos, será abordada na secção seguinte.

Idealmente, o diagnóstico de PEA deve ser feito na infância, o mais precocemente possível, de modo a que a intervenção terapêutica tenha o máximo impacto positivo no desenvolvimento da criança. Porém, tendo em conta os dados provenientes da literatura, pode concluir-se que tal nem sempre é possível, e foi sobretudo difícil no passado, o que deixa muitos adultos autistas sem diagnóstico.

Ainda que não seja o desejável, mesmo na idade adulta existe proveito clínico em estabelecer um diagnóstico de PEA. De facto, Jordan & Powell (1996) sugerem a possibilidade de obter resultados positivos quando o tratamento é iniciado nesta idade. Por outro lado, ainda que as opções terapêuticas para esta faixa etária sejam actualmente muito limitadas, um diagnóstico correcto é importante pelo menos para evitar a aplicação de medidas desnecessárias, infrutíferas e por vezes até perniciosas, o que pode acontecer se a possibilidade de PEA não for levantada ao fazer o diagnóstico diferencial em adultos.

Portanto, para otimizar a detecção desta patologia em adultos é fundamental, em primeiro lugar, ter sempre presente essa hipótese, mesmo em doentes que já possuam outro diagnóstico. Adicionalmente, o conhecimento das manifestações das PEA nesta idade, compreensivelmente distintas em relação às crianças, é um poderoso auxiliar diagnóstico.

Capítulo 2

Os Adultos com Perturbações do Espectro do Autismo

Características

O conhecimento das manifestações das PEA na população adulta é da maior importância, de um ponto de vista prático. Por um lado, perante uma pessoa com um diagnóstico de autismo desde a infância, é possível prever com uma margem razoável quais serão as suas dificuldades em determinada fase da vida, e planear antecipadamente a melhor actuação para as evitar ou atenuar. Por outro, facilita o reconhecimento desta patologia *de novo* em adultos sem diagnóstico prévio.

O curso “natural” da doença é difícil de avaliar, uma vez que a maioria dos doentes incluídos nos estudos, tendo sido diagnosticados na infância e acompanhados desde aí, receberam em regra o melhor tratamento disponível na altura.

Apesar desta limitação, a informação sobre adultos autistas tem vindo a ser recolhida há já várias décadas. Os primeiros seguimentos longitudinais foram conduzidos logo em 1957, por Kanner&Eisenberg (Sigman et al., 2006). Estes autores encontraram uma estabilidade significativa nos sintomas e nível de funcionamento dos seus doentes.

A partir da década de 70 foram realizados vários estudos deste género, que incluíam variáveis de evolução, como habilitações académicas, emprego, amizades e independência e procuravam relacioná-las com factores como QI, aquisição precoce da linguagem, comorbilidades, género e outros. Pode encontrar-se uma breve resenha destes estudos no artigo de Howlin et al. (2004).

Neste trabalho, os autores seguiram um grupo de 68 autistas, observados inicialmente com uma média de 7,24 anos. Apenas foram incluídos no estudo sujeitos com um QI não-verbal superior a 50. Esta decisão prendeu-se com o facto de qualquer pessoa com um QI inferior a 50, com ou sem PEA, muito dificilmente alcançar bons resultados a nível escolar, laboral ou de vida independente.

À data do follow-up, o grupo tinha em média 29,33 anos (dos 21,16 aos 48,58 anos). O diagnóstico de autismo na idade adulta foi reconfirmado através da administração da ADI - Autism Diagnostic Interview (à excepção de um caso em que os pais já tinham falecido, eram sempre estes os informantes).

Foram recolhidos dados referentes a educação, emprego, amizades e independência (dando origem os três últimos a uma medida – evolução social global (ESG) – classificável como 0=Muito Boa (altamente independentes), 1=Boa, 2=Razoável, 3=Má e 4=Muito Má (necessitando de cuidados hospitalares continuados). Foram também avaliados os comportamentos estereotipados e ritualísticos e as capacidades cognitivas e verbais.

Em relação à educação, constatou-se que 78% do grupo não obteve qualquer qualificação formal. Só treze sujeitos obtiveram qualificações académicas, e destes apenas três completaram um curso superior (dois tinham uma pós-graduação) e dois terminaram o

ensino secundário. Apenas dez indivíduos frequentaram o ensino regular, tendo 43% feito a sua escolaridade em locais especializados em autismo.

Quanto ao trabalho, quase 1/3 dos indivíduos (23) tinham alguma forma de emprego, mas apenas nove de forma independente, com os restantes a trabalhar voluntariamente ou em ambientes protegidos. Mesmo entre os trabalhadores independentes, os salários eram muitas vezes insuficientes para serem financeiramente autónomos. Na verdade, a maioria dos empregos eram de baixo nível e tinham sido arrançados através dos pais e não no mercado de trabalho.

No que diz respeito às amizades, em termos de frequência, 56% não tinham amigos nem conhecidos, 15% tinham alguns conhecimentos com quem poderiam falar e 26% tinham pelo menos um amigo na sua faixa etária com quem participavam em actividades e interesses comuns, ainda que para dois indivíduos estes fossem bastante estereotipados. Quanto à qualidade destas relações, treze doentes tinham pelo menos uma amizade com algum grau de selectividade e partilha, e procuravam iniciar contactos sociais por iniciativa própria. Outros quatro tinham amizades com características semelhantes, mas que não lhes traziam prazer. 51% não tinham amigos com quem partilhassem actividades e, em 16% dos casos, a qualidade das relações era desconhecida. Muito poucos tinham tido um relacionamento sexual próximo. Um homem estava casado (ainda que posteriormente se tenha divorciado). Dois outros casaram após a realização das entrevistas.

A sexualidade é frequentemente fonte de frustração para os adultos com PEA e de preocupação para os seus pais (Hellemans et al., 2007). As limitações na interacção social fazem com que poucos indivíduos cheguem a ter contactos sexuais, (neste estudo com adolescentes e adultos de alto funcionamento – 15-21 anos – apenas 3 em 24), ainda que o

desejem (apenas um não mostrava interesse), e estes ocorrem em média mais tarde que na população normal. As necessidades sexuais expressam-se usualmente pela masturbação, e mesmo neste aspecto surgem dificuldades, podendo esta ocorrer fora da esfera privada, entre outros problemas.

Em relação à orientação sexual ou parafilias não é possível obter conclusões seguras dado o número reduzido de sujeitos no grupo, mas é de notar que neste estudo um indivíduo era pedófilo e outro dirigia também a sua atenção a meninas, ainda que de forma platónica (ambos estavam medicados com neurolépticos). Vários tinham preferências bizarras por objectos e texturas, e um destes preenchia os critérios de fetichismo. De resto, a literatura é omissa nestes pontos. No entanto, é seguro afirmar que as dificuldades sexuais são importantes nestes adultos e têm de ser devidamente abordadas.

Regressando ao estudo de Howlin et al. (2004), em termos de vida independente, apenas três indivíduos viviam sozinhos, com um mínimo recurso ao apoio parental, e apenas dois eram totalmente independentes dos pais ao nível do suporte financeiro, social e emocional (em ambos os casos, a mãe tinha morrido). Mais de 1/3 dos elementos do grupo ainda vivia em casa, ainda que alguns destes fossem relativamente independentes, passando muito tempo fora de casa sozinhos. Metade do grupo estava institucionalizado, dos quais 8, em hospitais. Destes, 4 tinham dificuldades comportamentais extremas que necessitavam de um alto nível de supervisão constante. Os outros 4 tinham mais de 35 anos e foram hospitalizados porque, à data do diagnóstico, não havia outra alternativa.

Assim, 12% dos indivíduos foram classificados como tendo uma ESG Muito Boa, com empregos pagos, alguns amigos e um alto nível de independência. Considerou-se que 7 indivíduos tiveram uma Boa ESG, trabalhando com apoio mas com alguns amigos e capazes

de organizar as próprias actividades. Em 19% encontrou-se uma ESG Razoável, visto que ainda que necessitassem consideravelmente de apoio no dia-a-dia tinham alguma autonomia. 46% foram classificados com uma Má ESG, vivendo em casa ou numa instituição quase sem autonomia, e os 8 indivíduos hospitalizados tiveram uma ESG Muito Má.

Em relação aos problemas relacionados com o autismo, incluindo comportamentos estereotipados e ritualísticos, resistência à mudança, ligação incomum a objectos e preocupações incomuns/intensas, foi elaborada uma classificação conjunta baseada na ADI. Não havia informação para 2 dos casos. Em relação aos restantes, 12% tinham poucos ou nenhuns destes problemas enquanto adultos, 42% tinham sintomas leves, 35% tinham problemas moderados e 11% (sete indivíduos) tinham problemas comportamentais severos.

No que respeita às capacidades cognitivas, o desempenho médio da amostra em termos de QI global foi de 75,00 pontos. 45 adultos eram testáveis na escala verbal do WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised), com um QI verbal médio de 79,78. Globalmente, o grupo tinha um funcionamento linguístico pobre: 48% tinham uma idade linguística abaixo dos seis anos, 35% qualificavam entre os seis e quinze e apenas 16% eram classificados acima do nível dos quinze anos. De acordo com a ADI, apenas 10% dos indivíduos tinham uma boa linguagem, sendo que 40% eram gravemente limitados neste campo e 9% não tinham desenvolvido linguagem.

Os resultados dos testes de QI de execução permaneceram relativamente estáveis ao longo do tempo (lapso temporal médio de 22,1 anos). A estabilidade verificava-se sobretudo para QIs de execução iniciais acima de 70, com 78% destes sujeitos a permanecerem neste intervalo.

Relativamente ao QI verbal, notou-se uma ligeira melhoria ao longo do tempo (inicial: 61,49; adulto: 69,64). A melhoria ocorreu sobretudo entre os indivíduos capazes de preencher as escalas de Weschler em ambas as ocasiões, de 70,64 na infância a 82,41 na idade adulta. Dos 23 que inicialmente obtinham entre 30 e 69 pontos, 69% melhoraram. Entre os que tinham um desempenho ainda pior ou nem eram testáveis, mais de um terço melhoraram muito enquanto adultos (9 pontuaram acima de 70), o que prova que a aquisição de uma linguagem aceitável pode ocorrer após a infância. Mais de 40% das crianças que tinham pouca ou nenhuma linguagem, na primeira vez que foram vistas, tinham desenvolvido linguagem útil até à sua observação em adultos, e quanto mais alto fosse o seu nível linguístico enquanto adultos, melhores eram as outras variáveis de desempenho.

Assim, é da maior importância questionar a idade do surgimento da linguagem mesmo em indivíduos com resultados normais ou quase normais no QI verbal que estejam a ser avaliados para uma possível PEA.

Foi encontrada uma correlação altamente significativa entre todas as medidas de desfecho, isto é, os indivíduos com melhor desempenho social tinham também melhores resultados nos testes de cognição e linguagem, bem como menos comportamentos ritualísticos – ou seja, o nível de desempenho é semelhante nas diversas áreas de funcionamento.

Este estudo analisou também a correlação entre o QI não-verbal na infância e as medidas de desempenho na idade adulta, tendo encontrado diferenças significativas entre os indivíduos acima e abaixo dos 70 pontos (para além das conclusões de estudos anteriores, que situavam as principais diferenças aos 50 pontos). Abaixo de um QI de execução inicial de 70 pontos, apenas um tinha amigos e outro vivia de forma semi-independente. Nenhum tinha obtido qualificações escolares e apenas uma das nove pessoas com empregos independentes

tinha um QI inferior a 70. Somente um obteve um resultado Muito Bom na ESG, com três resultados Razoáveis e os restantes classificados como Maus/Muito Maus. Já no que respeita aos grupos entre 70-99 e acima de 100, não foram encontradas diferenças significativas. Com efeito, curiosamente, nenhum dos classificados com uma ESG Muito Boa tinha um QI não-verbal superior a 100 na infância.

Quanto às competências linguísticas, nenhum dos sujeitos com menos de 70 pontos estava isento de anomalias na linguagem, e 65% destes tinham problemas graves ou não tinham discurso. Ainda assim, mais de metade dos que tinham um QI entre 70-99 apresentavam problemas moderados ou severos, tal como 3 dos 10 com mais de 100 pontos, o que mostra que as alterações da linguagem e comunicação continuam patentes na idade adulta em muitos dos casos de autismo, mesmo de alto funcionamento.

Os comportamentos ritualísticos eram também mais frequentes na faixa de QI de 51-69, mas a diferença não era significativa.

Este estudo mostrou que os adultos que, em crianças, tinham um QI acima de 70, apresentavam níveis de funcionamento mais próximos da normalidade. Na verdade, só este grupo tinha verdadeiramente a hipótese de alcançar uma vida independente na idade adulta.

Contudo, mesmo entre os indivíduos com um QI normal ou próximo disso, os resultados podem ser muito variáveis. Por exemplo, um indivíduo com um QI de 119 e resultados elevados em muitas das variáveis de evolução continuava a ter problemas, laborais e outros, devido ao seu comportamento inapropriado em relação às mulheres (perseguia-as ou tocava-lhes) e incompreensão da desadequação do mesmo.

Neste aspecto, é oportuno abrir aqui um parêntesis acerca do comportamento romântico dos adultos com PEA. Estes, apesar de desejarem ter relações íntimas, devido à sua

falta de empatia e dificuldades na comunicação, não têm capacidades nem conhecimentos que lhes permitam encetar relações com sucesso. Num estudo com adolescentes e adultos com AAF e SA entre os 13 e os 36 anos, Stokes et al. (2007) constataram que estes têm uma maior probabilidade de utilizarem comportamentos inadequados na aproximação à pessoa de interesse (perseguir-la, tocar-lhe abusivamente, fazer comentários impróprios, monitorizar as suas actividades e ameaçá-la, por exemplo). Além disso, focam frequentemente a sua atenção sobre estranhos ou celebridades e perseguem o seu objectivo por muito mais tempo que o normal, mesmo perante respostas negativas, sendo até por vezes acusados de assédio ou perseguição.

A incompreensão das normas sociais complexas que envolvem o romance e a corte colocam os autistas numa posição difícil, podendo a sua ingenuidade provocar-lhes problemas legais. Ainda que na maioria dos casos a situação não se complique tanto, o romance é muitas vezes fonte de ansiedade e frustração, que distancia ainda mais os autistas das pessoas normais e lhes provoca um grande sofrimento.

Contudo, não só as dificuldades nos relacionamentos são entraves ao sucesso de indivíduos com inteligência normal. De volta ao trabalho de Howlin et al., podem encontrar-se outros casos de limitações neste grupo. A incapacidade de um homem (QI 80) de perceber quando estava a ser enganado levava a que fosse constantemente vítima de fraude, perdendo grandes quantias de dinheiro. Outro (QI 97) esteve várias vezes em risco de perder o seu emprego, por tratar os seus colegas de outra etnia por “estrangeiros” ou “pretos”, não entendendo que isso era desadequado.

Também os comportamentos ritualísticos impediam um homem (que tinha inclusivamente várias pós-graduações) de trabalhar de forma independente. Noutro caso (QI

de 114), o mesmo problema prendia-se com o nível de ansiedade gerado pela necessidade de previsibilidade e rotina.

Este e outros estudos acerca do fenótipo do autismo em adolescentes e adultos (não só longitudinais como transversais e retrospectivos, num total de 25) são analisados por Seltzer et al. (2004) numa revisão centrada sobretudo no autismo clássico, e não tanto na SA ou PGD-SOE. As áreas abordadas nesta revisão são semelhantes às enunciadas acima, e as conclusões são no geral concordantes, razão pela qual se escolheu o estudo de Howlin et al. para ilustrar este assunto.

Seltzer et al. apresentam um conjunto de conclusões consistentes ao longo dos diversos estudos, encontrando uma tendência para uma modesta diminuição dos sintomas centrais e melhoria das capacidades, se bem que nalguns casos ocorra o inverso e possam até encontrar-se períodos de exacerbação, sobretudo na adolescência. Contudo, há casos em que há francas melhorias, cujo funcionamento atinge a normalidade (10 a 20%). Uma grande maioria dos indivíduos que superam o diagnóstico de PEA sofrem de AS ou PGD-SOE, sendo muito mais difícil, no caso dos quadros mais graves.

Aparentemente, a dificuldade de comunicação é o sintoma central onde se verificam mais melhorias, podendo contudo encontrar-se algumas das anomalias no discurso presentes nas crianças (não tanto a ecolália, a reversão pronominal e os neologismos, mas mais os tópicos obsessivos, a falta de entoação, a literalidade e os aspectos não verbais da comunicação). Os adultos têm resultados mais próximos da normalidade que os adolescentes, sendo que num dos estudos analisados, apenas 67,5% de indivíduos adultos ultrapassavam os cut-offs da ADI-R (Revised) nesta secção (enquanto, em crianças, o resultado era de 99,5%).

Apesar de tudo, a maioria dos autistas permanecem significativamente limitados neste domínio.

Alguns estudos com adolescentes e adultos com AAF/SA (Ghazziudin & Gerstein, 1996; Shriberg et al., 2001) apontam ainda para outras características do seu discurso. O primeiro conclui que 67% dos adultos com SA apresentam um discurso pedante, bem como 31% daqueles com AAF. Neste trabalho, os autores procuram propor esta característica para distinguir as duas condições, discussão que não será aqui encetada, pois que é algo acessória ao tema desta dissertação. No entanto, permite compreender que, frequentemente, estes doentes têm um tipo de discurso formal, com um vocabulário erudito típico da linguagem escrita, que veicula mais informação que a necessária para o assunto e objectivo, violando as expectativas em relação à relevância e quantidade, o que torna a conversa num género de monólogo ensaiado. Esta tende a incidir no tópico de interesse obsessivo dos sujeitos, pelo que não é de estranhar que os autores tenham notado que o discurso pedante aumenta com a idade, dado o acúmulo de informação acerca do interesse em que se focaram, argumentando que este estilo de discurso não se desenvolve, em regra, até à adolescência.

O segundo estudo, partindo do princípio que as principais dificuldades na linguagem deste grupo de doentes são ao nível da pragmática e da comunicação social, analisa as anomalias não só do discurso (segmentar - articulação) como da prosódia, visto que esta serve para modular e realçar o significado do discurso, tendo uma função expressiva e social. Em relação ao discurso, curiosamente, encontram-se erros de articulação (distorção) em 33% dos adultos com AAF/SA, contra apenas 1-2% dos adultos normais. Já em relação a erros mais graves (inteligibilidade e erros de consoantes e vogais) não se encontram diferenças significativas. A volubilidade é também significativamente maior neste grupo, mas não os

erros. No que diz respeito à prosódia, o grupo com AAF/SA apresentava significativamente mais erros no fraseamento (repetições e revisões de sílabas e palavras – 2/3 dos SA e 40% dos AAF), na ênfase e na ressonância (sobretudo nasal). Também foram encontradas algumas diferenças ao nível do ritmo, da intensidade e do timbre (muito agudo), mas não eram tão importantes.

Quanto às dificuldades na interacção social, avaliadas na revisão de Seltzer et al. pelo uso de comportamentos não-verbais para regular o contacto social, amizades, partilha de gostos e interesses e reciprocidade emocional ou social, apesar de serem observadas melhorias com o avançar da idade, estas não são tão marcadas nem tão frequentes quanto as relativas à comunicação (no estudo com a ADI-R acima particularizado, a percentagem de sujeitos com défices na reciprocidade social caía de 100% na infância para 85%). Todos os estudos analisados apontam para que pelo menos cerca de 50% dos adultos não possuam qualquer amizade ou estas tenham muito menor grau de proximidade, empatia, suporte e importância para o indivíduo, mesmo em sujeitos sem atraso mental.

As dificuldades na interacção social podem ir até para além disto: recentemente, alguns estudos, como os de Shtayermman (2007) e Wainscot et al. (2008) encontram uma relação significativa entre as PEA e o bullying em adolescentes e jovens adultos com AS/AAF. A bizarria destes doentes, a par da sua incompreensão da hierarquia social escolar e relações sociais em geral são factores que os tornam mais susceptíveis de se tornarem vítimas de bullying por parte dos seus pares, situação que provoca elevados níveis de ansiedade e/ou depressão, contribuindo adicionalmente para uma maior evicção de situações sociais em ciclo vicioso, o que pode ter implicações negativas no prognóstico. Este facto é clinicamente

relevante, não só porque alerta para a necessidade de pesquisar esta ocorrência nesta faixa etária, mas também porque pode ser considerada um dado a favor de PEA.

De acordo com a revisão de Seltzer et al. (2004), os comportamentos e interesses restritos e repetitivos melhoram também com a idade, ainda que, dos três sintomas centrais, este seja o que aparentemente melhora menos, apesar de não haver tantos estudos a analisar este domínio como os dois anteriores. A investigação parece apontar ainda para alterações qualitativas nos tipos de comportamentos e interesses (rituais de complexidade e duração crescente, mas menos maneirismos motores complexos).

Todavia, um estudo prospectivo ao longo de 4,5 anos de Shattuck et al. (2007), que incide sobre as mesmas áreas encontra a melhoria mais significativa precisamente neste domínio.

Os autores explicam esta aparente contradição pelo facto de a maioria dos estudos anteriores analisarem alterações entre a infância e a idade adulta, e não as que ocorrem já na idade adulta. Neste trabalho, os 241 sujeitos são divididos em três sub-grupos de acordo com a idade na primeira observação (10 a 21 anos, 22 a 30 e acima de 31). Na verdade, em relação a vários comportamentos mal-adaptativos frequentes no autismo abordados neste trabalho (não-cooperação, afastamento, agressão de outros ou do próprio ou destruição de propriedade), as melhorias foram sobretudo notadas no grupo acima de 31 anos, mostrando que podem ocorrer mudanças significativas já bem depois do início da idade adulta. O único aspecto encontrado sem tendência a melhorar é a comunicação não-verbal.

Este trabalho veio assim questionar a conclusão de Beadle-Brown et al. (2006), que afirmavam que as (poucas) melhorias se verificavam sobretudo na infância e início da

adolescência. É de notar, contudo, que 36 das 91 pessoas seguidas neste estudo tinham um QI inferior a 50, o que pode explicar os maus desfechos.

Por sua vez, Schonauer et al. (2001) consideravam que os adolescentes melhoravam mais ao nível das interacções sociais recíprocas, enquanto os adultos o faziam em relação aos comportamentos restritos e repetitivos.

Ainda em relação às estereotipias e comportamento ritualístico, foi analisado um artigo de Matson&Dempsey (2008) acerca de 336 adultos (16 a 88 anos) com atraso mental, uma vez que é neste grupo que o sintoma é mais grave e frequente. Foram divididos num grupo com PEA e atraso mental (169) e noutro apenas com atraso mental (167). Em ambos os grupos se verificava uma ocorrência importante dos comportamentos analisados, mas esta era significativamente maior no caso da concomitância de PEA (5,213 pontos em média vs. 2.5697, num total de 8).

A maior diferença registava-se em relação aos movimentos anormais e repetitivos das mãos ou dos braços, seguida de outros movimentos repetitivos (bater com a cabeça ou abanar o corpo, por exemplo). Desta forma, os autores argumentam que a presença frequente destes comportamentos num indivíduo com atraso mental, sobretudo se forem de grande severidade, deve lembrar o diagnóstico de uma PEA, visto que o atraso mental por si só não parece explicar a ocorrência de todos eles.

No que concerne às capacidades cognitivas, no artigo de Seltzer et al. (2004) encontram-se ganhos no QI verbal e diminuição no de execução, mas o cenário global é de estabilidade, apesar de os ganhos verbais serem, amiúde, espantosos.

Goldstein et al. (2001) analisam os perfis WAIS-R de 35 adultos com AAF (média de 26,62 anos) e comparam-nos com os de 102 adultos com dificuldades de aprendizagem.

Foram encontradas diferenças significativas em todos os sub-testes, à excepção das semelhanças, desenho de blocos, construção de objectos e símbolos digitais. O grupo com AAF teve resultados significativamente piores nos sub-testes que envolvem juízos e percepções sociais, tanto no QI verbal como no de execução, como a compreensão e reconstituição e complemento de figuras. Os pontos fortes são a atenção, a memória semântica e as capacidades espaciais-construtivas, situando-se assim no domínio das exigências sociais a principal diferença entre o funcionamento intelectual destes adultos e da população geral ou com dificuldades de aprendizagem, o que vem de encontro à restante literatura que indica que as principais dificuldades cognitivas dos autistas se prendem com a conceptualização e organização da informação, ficando os aspectos mecânicos da linguagem e capacidades espaciais intactos e por vezes mesmo francamente bons.

Os papéis sociais ocupados na idade adulta (escola, emprego, amizade, romance e independência) são também sistematizados na revisão analisada. As conclusões são em tudo sobreponíveis às apresentadas no artigo de Howlin et al. (2004), pelo que não são aqui repetidas. Apenas um estudo que comparava indivíduos com AAF e SA encontrou diferenças significativas a nível da escolaridade (o grupo com SA era favorecido). No entanto, o maior sucesso académico não se traduzia em maior empregabilidade ou melhores salários.

Conclui-se, então, que a maioria dos indivíduos com PEA não consegue alcançar a normalidade e continua a ter sintomas graves e a ser altamente dependente, mais ainda do que noutras patologias do desenvolvimento (como o atraso mental ou défices na linguagem). Este trabalho aponta para desfechos mais favoráveis em apenas 15% dos casos. No entanto, um estudo que inclui sobretudo indivíduos com atraso mental, nalguns dos casos severo, obtém

resultados ainda mais sombrios: Billstedt et al. (2005) não consideraram nenhum dos 120 adultos que seguiram como tendo uma boa evolução, com 78% a terem um desfecho mau.

Comorbilidades

Um aspecto importante abordado nesta revisão é o das comorbilidades. Sabe-se que o autismo é uma perturbação com altas taxas de comorbilidades psiquiátricas e físicas e de toma de medicação. A relevância destas co-ocorrências é revelada por relatos na primeira pessoa de adultos com alto funcionamento, que indicam que as condições psiquiátricas co-mórbidas, como a ansiedade, são percebidas como mais limitantes que os próprios défices centrais. Evidentemente, isto vem de encontro à hipótese previamente levantada de que muitos adultos não diagnosticados com PEA na infância podem surgir na clínica com sintomas das comorbilidades, visto que são estes os que lhes causam sofrimento.

Clinicamente, conhecer os factores de risco para condições co-mórbidas particulares, as interacções entre estas e a trajectória de desenvolvimento dos indivíduos autistas e os custos para a família e sociedade são fundamentais para melhorar as intervenções e cuidados nesta população.

Porém, a análise das comorbilidades psiquiátricas e comportamentais depara-se, desde logo, com um problema: muitos dos sintomas centrais do autismo sobrepõem-se a outras doenças mentais, o que coloca entraves ao diagnóstico diferencial e à decisão de considerar um sintoma como parte integrante da doença ou atribuí-lo a uma comorbilidade. Mais ainda, a linguagem pobre, o pensamento concreto e a interpretação literal das perguntas, juntamente com a falta de instrumentos específicos para avaliar a psicopatologia neste grupo, tornam o diagnóstico difícil.

Mesmo com estas limitações, actualmente crê-se que as perturbações afectivas são as co-ocorrências psiquiátricas mais frequentes entre os autistas (são apontadas prevalências tão altas como 64%, com 28% a corresponderem a depressão; o risco pode aumentar com a idade, com um pico nos adolescentes e jovens adultos; a presença de história familiar de depressão também é um factor de risco, tal como na população geral, e possivelmente o nível de funcionamento, com os sujeitos mais inteligentes a serem os mais afectados, pela consciência das suas diferenças e inadequação – Ghaziuddin et al., 2002). Ainda que a depressão major seja a mais frequente, outras patologias, como a doença bipolar, podem também ser encontradas (Lainhart & Folstein, 1994; Ghaziuddin et al., 2002).

Nestes trabalhos, os autores argumentam que a doença pode ter uma apresentação diferente do habitual entre as pessoas com PEA, dado o seu repertório restrito de expressões emocionais e o conhecimento limitado acerca dos seus sentimentos (e dos outros). Assim, as queixas de tristeza e abulia, bem como a expressão facial típica dos deprimidos podem não ser evidentes entre estes indivíduos, sendo de valorizar as alterações do sono e do apetite, bem como a exacerbação (ou, pelo contrário, o abandono) das preocupações autísticas habituais. Nos indivíduos de baixo funcionamento, pode notar-se uma regressão nas capacidades, como a incontinência. Estes acontecimentos devem ser ainda mais valorizados neste contexto se ocorrerem na puberdade ou no jovem adulto. A probabilidade de ocorrência de catatonia e outros episódios psicóticos está aumentada. Também nesta população são possíveis os comportamentos suicidas.

Estes investigadores notam ainda que a co-ocorrência de depressão pode agravar os comportamentos repetitivos, estereotipados e até agressivos (sobretudo nas pessoas de baixo

funcionamento) e a exclusão social, bem como os comportamentos obsessivo-compulsivos e as perseverações.

Apesar da noção anteriormente divulgada de que os adultos autistas teriam maior risco de desenvolver esquizofrenia, os estudos mais recentes indicam que a incidência é baixa nesta população. Ainda assim, um estudo de Mouridsen et al. (2008) com 89 autistas atípicos (observados em média até aos 45,3 anos) apresenta resultados diferentes, com as perturbações do espectro da esquizofrenia a ocorrerem em 34,8% do grupo, dos quais 28,1% correspondem a esquizofrenia. No total, 68,5% dos autistas tinham já tido pelo menos uma co-morbilidade psiquiátrica diagnosticada até ao follow-up, contra 10,9% dos controlos.

Este estudo é uma exceção entre os vários que analisam esta problemática, se bem que há algum consenso em relação à maior probabilidade de ocorrência de episódios psicóticos e catatonia isolados nesta população (mas não esquizofrenia), sobretudo quando ocorre uma ruptura nas rotinas destes doentes. De qualquer forma, a relação entre as PEA e as condições do espectro da esquizofrenia é um campo onde é ainda necessária muita investigação, como é referido no interessante estudo de Nylander et al. (2008) acerca deste tema, onde são apresentados vários exemplos de desordens de cada um dos espectros que se interceptam entre si, por exemplo a PDMC (perturbação do desenvolvimento múltipla complexa, possivelmente um sub-tipo de PGD-SOE), a esquizofrenia deficitária, a esquizotipia negativa e, claro, a personalidade esquizóide, que no ICD-10 é indicada como sinónimo de SA.

Estas autoras apontam a colaboração entre os serviços de psiquiatria infantil e para adultos como o caminho para elucidar muitas destas questões, e salientam a necessidade cada vez maior dos psiquiatras de adultos se inteirarem acerca das PEA.

No artigo de revisão analisado não é feita qualquer referência a perturbações ansiosas específicas, nomeadamente a perturbação obsessivo-compulsiva (POC). Todavia, os comportamentos obsessivos e repetitivos são um sintoma central das PEA, muitas vezes associado a interferências significativas na vida dos doentes. Segundo Baron-Cohen (1989), quando não provocam resistência interna e ansiedade devem considera-se apenas como parte do quadro da PEA. No entanto, se os sintomas forem egodistónicos, pode considerar-se a co-ocorrência de uma POC a necessitar de tratamento.

Uma investigação de Russell et al. (2005) procura encontrar diferenças entre os sintomas obsessivo-compulsivos de um grupo de adultos com PEA de alto funcionamento e os de um grupo equivalente com POC, o que pode ser útil em termos de diagnóstico diferencial. 25% dos doentes com PEA tinham um diagnóstico co-mórbido de POC. Concluiu-se que os dois grupos tinham uma frequência semelhante de sintomas obsessivo-compulsivos, com apenas as obsessões somáticas e rituais repetitivos a serem significativamente mais comuns no grupo com POC. Este grupo tende também a apresentar apenas um tipo único de obsessões e compulsões. Já a severidade dos sintomas era significativamente maior nos doentes com POC (23,2 vs 16,2 na Y-BOCS – Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale). Mesmo assim, 39% do grupo com PEA ocupava mais de 1-3 horas por dia com as suas obsessões e 26% com compulsões. Globalmente, até 50% dos doentes as consideravam, no mínimo, moderadamente incapacitantes.

Também Cath et al. (2008) se debruçaram sobre este assunto, analisando grupos de adultos com PEA, POC e também Perturbação de Ansiedade Social (PAS). Concluíram que, com efeito, a severidade dos sintomas obsessivo-compulsivos é maior nos doentes com POC

pura, contra os com PEA (medidos na Y-BOCS), sobretudo na sub-escala obsessões, mas que estes doentes têm pontuações muito mais altas que os controlos.

Em relação aos sintomas de ansiedade geral, não havia diferenças entre os três grupos, bem como nos resultados de uma escala que avalia a ansiedade social (L-SAS, Liebowitz Social Anxiety Scale), o que, de acordo com os autores, corresponde a uma sobreposição de sintomas entre as PEA e as duas outras características diagnósticas, apontando para um elevado número de sintomas ansiosos nos indivíduos autistas. Uma vez que, portanto, obtêm pontuações altas nas medidas de POC e PAS, os indivíduos com PEA podem receber apenas estes diagnósticos, se não se tiver o cuidado de pesquisar os sintomas adicionais do autismo (os autores utilizam o AQ – Autism-Spectrum Quotient, apresentado no capítulo seguinte – com resultados satisfatórios).

Seguindo outra linha de investigação, de forma a provar a associação entre a presença de “traços” autísticos e sintomas psiquiátricos e dificuldades psicossociais, mesmo em adultos normais, Kanne et al. (2009) compararam um grupo de 34 estudantes universitários com pontuações sub-patológicas num questionário sobre sintomas de PEA com outro de 73, com as pontuações mais baixas no mesmo questionário. Os doentes com mais traços autísticos apresentavam significativamente mais problemas internalizados, emocionais, escolares, com o ajustamento pessoal e sentido de inadequação, atipia, com as relações interpessoais e auto-estima, apresentando maiores níveis de ansiedade social e sintomas ansiosos gerais e depressivos.

Em relação às comorbilidades médicas, a revisão de Seltzer et al. (2004) destaca apenas a epilepsia, bastante frequente sobretudo em indivíduos com atraso mental. A sua

instalação tem uma distribuição bimodal, com um pico na infância precoce e outro apenas na adolescência, pelo que muitos indivíduos podem desenvolver a doença mais tarde.

A probabilidade de tomar medicação psicoactiva também aumenta com a idade, sobretudo antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores do humor.

Discussão

O panorama traçado permite assim concluir que na maioria dos casos, e em praticamente todos os mais graves, as PEA são condições persistentes que afectam o indivíduo ao longo de todo o seu desenvolvimento. O quadro pode não ser tão colorido e os sintomas tão evidentes como nas crianças, sobretudo entre os doentes de melhor funcionamento, mas, ainda assim, continuam a manter os três défices centrais característicos, constatáveis numa observação atenta em que se mantenha esta hipótese em mente. Naturalmente, as dificuldades sentidas variam com a fase da vida em que estes doentes se encontram.

A adolescência proporciona a oportunidade de contactar com um grande número de pessoas da mesma faixa etária em ambientes menos controlados, de construir um leque alargado de amizades significativas e viver os primeiros relacionamentos românticos e sexuais. Pelo exposto, conclui-se que estas são áreas em que os doentes com PEA revelam sérias dificuldades, o que lhes provoca elevados níveis de ansiedade e mesmo perturbações do humor, dado o sentido de inadequação e o reconhecimento da própria estranheza. É frequente que os adolescentes se sintam frustrados por serem incapazes de percorrer as etapas normais do desenvolvimento, por oposição aos seus pares.

Não raramente, esta fase, em que as necessidades sociais e funcionais se tornam mais prementes, é a altura em que perturbações menos graves do espectro são diagnosticadas, como a SA, uma vez que na infância, tendo uma inteligência normal e, em regra, causando poucas dificuldades em casa e na relação com os pais, a patologia pode não ser aparente (Berney, 2004).

Também os jovens adultos têm limitações nestes domínios, a que se somam o ingresso em estudos superiores ou no mercado de trabalho. Ambos se revestem de características particularmente problemáticas para os jovens autistas: a falta de regras e previsibilidade, a necessidade de cooperar e trabalhar em grupo ou de comparecer em entrevistas de trabalho são entraves muitas vezes intransponíveis que se colocam neste grupo, que necessita de apoio especializado nestas tarefas, para evitar o desemprego e abandono escolar que compromete ainda mais a sua independência. Esta é uma tarefa em que a grande maioria dos adultos autistas falha, ficando a viver com os pais ou sendo institucionalizados, geralmente nos casos mais graves. A longo prazo, o envelhecimento e morte dos cuidadores pode ser um problema grave que vem destabilizar o funcionamento destes adultos, dada a resistência à mudança nas suas rotinas e dificuldades em encetar novas relações sociais e adaptar-se a pessoas diferentes. Nos casos de baixo funcionamento, a exacerbação das estereotípias e mesmo de comportamentos mal-adaptativos graves pode ser particularmente desafiante.

Também é raro que constituam família, ainda que alguns possam casar e ter filhos (obviamente, nos casos de alto funcionamento). Mesmo nestes casos, a relação com o cônjuge e os filhos é descrita como pobre e distante.

Este aspecto é focado num interessante estudo de James et al. (2006) com cinco idosos com SA que os autores diagnosticaram já na velhice (visto que na infância e mesmo na idade adulta esta condição ainda não era reconhecida).

Os autores notaram que alguns idosos referenciados a uma clínica psiquiátrica por diversos motivos (depressão, ansiedade, problemas comportamentais e alterações da memória) apresentavam adicionalmente uma personalidade rígida, mesmo obsessiva num dos casos, com graves dificuldades sociais presentes desde a infância até ao momento, em todos eles. Apesar de todos terem um emprego, à excepção de um professor de matemática do ensino básico (com um QI de 137), todos eram de baixo grau. Curiosamente, três tinham casado e tinham filhos (um estava divorciado e outro era viúvo), mas os filhos descrevem as suas relações como distantes, disfuncionais, com défices emocionais e de comunicação.

Numa avaliação posterior, foram encontradas nestes indivíduos outras características típicas da SA na idade adulta: quatro dos indivíduos apresentavam interesses e actividades focados e repetitivos (relacionados por exemplo com números, selos, pedras ou animais) e preferiam estar sozinhos (um deles nunca fazia férias com a família). Outros tinham rotinas rígidas ou rituais, eram considerados excêntricos e dois tinham mesmo sido vítimas de bullying na idade escolar. A falta de empatia era outro problema frequente. Um idoso tinha mostrado grande insensibilidade e desadequação em muitos momentos da sua vida, por exemplo em funerais; outro, pelo contrário, era ingénuo ao ponto de gastar toda a sua pensão com instituições de caridade, sem ficar com nenhum dinheiro para si. Dois doentes tinham ainda problemas de conversação (tópicos, extensão, comunicação não-verbal) e outros dois de agressividade.

Este trabalho vem precisamente de encontro à convicção inicialmente apresentada de que há adultos com PEA que nunca foram convenientemente diagnosticados. Estes podem chegar à consulta psiquiátrica por várias razões, frequentemente com apresentações algo atípicas e problemas resistentes à melhor terapia utilizada para essa situação, como uma mulher de 66 anos (que não terminou o estudo), consultada por uma depressão tratada ao longo dos anos com ansiolíticos, antidepressivos, terapias comportamentais e mesmo terapia electroconvulsiva, com resultados mínimos, e que apresentava vários sintomas de PEA.

O estudo incidia apenas sobre a SA, que, sendo a forma mais leve de PEA, é a que mais facilmente passa despercebida durante a infância e depois se confunde com outras situações frequentes na idade adulta. Também o facto de só ter sido reconhecida nos anos 80 a torna a mais provavelmente sub-diagnosticada nesta população.

Todavia, como Bishop et al. (2008) notam no seu artigo sobre substituição diagnóstica, o conceito de PEA e o reconhecimento das formas mais ligeiras, com atraso na linguagem mas sem atraso mental, também só surgiu por esta altura. Assim, estudaram um grupo de 38 adultos (15-31 anos, $QI > 80$) que foram diagnosticados na infância (décadas de 80 e 90) com uma perturbação da linguagem. Foram-lhes administradas a ADI-R (aos pais) e a ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic), resultando num total de oito indivíduos a cumprir os critérios de autismo, e outros quatro a apresentar perturbações mais ligeiras do espectro. Aqueles em que houve substituição diagnóstica eram sobretudo os que estavam classificados como tendo uma perturbação pragmática da linguagem (todos os oito casos de autismo). Estes autores argumentam ainda que o mesmo poderá suceder em relação ao atraso mental e DAH (Défice de Atenção e Hiperactividade). Shattuck (2006) aponta igualmente para esta noção de substituição diagnóstica, atribuindo, em parte, a este fenómeno

o aumento da incidência da doença, que foi acompanhado de uma diminuição no número de diagnósticos de atraso mental ou dificuldades de aprendizagem.

Estes e outros estudos demonstram a importância de manter presente a hipótese de uma PEA num adulto que consulte devido a outras razões, sobretudo se apresentar sintomas aparentemente ansiosos, depressivos ou obsessivo-compulsivos. Por exemplo, Bejerot et al. (2001), num estudo com indivíduos com POC, descobriram que 20% possuíam traços autísticos marcados.

Devem chamar a atenção personalidades excêntricas, solitárias e afastadas da maior parte do contacto e actividades sociais, com interesses peculiares e muito restritos que absorvem grande parte da atenção dos indivíduos, mesmo durante a conversação com outros. Mostram em regra um marcado défice na reciprocidade emocional e na empatia, o que por vezes origina situações caricatas ou mesmo desagradáveis e limita ainda mais a socialização destas pessoas. Obtêm qualificações académicas e empregos piores que o esperado para o seu nível de funcionamento intelectual (com notáveis excepções), e muitos dos que não estão institucionalizados ficam a viver com os pais. Outros vivem sozinhos e mesmo os que constituem famílias têm frequentemente relações deficitárias com os cônjuges e filhos.

A linguagem acaba por desenvolver-se na maioria dos doentes, e alguns apresentam na idade adulta um discurso mais próximo da norma para o seu QI, sendo de valorizar alterações pragmáticas e da prosódia, como dificuldades na adequação ao contexto, em compreender a intenção dos falantes (dificuldades na ambiguidade) e fazer entender a sua, em reconhecer o que já sabem os ouvintes e o que lhes interessa, bem como dificuldades em compreender quando é a sua vez de falar. A comunicação não-verbal continua em regra severamente afectada, utilizando poucas expressões faciais, gestos e movimentos, limitando o

contacto visual ou utilizando-o de forma desadequada, e cometendo erros de ênfase e entoação (monocórdica). Pelo menos entre os indivíduos com SA, é de esperar que muitos apresentem um discurso pedante.

As estereotípias motoras na idade adulta são mais evidentes nos indivíduos com atraso mental, sendo a sua gravidade e intensidade um sinal que aponta para a ocorrência de PEA em adultos com baixo QI. Ainda assim, mesmo em sujeitos com inteligência normal podem verificar-se alguns maneirismos motores repetitivos, sobretudo em situações de ansiedade. Fora destas alturas, nesta idade são mais frequentes os comportamentos ritualísticos.

A avaliação destes doentes deve incluir ainda uma história detalhada acerca do seu desenvolvimento. Naturalmente, a informação é cada vez menos fidedigna com o avançar da idade, sendo importante recolhê-la de diversas fontes, como os pais, irmãos, cuidadores (por exemplo, os funcionários das suas instituições), professores ou cônjuges e filhos, quando existam.

Por forma a tornar a sua avaliação mais objectiva, as orientações actuais recomendam que, além desta avaliação clínica segundo os critérios da APA e da WHO, se utilizem instrumentos diagnósticos para PEA, que incluam escalas baseadas em relatos dos pais e outras em observações directas (Bridgemohan, 2009; Augustyn, 2010). Obviamente, no caso da avaliação de adultos, há várias limitações para este método.

Contudo, nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidas escalas que procuram auxiliar no diagnóstico de PEA nesta idade. Estas escalas, bem como as validações que foram encontradas e algumas considerações oportunas são o objecto do capítulo seguinte.

Capítulo 3

Escalas Diagnósticas para Adultos com PEA

Escalas Construídas para Crianças e Aplicáveis em Adultos

O interesse que actualmente as PEA despertam no seio da comunidade médica levou à criação de vários instrumentos que as permitam diagnosticar com rigor e precisão, nomeadamente escalas e questionários que possibilitem a quantificação dos seus sintomas e a atribuição ou não de um diagnóstico de acordo com o resultado numérico obtido, uma vez que ainda não se encontram disponíveis marcadores biológicos fidedignos.

A grande maioria destas encontram-se num trabalho de Lord & Corsello (2005). As autoras apresentam uma breve perspectiva histórica acerca do desenvolvimento destes instrumentos diagnósticos, nomeando a primeira escala amplamente utilizada com este fim, a Rimland Diagnostic Form for Behavior-Disturbed Children (Form E-1), de 1968, baseada nos sintomas descritos por Kanner, e, portanto, apenas aplicável aos casos de autismo clássico.

Todavia, dois anos antes já tinha sido criada a Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children (BRIAAC), historicamente importante porque utilizava a observação directa de comportamentos, organizando os sintomas em oito sub-escalas.

Uma outra escala altamente influente no desenvolvimento dos instrumentos diagnósticos actuais foi a Handicaps, Behavior, and Skills Schedule (HBS), de 1978, uma vez que introduziu a utilização de entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos pais e cuidadores, tendência que se mantém actualmente. Incluía 31 secções e demorava várias horas para ser completada, tendo sido substancialmente revista (a revisão mais actual corresponde à DISCO – Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders, explicada à frente).

Ao todo, no trabalho de Lord & Corsello, são analisadas com detalhe nove escalas actualmente utilizadas na classificação do autismo, além de outras acessórias que medem a severidade dos sintomas centrais e outros instrumentos de diagnóstico relacionados.

Porém, como as próprias autoras notam, estas escalas foram desenvolvidas com o intuito de diagnosticar PEA na infância, podendo não ser apropriadas para outras faixas etárias. No geral, são mais rigorosas em crianças de idade escolar, verbais e com atraso mental ligeiro a moderado, havendo igualmente um marcado défice de instrumentos válidos para as SA e PGD-SOE, que em parte reflecte a ausência de critérios diagnósticos claros para estas perturbações. Outra dificuldade que pode surgir na população adulta é a distinção entre défices específicos do autismo e os associados a outras doenças psiquiátricas.

Nenhuma das escalas aqui referidas foi especificamente desenvolvida para avaliar adultos. Entretanto, cinco podem ser utilizadas nesta faixa etária (seis, contando com uma específica para a SA e AAF, ainda num estágio preliminar – a Asperger's Syndrome (and High-Functioning Autism) Diagnostic Interview, ou ASDI).

A primeira é a GARS (Gilliam Autism Rating Scale), indicada para indivíduos dos 3 aos 22 anos e para ser completada pelos pais. Além de ter um alcance cronológico reduzido, pelo menos na perspectiva do presente trabalho, um estudo de validação que a comparou com

a ADOS e a ADI-R obteve resultados desapontantes, com uma percentagem de falsos negativos de 48%, pelo que não pode ser utilizada isoladamente como instrumento diagnóstico.

Segue-se a Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) – Lord et al. (1994), traduzida em várias línguas, incluindo em português (com tradução reversa aprovada pelos autores da escala), e actualmente considerada “gold standard” em muitos países, dadas as suas boas a excelentes propriedades psicométricas (Bridgemohan, 2009). Em Portugal, é de uso rotineiro em todas as crianças que frequentam as consultas de autismo do Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra (CDHPC) desde 2000, local onde a tradução foi desenvolvida. A utilização no resto do país é ainda marginal, sobretudo pela sua complexidade e morosidade. Todavia, na região centro já foi aplicada a mais de mil crianças, o que pode ser extremamente vantajoso em termos de investigação futura.

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada para cuidadores de crianças e adultos em quem se suspeita da existência de PEA, especificamente associada aos critérios do DSM-IV e ICD-10. Possui ao todo 93 itens (mais algumas questões acerca do desenvolvimento), distribuídos por quatro sub-escalas, uma geral e as outras correspondentes aos três critérios do DSM-IV – reciprocidade social, comunicação e comportamentos restritos e repetitivos; para se obter um diagnóstico, é necessário ultrapassar os cut-offs de cada uma destas sub-escalas, o que aumenta a sua especificidade, sobretudo em situações de atraso mental concomitante, quando comparada a escalas que apresentam um único valor global.

Demora cerca de duas horas a ser administrada por um entrevistador experiente (o treino pode ser adquirido através de vídeos ou workshops, mas, para propósitos clínicos, pode ser administrada por um médico com muita experiência a entrevistar e trabalhar com autistas,

ainda que não dispense a consulta atenta do guia que acompanha a escala e algum tempo de adaptação à administração da mesma, dado o seu complexo sistema de cotação; para fins de investigação, é necessário estabelecer a fiabilidade inter-observador com um profissional creditado na administração da escala).

Em cada uma das sub-escalas, o sintoma é classificado segundo a sua ocorrência “actual” (à excepção de alguns que só são relevantes em idades particulares, que são indicadas) e “alguma vez” ou “mais anómalo aos 4-5 anos”, desde que o comportamento tenha ocorrido consistentemente, por períodos superiores a três meses, daí a importância de ter um informante que tenha convivido de perto com a criança desde cedo, o que nem sempre é possível quando se trata de adultos e, sobretudo, de idosos. A codificação é complexa e não vai ser aqui pormenorizada, podendo ser consultada em português no guia que acompanha a ADI-R, disponível no CDHPC.

Ainda que seja possível utilizar apenas a escala referente aos sintomas actuais para classificar um sujeito, o poder preditivo é maior quando a história é tida em conta, pelo que, para maior rigor, a informação acerca dos comportamentos anteriores não deve ser omitida, sempre que esta esteja disponível (Lord et al., 1997).

Dado que alguns itens têm intervalos de idade em que podem ser aplicados, quando se utiliza com adultos tem de ter-se o cuidado de omiti-los – itens 29, 34, 42, 50, 54, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67 e 68. É de salientar que, dos 28 itens da sub-escala Desenvolvimento Social e Jogo, 11 não podem ser aplicados a adultos, o que pode ter um impacto negativo no seu poder preditivo.

Uma vez que este instrumento consome muito tempo e necessita de bastante treino para ser correctamente administrado, foi desenvolvido um questionário fácil e rápido de usar

que nele se baseia, o ASQ (Autism Screening Questionnaire – Berument et al., 1999), mas não com fins diagnósticos, apenas de rastreio. Contém 40 itens e tem uma boa capacidade para distinguir pessoas com ou sem PEA, não estando no entanto tão bem estudado quanto a ADI-R.

A DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders – Wing et al., 2002), é igualmente uma entrevista semi-estruturada para os cuidadores do doente, desenvolvida com o propósito de acompanhar o desenvolvimento das crianças autistas e prever as suas dificuldades até à idade adulta, e não propriamente como instrumento diagnóstico. Demora entre 2 a 4 horas a preencher. As suas propriedades psicométricas são no geral boas, com alguns pontos menos favoráveis (a fiabilidade inter-observador, em relação a alguns itens da interacção social e a muitos dos comportamentos repetitivos), mas apenas foram determinadas com crianças.

Ainda assim, uma vez que solicita informação acerca dos comportamentos actuais e passados e inclui itens acerca de interacção social, comunicação, imaginação e actividades repetitivas, além de outros relacionados com o nível de desenvolvimento em vários domínios (baseados na VABS – Vineland Adaptive Behavior Scales) e outra secção sobre comportamentos atípicos, não especificamente autísticos mas frequentemente observados nesta população, é uma escala amplamente utilizada no seguimento destes indivíduos, surgindo em vários estudos acerca de autistas adultos - dois bons exemplos são os trabalhos de Billstedt et al. (2005 e 2007) -, até porque inclui alguns pontos especificamente apropriados para este grupo etário, nomeadamente: perturbações psiquiátricas, comportamento sexual e problemas forenses. É também mais apropriada que a ADI-R para avaliar todo o espectro do autismo, incluindo situações borderline.

Duas das três escalas existentes baseadas na observação directa podem ser utilizadas em adultos. Uma, a Adolescent and Adult Psychoeducational Profile (AAPEP), é especificamente concebida para avaliar indivíduos com mais de 12 anos de idade com atraso mental severo a moderado, sem fins diagnósticos, antes também direccionada para a avaliação de capacidades necessárias para a vida independente e planeamento de intervenção nessas áreas. Há pouca informação quanto às suas validade e fiabilidade.

A outra é a ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule -, que será discutida à frente.

Uma outra escala baseada na observação directa aplicável em adultos (válida dos 2 aos 55 anos, pelo menos) que não é referida na revisão de Lord & Corsello é a PDD-MRS (Pervasive Developmental Disorder in Mentally Retarded Persons – Kraijer&de Bildt, 2005). Trata-se de um instrumento de rastreio de administração rápida (10-20 minutos) que pode ser aplicado sem qualquer treino por profissionais de várias áreas, desde que habituados a lidar com pessoas com PEA e/ou atraso mental. Não requer colaboração dos doentes.

Possui doze itens sensivelmente correspondentes aos três défices centrais definidos nos DSM-IV/ICD-10, originando pontuações entre 0 e 19. Abaixo de 6 (inclusive), o rastreio é negativo, acima de 10 é positivo e entre 7-9 é duvidoso.

Foi validado numa amostra significativa de mais de 1000 indivíduos com várias idades, níveis de atraso mental e etiologias para o atraso mental, com resultados muito positivos para quase todos os grupos, com sensibilidade e especificidade globais ambas de 92,4%. Especificamente em relação aos adultos, a percentagem de classificações erradas era mínima dos 20-39 anos (9,5%), sendo ligeiramente superior dos 50-80 (14,1%). Entre estas idades, era de 10,5%, podendo concluir-se que se trata de um instrumento valioso na

avaliação desta população, algo que foi confirmado por um estudo de Morgan et al. (2002), que, dos 153 doentes identificados que pontuaram na faixa positiva e foram posteriormente avaliados segundo os critérios do ICD-10, concluíram que todos apresentavam uma PEA.

La Malfa et al. (2004) também confirmaram a sua validade em 166 adultos (16-87 anos) com atraso mental, em Itália, com resultados igualmente satisfatórios.

Este último estudo prova ainda o interesse prático da escala, visto que, antes da sua aplicação, apenas 7,8% dos sujeitos tinham um diagnóstico de PEA. Esta percentagem elevou-se para 39,2% após um procedimento diagnóstico iniciado com (mas não limitado a) o preenchimento da escala, que além de confirmar o seu rigor corroborou a convicção da existência de muitos adultos sub-diagnosticados.

Felizmente, ambos os instrumentos que actualmente são considerados gold-standard no diagnóstico de PEA (a ADI-R e a ADOS – Augustyn, 2010) podem ser utilizados na avaliação de adultos. Porém, ambos exigem formação específica para a sua administração, e a ADI-R consome bastante tempo. Além disso, o valor preditivo destas escalas é reconhecidamente menor no caso de adultos, sobretudo de alto funcionamento.

Lord & Corsello sublinham o défice de instrumentos diagnósticos apropriados para adultos com possíveis PEA, o que obviamente acarreta maiores dificuldades para a prática clínica.

Desta forma, o principal objectivo deste trabalho é investigar a existência de escalas diagnósticas válidas e fiáveis que possam ser utilizadas nesta faixa etária e que tenham sido especificamente criadas para ela.

Escalas Específicas para Adultos

Método

Foi efectuada uma pesquisa abrangente da literatura disponível, utilizando duas bases de dados (Google Académico e Medline) e consultando referências promissoras de artigos analisados.

As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram “autism”, “Asperger syndrome”, “PDD-NOS”, “adults”, “scales”, “measurements”, “questionnaires” e “diagnostic instruments”. A Medline devolveu 505 resultados (a 10/11/2010), todos sumariamente verificados. O Google Académico devolveu cerca de 19.100 resultados, sendo que a grande maioria não era relevante para o trabalho em curso. Uma vez que o seu algoritmo de busca devolve resultados por ordem de frequência do aparecimento das palavras-chave, após trinta páginas sem resultados potencialmente interessantes, a busca nesta base de dados foi interrompida.

Numa fase posterior à identificação das escalas, foi conduzida uma nova pesquisa, com o nome de cada uma das seis escalas encontradas e “validation” como palavras-chave.

Foram incluídos todos os artigos que apresentavam uma escala para avaliação de qualquer PEA na população adulta e os que procediam à sua validação. Dada a escassez de instrumentos diagnósticos, foram igualmente seleccionados artigos que apresentavam instrumentos de rastreio. Apenas foram incluídos artigos em língua inglesa, não pelo desenho da pesquisa em si, mas antes porque todos os que foram encontrados e eram adequados a esta secção estavam escritos nesta língua.

No total, foram analisados 61 artigos, dos quais foram seleccionados 20. A exclusão dos outros prendeu-se com o facto de não estarem directamente relacionados com o objectivo da pesquisa, por exemplo os que avaliavam algumas características das PEA sem servirem fins diagnósticos ou de rastreio, os que aplicavam escalas construídas para crianças em adultos (e vice-versa) ou que utilizavam outros métodos de avaliação diagnóstica que não propriamente escalas, como testes da teoria da mente - alguns dos que se destinam a adultos podem ser consultados em Baron-Cohen et al. (1997), Heavy et al. (2000) e Golan et al. (2007).

Também as escalas anteriormente explicitadas não foram incluídas, uma vez que, apesar de poderem ser utilizadas em adultos, não foram validadas para esta população, pelo menos pelos autores que as desenvolveram.

Ainda uma outra escala, que possui uma adaptação especificamente dirigida a adultos, não foi incluída por não se ter encontrado uma validação nesta faixa etária.

Trata-se da SRS-A (Social Responsiveness Scale – Adult Version), um questionário breve (15-20 minutos) cujos 65 itens se destinam a ser preenchido por um convivente (geralmente o cônjuge), de 0 (falso) a 3 (quase sempre verdade). Em crianças tem muito boas propriedades na quantificação de traços autísticos (incide sobretudo no domínio social), com pontuações superiores a 85 a terem uma especificidade de 98% para uma PEA. Como a versão para adultos é análoga, apenas com um fraseamento e/ou exemplos de comportamentos diferentes, mais apropriados, pensa-se que terá um perfil de rigor semelhante. Os itens que diferem em relação à versão infantil podem encontrar-se num artigo de Constantino & Todd (2005).

Resultados

Ao todo, foram identificadas seis escalas que cumpriam os requisitos delineados, cujas características gerais e parâmetros psicométricos se encontram organizados nas Tabela 2 e 3.

Na Tabela 2 foram incluídos os dados mais relevantes que se prendem com a utilização prática de cada escala, e na Tabela 3 encontram-se sistematizados os dados disponíveis quanto às suas fiabilidade e validade (conforme determinadas pelos autores de cada escala), factores essenciais de ponderação quando se pretende utilizar um instrumento deste género.

Segundo Lord&Corsello (2005), qualquer instrumento diagnóstico proposto deve ainda incluir uma explicação acerca da população e métodos utilizados no estudo, bem como das condições em que este decorreu. Este pressuposto é verificado para todas as escalas apresentadas, todavia, para maior clareza da tabela, esses dados não foram aqui incluídos e podem ser consultados nos artigos de cada autor. Pela mesma razão não são também apresentados os valores dos erros de medida de cada instrumento, que sempre que disponíveis se encontram no texto referente a cada escala, que se encontra após as tabelas, onde são também fornecidos alguns detalhes e explicações.

Tabela 2 – Escalas para avaliação de PEA em adultos – características gerais

Instrumento	População alvo	Nº de Itens	Sub-escalas	Requerimentos para Administração	Tempo de administração	Cut-offs
ADOS-G -Módulo 4 (Lord et al., 2000)	Adolescentes e adultos com discurso fluente	31 (a partir de 10-15 actividades)	Social Comunicação Comportamentos repetitivos Outros	Treino (vídeo, workshops) ou com profissional creditado, se para investigação	30-45 min.	Autismo=10,6,4 PEA=7,4,2 (Total ³ , Social, Comunicação)
AQ (Baron-Cohen et al., 2001)	Adultos com inteligência normal ou superior (SA e AAF)	50 (10 para cada área)	Social Comunicação Imaginação Atenção a detalhes Alternância da atenção	Nenhuns (auto-administrado)	-	32
AAA (Baron-Cohen et al., 2005)	Adultos com inteligência normal ou superior	18 + 5 pré-requisitos	A: Social B: Comportamentos repetitivos C: Comunicação D: Imaginação E: Pré-requisitos	-	3 horas	3/5 nas sub-escalas A-C 1/3 na D 5/5 na E
ASDASQ (Nylander & Gillberg, 2001)	Adultos com outras doenças psiquiátricas	9 sintomas pontuados + 1 sobre condições psiquiátricas na infância	-	Mínimos (pode ser preenchido por qualquer funcionário de uma instituição psiquiátrica)	-	5 (implícito, não especificado)
RAADS-R (Ritvo et al., 2010)	Adultos com inteligência normal ou superior	80	Linguagem Social Sensório-motora Interesses circunscritos	Nenhuns (auto-administrado)	1 hora	65
ASD-DA (Matson et al., 2006)	Adultos institucionalizados com AM	31	-	-	10 min.	19 (PEA vs AM só) Factores I=11 e III=8 (Autismo vs PGD-SOE)

³ Total=sub-escalas Social+Comunicação

Tabela 3 – Escalas para avaliação de PEA em adultos – fiabilidade e validade

Instrumento	Fiabilidade			Validade		
	Inter-observador	Temporal	Consistência interna	Construto (Conteúdo)	Convergência	Amostra Equiparada Discriminante
ADOS-G -Módulo 4 (Lord et al., 2000)	I, S e T=Alta	S=Boa a alta T=Alta	S= Adequada a alta T= Muito alta	DSM-IV e ICD-10	-	AM, PL, POC, ansiedade, depressão
AQ (Baron-Cohen et al., 2001)	-	T= Alta	S= Moderada; Boa (apenas S. Social)	DSM-IV; Rutter, 1978 e Wing & Gould, 1979	-	-
AAA (Baron-Cohen et al., 2005)	-	-	-	DSM-IV ; Baron-Cohen, 1988 e Tager-Flusberg, 1993	-	-
ASDASQ (Nylander & Gillberg, 2001)	I 1-8= Moderada a boa I 9= Pobre T= Moderada a boa	I 1-8= Moderada a boa I 9= Aceitável T= Moderada a boa	T= Alta	-	-	AM, psicoses, perturbações ansiosas, do humor e de personalidade
RAADS-R (Ritvo et al., 2010)	-	I= Muito alta T=Muito alta	S=Alta; Boa (apenas S. Linguagem)	DSM-IV-TR e ICD-10	SRS-A	Psicoses, perturbações ansiosas e do humor, abuso de substâncias
ASD-DA (Matson et al., 2006)	I=Aceitável T=Aceitável	I=Aceitável T=Aceitável	F=Alta (III) a muito alta T=Muito alta	DSM-IV ; ICD-10 ; CARS e outras escalas diagnósticas; revisão da literatura sobre PEA e impressões clínicas	Checklist DSM-IV-TR/ICD-10; MESSIER; domínio social da VABS	AM

Legenda: I=Item; S=Subescala; T=Total; AM=Atraso Mental; PL=Perturbação da Linguagem; CARS=Childhood Autism Rating Scale; MESSIER=Matson Evaluation of Social Skills for Individuals with Severe Retardation.

ADOS-G – Módulo 4 (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic)

Esta escala (Lord et al., 2000) corresponde a uma evolução da ADOS, que entretanto foi modificada para abranger um maior número de faixas etárias e níveis de funcionamento. Tal como acontece com a ADI-R, está prontamente disponível no CDHPC uma tradução portuguesa, razão pela qual não se apresenta esta escala em apêndice.

Actualmente possui quatro módulos aplicáveis a quatro grupos de indivíduos diferentes, um dos quais (Módulo 4) corresponde a adolescentes e adultos de alto funcionamento. Todos os outros se destinam a crianças, aplicando-se em função do seu desenvolvimento linguístico.

A ADOS-G foi criada para acompanhar a ADI-R, focando-se na detecção de um conjunto estruturado de comportamentos solicitados a partir de situações criadas e entrevista (esta apenas neste módulo), com o que se pontuam itens relativos à interacção social, comunicação, comportamentos repetitivos e restritos e outros não específicos mas frequentes, anotados no decurso da observação ou através de registo em vídeo. É de administração mais rápida que a ADI-R, com instruções mais simples, sobretudo ao nível da pontuação. Necessita de um conjunto de materiais para a sua execução, que fazem parte do kit que acompanha a escala (e, em todo o caso, são facilmente acessíveis).

Atribui-se uma pontuação entre 0 (sem evidência da anomalia) e 2 (anomalia definitivamente presente). Pode atribuir-se um nível 3 a indivíduos cuja anomalia seja tão severa que interfere com a observação. Alguns itens podem ter ainda outra pontuação, mas são raros.

Para que uma pessoa seja classificada como tendo autismo ou outra PEA, tem de atingir ou ultrapassar os respectivos cut-offs no domínio social, da comunicação e o total social+comunicação (os comportamentos repetitivos não entram no algoritmo diagnóstico, dado o tempo limitado de observação).

A sua fiabilidade temporal e inter-observador é no geral alta, tanto ao nível do item como da sub-escala e no total (social+comunicação), com Kappas⁴ invariavelmente >0,50 e frequentemente >0,80. A consistência interna é também alta, com excepção da sub-escala relativa aos comportamentos repetitivos, com um α de Cronbach⁵ de 0,47.

Os cut-offs seleccionados permitem distinguir os indivíduos autistas ou com outra PEA dos não afectados com uma sensibilidade de 90% e especificidade de 93%. Já a distinção entre as duas categorias patológicas é menos rigorosa, com especificidades entre 68-79% (para todos os módulos, neste caso não foram apresentados resultados específicos).

Espera-se que o desenvolvimento de pontuações multidimensionais possa permitir uma melhor qualificação destas patologias (PGD-SOE e também SA), tanto em relação a esta escala como à ADI-R.

⁴ O coeficiente Kappa de Cohen é uma medida estatística de concordância inter-observador para itens categóricos/qualitativos (entre dois observadores; para mais do que dois, usa-se o Kappa de Fleiss). É uma medida mais robusta e conservativa do que o simples cálculo da percentagem de concordância, uma vez que tem em conta a concordância que ocorre por acaso. Resultados mais próximos da unidade indicam uma melhor concordância.

⁵ O α de Cronbach é um coeficiente de fiabilidade frequentemente utilizado para estimar a consistência interna, isto é, se os itens do mesmo teste medem o mesmo construto. Uma vez que as intercorrelações entre os itens de cada teste aumentam quando todos os itens medem o mesmo construto, quanto maior for a consistência interna, maior será o α de Cronbach (isto é, mais próximo da unidade).

AQ (Autism-Spectrum Quotient) – Apêndice 1

Trata-se de um questionário preenchido pelo próprio sujeito, desenvolvido por Baron-Cohen et al. (2001) para quantificar os “traços autísticos” em adultos com uma inteligência normal, que é adicionalmente proposto como instrumento de rastreio para PEA de alto funcionamento.

Possui 50 itens que podem ser rapidamente respondidos, cada um com uma pontuação de 1 ou 0 (1= “definitivamente concordo” ou “concordo ligeiramente” nas perguntas que solicitam uma resposta positiva - cerca de metade - ou “definitivamente discordo” ou “discordo ligeiramente” nas de resposta negativa). Além desta versão dicotomizada, também se pode expressar a pontuação de um modo contínuo (de 1-4, originando totais de 50 a 200), mas como os cut-offs estão definidos para a primeira versão, prefere-se esta. Já se encontra traduzido em diversas línguas, incluindo holandês (Hoekstra et al., 2008) e japonês, este também com formas abreviadas (Kurita et al., 2005).

Foi aplicado a um elevado número de adultos (total de 1088), um dos grupos com SA e AAF, um de controlo, aleatório, outro composto por estudantes universitários e outro ainda composto por vencedores das olimpíadas de matemática, numa perspectiva de provar a maior presença de características autísticas entre os homens normais, e maior ainda entre os cientistas e matemáticos, algo que o estudo parece comprovar.

Apesar de interessante, esta discussão não cabe no âmbito do presente trabalho. Importa antes salientar as razoáveis a boas propriedades psicométricas que possui – as que foram avaliadas (faltam, por exemplo, análises estatísticas de significância ao nível do item em todos os parâmetros da fiabilidade). Tratando-se de uma escala auto-preenchida, não faz

sentido falar em fiabilidade inter-observador. Em vez disso, é comparada com o AQ dirigido aos pais dos sujeitos com SA/AAF (com menos dez questões, as subjectivas), sendo que estes em média pontuam os filhos 2,8 pontos acima do que os próprios doentes.

Outro problema do estudo é o facto de não apresentar valores de sensibilidade e especificidade para o cut-off escolhido (por 80% do grupo SA/AAF o ultrapassar, contra apenas 2% do grupo de controlo), uma vez que não se conhecia o estatuto diagnóstico do grupo de controlo. Na verdade, aplicando os critérios do DSM-IV a onze dos controlos que ultrapassaram o cut-off de 32, sete cumpriam todos os critérios para o diagnóstico de SA ou AAF, e os outros quatro cumpriam pelo menos três critérios.

Como os próprios autores salientam, uma vez que não recolhe informação acerca do desenvolvimento passado e depende somente do auto-reconhecimento, este instrumento não pode ser utilizado no diagnóstico de PEA, mesmo na população a que se destina. Pelo contrário, um adulto com dificuldades e uma pontuação acima do cut-off tem de ser avaliado por um especialista para uma possível PEA.

No entanto, é de salientar que como método de rastreio será sub-inclusivo, uma vez que 20% dos adultos com SA/AAF pontuam abaixo do cut-off.

Outra grande limitação do estudo é o facto de não fazer comparações com grupos de diagnóstico diferencial (a amostra equiparada discriminante da Tabela 3). Contudo, foram encontrados vários estudos que procuram esclarecer este ponto.

O primeiro que foi analisado, de Ketelaars et al. (2008), conclui que este questionário não é adequado para distinguir doentes com formas leves de PEA de outros grupos de doentes psiquiátricos (ansiosos, psicóticos e com alterações de humor). Incidia num número muito

pequeno de indivíduos - a maioria dos casos com PGD-SOE, e muitos dos incluídos no grupo “sem PEA” referenciados a consulta por suspeita de PEA, logo, apresentando provavelmente muitas das suas características.

Também um estudo de Kurita & Koyama (2006) conclui que o AQ (na sua versão japonesa) detecta não só PEA como perturbações depressivas e ansiosas.

Os outros estudos empreendidos com o mesmo objectivo apresentam resultados mais promissores: Cath et al. (2008) encontra diferenças estatisticamente significativas no total e em duas sub-escalas (comunicação e imaginação) do AQ entre doentes com PEA e POC ou PAS (Perturbação de Ansiedade Social) comórbidas e grupos com POC e PAS puras, que são dois dos mais importantes diagnósticos diferenciais de PEA na idade adulta. Ainda assim, os grupos com patologia ansiosa apresentam um total significativamente superior aos controlos, algo que não se verifica para as duas sub-escalas mencionadas (resultado semelhante ao dos controlos), aparecendo estas como as mais fiáveis na diferenciação entre os doentes com POC e PAS e com ou sem PEA comórbida. Hoekstra et al. (2008), utilizando os mesmos grupos para comparação, encontram diferenças significativas também ao nível da pontuação total e nos mesmos dois domínios.

Um outro trabalho procura utilizar o AQ para discriminar PEA de DAH – Défice de Atenção e Hiperactividade (Sizoo et al., 2009), obtendo resultados significativamente mais altos tanto no total como em quatro das cinco sub-escalas (a excepção é, naturalmente, a atenção aos detalhes). O cut-off utilizado é 26, como Woodbury-Smith et al. (2005) preconizam para populações clínicas, no seu trabalho com 100 adultos referenciados para avaliação de um possível AAF/SA, ao invés de 32, mais adequado para rastrear a população geral - algo que também é indirectamente confirmado no artigo de Cath et al. (2008). Usando

o valor de 26, conseguem uma sensibilidade de 95% e especificidade de 52%, classificando correctamente 83% dos pacientes. No entanto, uma importante limitação deste estudo é o facto de os autores não serem cegos em relação ao diagnóstico.

Vários estudos posteriores confirmaram as propriedades psicométricas do AQ em diferentes contextos culturais, em países como o Japão e a Holanda (Wakabayashi et al., 2006 e Hoekstra et al., 2008), seguindo um desenho de estudo semelhante ao inicialmente traçado pelos autores da escala (Hoekstra et al. também utilizam um grupo de diagnóstico diferencial), retirando conclusões similares acerca da utilidade do instrumento. Curiosamente, em todos os grupos (PEA, população geral e estudantes), a pontuação era sempre cerca de dois pontos acima entre os japoneses, quando comparados com os britânicos, pelo que o cut-off escolhido foi de 33, o que salienta a importância de validar cada instrumento na população a que vai ser aplicado e determinar os melhores cut-offs especificamente para ela.

Devido à sua simplicidade, rapidez e razoáveis propriedades psicométricas, é um instrumento amplamente utilizado na avaliação de adultos com PEA, encontrando-se referências à sua aplicação em muitos artigos relativos ao diagnóstico e seguimento de adultos ou do fenótipo alargado, como os já anteriormente mencionados de Bishop et al. (2004), James et al. (2006) e Kanne et al. (2009).

O principal autor desta escala desenvolveu ainda outras que procuram quantificar características que actualmente se julga estarem relacionadas com o autismo, e que se correlacionam com o AQ (Wheelwright et al., 2006). São eles o SQ (Systemizing Quotient - Baron-Cohen et al., 2003), o FQ (Friendship Questionnaire – Baron-Cohen & Wheelwright, 2003) e o EQ (Empathy Quotient – Baron-Cohen & Wheelwright, 2004), desenvolvidos e testados na mesma população de adultos com PEA de alto funcionamento, cuja função é

quantificar estes traços em indivíduos com inteligência normal, não servindo para diagnóstico, apenas como corroboração de outros testes e com maior interesse num contexto de investigação, pelo que não serão aqui discutidos. Ainda assim, uma vez que o EQ integra a escala que se segue, a sua tradução encontra-se no Apêndice 2.

AAA (Adult Asperger Assesment) – Apêndice 3

Esta, ao contrário da anterior, é uma escala com fins diagnósticos, e não apenas de rastreio (Baron-Cohen et al., 2005). Apesar do nome, pode também aplicar-se ao AAF (quando os 3º e 4º pré-requisitos não são cumpridos – isto é, quando há atraso na linguagem ou desenvolvimento cognitivo).

Consiste no preenchimento prévio pelo doente tanto do AQ como do EQ, cujas pontuações são computorizadas e inseridas nos itens correspondentes do algoritmo diagnóstico, ao que se segue uma entrevista clínica com o doente e um informante capaz de fornecer detalhes acerca do seu desenvolvimento na infância, algo absolutamente necessário para que se estabeleça um diagnóstico (e que pode ser difícil ou mesmo impossível no caso de doentes idosos, por exemplo).

Para cada item, insere-se um 1 na caixa correspondente (Sim ou Não, conforme o caso). Em baixo, há também espaço para o clínico escrever exemplos de sintomas e comentários adicionais. Nestes espaços podem aparecer automaticamente itens do AQ e do EQ (os que se correlacionam com o respectivo item do AAA), se tiverem sido respondidos afirmativamente pelo doente, uma vez que providenciam desde logo exemplos de

comportamentos para esse caso, economizando tempo. Toda a escala é inteiramente electrónica – a base é uma folha de Excel.

Além dos pré-requisitos, possui três escalas relacionadas com os critérios do DSM-IV. Às duas primeiras (social e obsessões) é acrescentado um critério a cada (em relação ao DSM-IV). Na sub-escala da comunicação, são abordadas sobretudo as dificuldades pragmáticas e o pedantismo, que se sabe serem mais características do discurso dos adultos com SA. Possui ainda uma outra sub-escala referente à imaginação, formulada para aplicar em adultos.

Para obter um diagnóstico, é necessário atingir os cut-offs em todas as sub-escalas. Desta forma, acaba por ter critérios mais apertados que o DSM-IV, o que se reflecte na percentagem de pessoas no estudo que cumprem os critérios do AAA (80%) contra os do DSM-IV (88%), originando menos falsos positivos.

Ainda que se baseie em duas escalas cuja validade é conhecida (AQ e EQ, daí a sua inclusão), neste estudo não são apresentados dados relativos a este ponto, o que é uma séria limitação ao seu emprego, até porque nenhum estudo posterior (que tenha sido encontrado) a procurou validar. Ainda assim, uma vez que é o único instrumento disponível deste género, é recomendado por Attwood (2008) e Shea&Mesibov (2009) para avaliar PEA de alto funcionamento na idade adulta.

ASDASQ (Autism Spectrum Disorder in Adults Screening Questionnaire) –

Apêndice 4

Trata-se de outro questionário apropriado para o rastreio de adultos com possíveis PEA (Nylander & Gillberg, 2001). Este pode ser utilizado em todas as faixas de QI, uma vez que se destina a ser preenchido por funcionários de hospitais psiquiátricos, quer se trate de médicos, enfermeiros ou outros, visto que é de fácil administração (apenas exige uma breve informação prévia à entrevista/contacto com o doente).

Foi especificamente criado para a avaliação de indivíduos com outras doenças psiquiátricas ou que procuram auxílio a este nível, muitas vezes com queixas devidas às comorbilidades conhecidas para estas doenças na população adulta.

Baseia-se na observação directa de comportamentos e atitudes, e não em cognições ou sentimentos dos doentes, classificando-se cada um dos nove itens pontuáveis com 1 (sintoma presente) ou 0 (ausente).

Após este rastreio, os doentes que obtenham pelo menos 5 pontos são avaliados especificamente para PEA se não se encontrarem razões na história pregressa para as excluir à partida (por exemplo, um bom funcionamento na infância ou a actual presença de delírios e alucinações – visto que a escala também é sensível aos sintomas negativos da esquizofrenia, como é notado num estudo de Chang et al. (2003) que também a valida, com conclusões semelhantes).

São estas uma boa consistência interna e razoáveis fiabilidades inter-observador e temporais, com $p < 0,001$ ao nível do item e do total, excepção feita ao item 9 (Kappas de -0,06 e 0,22). Os autores explicam os maus resultados com o facto de o tempo de contacto com os

doentes ser insuficiente para avaliar as suas capacidades em diferentes domínios, algo necessário para pontuar correctamente este item. A consistência interna é alta (α de Cronbach=0,85) e os autores apontam para uma sensibilidade de 89,5% e especificidade de 96,2%, mas curiosamente não se referem ao cut-off para o qual estes valores são aplicáveis. Tanto neste artigo como no de Chang et al., são considerados resultados altos, os iguais ou superiores a 5.

Usando este valor como referência, dos 98 sujeitos com pontuações altas, 25 tinham uma PEA, contra 2 dos 1225 com pontuações iguais ou inferiores a 4, pelo que, no entender dos autores, esta é uma escala útil no rastreio de PEA na população psiquiátrica adulta.

RAADS-R (Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised) – Apêndice 5

Esta escala (Ritvo et al., 2010) é uma revisão de uma pré-existente – RAADS (Ritvo et al., 2008), tendo sofrido algumas modificações e sido no presente estudo testada em quase 800 indivíduos intensivamente estudados (inclusivé com a ADI e ADOS), em 9 centros espalhados por 3 continentes, com resultados muito favoráveis.

Ao contrário do AAA, não é um instrumento diagnóstico por si mesmo, mas um adjuvante; porém, também não é um teste de rastreio, como os AQ e ASDASQ. É preenchido pelo próprio doente, mas, ao contrário do AQ, em ambiente clínico e com o médico presente e disponível para esclarecer qualquer dúvida em relação a cada item.

Cada um é pontuado de 0 a 3 de acordo com a severidade (0=nunca ocorreu; 1=apenas ocorreu quando tinha menos de 16 anos; 2=apenas ocorre agora; 3=ocorre agora e quando era novo/a), resultando num máximo de 240 pontos. Acima de 65 pontos, todos os

indivíduos tinham uma PEA, pelo que este cut-off resulta numa especificidade de 100%, sendo a sensibilidade 97%, logo com uma classificação correcta de 98,5% dos sujeitos.

Todos os parâmetros psicométricos avaliados são muito satisfatórios, em geral excelentes mesmo, sendo ainda de salientar o facto de se proceder também a um estudo de convergência com a SRS-A (administrada a 69 familiares de doentes com PEA), com um resultado de 95,59%. Na verdade, o pior resultado é o da consistência interna relativo à sub-escala da linguagem (α de Cronbach=0,789), concluindo os autores que se trata de um instrumento altamente rigoroso para discriminar os adultos que têm ou não uma PEA, mesmo daqueles que possuem outra doença psiquiátrica.

ASD-DA (Autism Spectrum Disorders-Diagnosis for Adults) – Apêndice 6

Ao contrário dos anteriores, este é um instrumento especificamente dirigido a adultos com inteligência inferior ao normal (Matson et al., 2007), tendo sido validado numa população com atraso mental maioritariamente profundo (Matson et al., 2007 e 2008).

Consiste numa breve entrevista dirigida a um funcionário da instituição onde se encontra o adulto, e que conviva de perto com ele há já algum tempo (pelo menos seis meses). Não se faz referência ao treino necessário para administrar a escala, mas supõe-se de fácil aplicação.

Possui 31 itens de resposta 1 ou 0, conforme o indivíduo analisado difira ou não de sujeitos da mesma idade e instituição (isto é, apresente ou não a anomalia, tendo em conta as limitações esperadas dado o seu atraso mental).

Ainda que não esteja dividida em sub-escalas, uma análise factorial coloca quase todos os itens num de três factores correspondentes aos sintomas centrais do DSM-IV e ICD-10. Os factores I e III (social e interesses repetitivos) permitem distinguir doentes autistas de PGD-SOE, classificando correctamente 59-65% dos sujeitos. Tratando-se, na sua maioria, de doentes com atraso mental profundo e com pouca ou nenhuma linguagem, é óbvio que o factor II (comunicação e linguagem) não permite uma distinção eficaz.

Em relação à distinção de doentes com PEA e atraso mental daqueles que têm apenas o último, para o cut-off escolhido são correctamente classificados 73,7%, com uma sensibilidade de 86% e especificidade de 62%. Os parâmetros psicométricos são adequados, sendo de destacar uma consistência interna muito alta (α de Cronbach=0,94, para o total) e o facto de se comparar a escala actual com outras cujas validades se encontram plenamente estabelecidas, como a VABS e a check-list do DSM-IV-TR/ICD-10, e também a MESSIER (Matson et al., 1998), com correlações significativas ($p < 0,01$ para todas). A fiabilidade inter-observador e temporal são apenas aceitáveis, com Kappas ao nível do item a variar de 0,200-0,491 e de 0,311-0,606, respectivamente.

Ainda assim, estes resultados permitem aos autores concluir que se trata de uma escala válida para diagnosticar PEA nesta população específica, ressalvando que a sua expansão a uma população com atraso mental menos pronunciado e a viver em ambientes menos controlados deve ser feita com cautela e necessita de mais estudos.

Consciente das dificuldades que há em lidar com este grupo particular de doentes adultos com PEA e atraso mental grave, e da falta de recursos disponíveis para a sua avaliação completa, o primeiro autor da escala, em colaboração com outros investigadores, desenvolveu mais duas escalas acompanhantes da ASD-DA que procuram facilitar a abordagem destes

sujeitos: a ASD-BPA (Autism Spectrum Disorders-Behavior Problems for Adults – Matson & Rivet, 2008), para quantificar comportamentos problemáticos mais frequentes nas PEA, como os agressivos/destrutivos, disruptivos, estereotípias e outros e a ASD-CA (Autism Spectrum Disorders-Comorbid for Adults – Matson & Boisjoli, 2008), que aborda as co-morbilidades mais frequentes destas patologias, como a ansiedade, depressão, POC, DAH e perturbações comportamentais.

Uma vez que não servem propósitos de rastreio nem de diagnóstico de PEA, mas antes se destinam à avaliação destes doentes depois de diagnosticados, estes dois instrumentos não serão aqui abordados com mais pormenor.

Discussão

Perante a suspeita da existência de uma PEA num indivíduo adulto, devem ser, então, tidos em conta os critérios diagnósticos dos DSM-IV-TR e do ICD-10, mas não só, visto que as recomendações actuais preconizam a inclusão de escalas diagnósticas com elevada especificidade e pelo menos sensibilidade moderada para as PEA, preferencialmente duas (uma baseada na observação directa e outra recorrendo ao relato dos pais).

Em relação à primeira, a ADOS-G (Módulo 4) é a escolha óbvia, tratando-se de um instrumento amplamente validado e utilizado, considerado *gold standard*, e concebido especificamente para adultos.

Já no que diz respeito à segunda, torna-se progressivamente menos exequível à medida que os indivíduos vão envelhecendo, devido à morte dos pais ou outras circunstâncias que os tornem indisponíveis para preencher a escala.

Quando este problema não for patente, a ADI-R, dadas as suas excelentes propriedades psicométricas e uso generalizado, deve ser a utilizada, adaptando-a à utilização em adultos (pela omissão de alguns itens que não são apropriados nesta idade). Para o seguimento de adultos diagnosticados já na infância, também a DISCO é uma opção viável.

Contudo, na indisponibilidade de recorrer aos pais como informantes, há já outras opções viáveis, ainda que necessitem de algum amadurecimento. Por um lado, surge a hipótese de dirigir a ADI-R a outros conviventes com o doente na infância. Se mesmo esta opção não for viável, pode recorrer-se a alguns dos instrumentos apresentados anteriormente para auxiliar no diagnóstico de PEA. Nomeadamente, existem dois instrumentos com fins diagnósticos (a ADOS-G e o ASD-DA – o AAA exige a presença de alguém que tenha acompanhado o desenvolvimento do doente), dois apropriados para rastreio (AQ e ASDASQ) e um cujo propósito não é claramente definido pelos autores (RAADS-R).

No caso de indivíduos de alto funcionamento, as escalas auto-preenchidas, como o AQ ou a RAADS-R, podem ser uma resposta para o problema. A RAADS-R possui parâmetros de validade e fiabilidade muito bons, tendo adicionalmente sido validada contra uma amostra equiparada discriminante que inclui os mais importantes grupos de diagnóstico diferencial/comorbilidades.

O AQ, como método de rastreio, é também uma ferramenta útil, até porque pode ser preenchido pelo doente em casa, sendo muito económico em termos de tempo. É já amiúde utilizado neste sentido. Salvaguarda-se, ainda assim, a elevada taxa de falsos negativos.

Uma importante limitação deste tipo de abordagem, como aliás é referida pelos autores das escalas, é a dificuldade que os doentes têm em reconhecer os seus próprios

défices, julgando-se mais “normais” do que são na realidade, tanto mais quão mais pronunciados são os seus sintomas – Bejerot et al. (2001).

Para fazer face a este problema, podem ser entrevistados outros conviventes do doente (irmãos, cônjuges e filhos, se disponíveis – são preferíveis aqueles que tiveram um contacto próximo com o doente durante a infância). Outra possibilidade é entrevistar directamente cuidadores das instituições onde estes adultos vivem (importante sobretudo no caso de indivíduos com atraso mental profundo, que se encontram frequentemente institucionalizados – neste caso, pode utilizar-se a ASD-DA). O ASDASQ é outra ferramenta deste género, mas para rastreio e não específica para sujeitos com atraso mental.

A pesquisa conduzida aponta assim algumas soluções para o problema do diagnóstico de PEA na população adulta e idosa, ainda que seja necessário desenvolver esforços de aperfeiçoamento e afinação dos instrumentos existentes, podendo também ser interessante investir na modificação de escalas construídas para crianças, de modo a que sejam aplicáveis em adultos (abordagem aliás utilizada por alguns dos investigadores).

Nomeadamente, a capacidade de todas as escalas analisadas para distinguir entre cada tipo de PEA é, em regra, baixa, até pela indefinição quanto às características de cada uma. A curto prazo, esta limitação pode não ser assim tão importante, dada a provável agregação da SA e da PGD-SOE juntamente com o autismo no DSM-5 (APA, 2011), criando-se o diagnóstico de PEA, o que, à luz da evidência actual acerca da natureza espectral das condições, fará todo o sentido.

O que é, sim, da maior relevância, é que na psiquiatria de adultos se continue a estar alertado para a ocorrência das PEA, e não só na pedopsiquiatria, conhecendo e fazendo uso dos melhores instrumentos disponíveis para as diagnosticar.

Capítulo 4

Conclusão

A presente dissertação tinha como objectivo apresentar uma revisão da patologia do espectro do autismo na idade adulta, realçando as características que a permitem reconhecer, as principais comorbilidades, os meios possíveis para a diagnosticar e as implicações desta realidade na clínica psiquiátrica.

Do que foi exposto, pode, portanto, concluir-se que está já disponível uma quantidade significativa de dados acerca da evolução dos indivíduos com PEA, e das implicações que os défices centrais e problemas comportamentais frequentes do autismo têm na idade adulta.

As consequências e importância de tal conhecimento são óbvias, visto que poderão permitir minorar as dificuldades sentidas por estes adultos na sua adaptação ao mundo académico e laboral, etapas fundamentais para alcançar uma vida independente. Também a intervenção ao nível do funcionamento social e romântico carecem da maior relevância, não só do ponto de vista dos indivíduos que sofrem de PEA como dos seus conviventes.

Neste ponto, também o facto de a sociedade estar actualmente mais familiarizada com o conceito de autismo pode ser benéfica, permitindo uma maior compreensão do modo de agir diferente que estes sujeitos apresentam, e uma maior tolerância para com ele.

De facto, há já correntes de pensamento que advogam que tanto o AAF como a SA não são na realidade patologias, correspondem apenas a estilos cognitivos distintos da população geral, com as suas vantagens e desvantagens (Brownlow & O'Dell, 2006).

Este aspecto é importante quando se pretende diagnosticar uma PEA na população adulta. Com efeito, não faz sentido que um indivíduo sem quaisquer queixas, ainda que apresente todos os sintomas necessários para ser diagnosticado com uma PEA, receba o diagnóstico.

Por outro lado, sabe-se que, muitas vezes, estes adultos recorrem aos serviços psiquiátricos devido às suas comorbilidades, pelo que se sublinha uma vez mais a importância de analisar todo o contexto do desenvolvimento, progresso e funcionamento nas áreas social, comunicativa e comportamental, sobretudo em indivíduos que se apresentem com quadros depressivos, ansiosos e obsessivo-compulsivos.

Com este fim, o emprego das escalas diagnósticas, uma vez que organizam todos os aspectos mais relevantes neste campo de forma sistemática, e se encontram convenientemente validadas, devem constituir um parâmetro fundamental na avaliação clínica de adultos com possíveis PEA.

Referências

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th revised ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2011). DSM-5. Consultado online em <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/InfancyChildhoodAdolescence.aspx>, a 16/01/2011.

Asperger, H. (1944). Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.

Attwood, T. (2008). Chap.2: The diagnosis. In *The Complete Guide to Asperger’s Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Augustyn, M. (2010). Diagnosis of autism spectrum disorders. Consultado online em <http://www.uptodate.com>, a 10/11/2010.

Baron-Cohen, S. (1989). Do autistic children have obsessions and compulsions? *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 193-200.

Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C. & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 813-822.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J. & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (1), 5-17.

Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6, 248-254.

Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N. & Wheelwright, S. (2003). The systemizing quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Biological Sciences*, 358, 361-374.

Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2003). The friendship questionnaire: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (5), 509-517.

Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (2), 163-175.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J. & Woodbury-Smith, M. (2005). The adult asperger assessment (AAA): A diagnostic method. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (6), 807-819.

Beadle-Brown, J., Murphy, G. & Wing, L. (2006). The Camberwell cohort 25 years on: Characteristics and changes in skill over time. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 317-319.

Bejerot, S., Nylander, L. & Lindstrom, E. (2001). Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 169-176.

Berney, T. (2004). Asperger syndrome from childhood into adulthood. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 341-351.

Billstedt, E., Gillberg, C. & Gillberg, C. (2005). Autism after adolescence: Population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (3), 351-360.

Billstedt, E., Gillberg, C. & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: Symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (11), 1102-1110.

Bishop, D.V.M., Whitehouse, A.J.O., Watt, H. J. & Line, E.A. (2008). Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 341-345.

Bolte, S., Knecht, S. & Poustka, F. (2007). A case-control study of personality style and psychopathology in parents of subjects with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 243-250.

Bridgemohan, C. (2009). Screening tools for autism spectrum disorders. *Consultado online em <http://www.uptodate.com>, a 10/11/2010.*

Brownlow, C. & O'Dell, L. (2006). Constructing an autistic identity: AS voices online. *Mental Retardation*, 44 (5), 315-321.

Cath, D.C., Ran, N., Smit, J.H., van Balkom, A.J. & Comijs, H.C. (2008). Symptom overlap between autism spectrum disorder, generalized social anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: A preliminary case-controlled study. *Psychopathology*, 41, 101-110.

Chang, H-L., Juang, Y-Y., Wang, W-T., Huang, C-I., Chen, C-Y & Hwang, Y-S. (2003). Screening for autism spectrum disorder in adult psychiatric outpatients in a clinic in Taiwan. *General Hospital Psychiatry*, 25, 284-288.

Constantino, J.N. & Todd, R.D. (2003). Autistic traits in the general population: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 524-530.

Constantino, J.N., Lajonchere, C., Lutz, M., Gray, T., Abbacchi, A., McKenna, K., et al. (2006). Autistic social impairments in the siblings of children with pervasive developmental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 294-296.

Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism: a review. *Psychological Medicine*, 29, 769-786.

Frith, U. (1991). *Autism and Asperger's Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N. & Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (4), 299-306.

Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J.J. & Rutherford, M.D. (2007). The "Reading the mind in the voice" test-revised: A study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1096-1106.

Goldstein, G., Beers, S.R., Siegel, D.J. & Minshew, N.J. (2001). A comparison of WAIS-R profiles in adults with high-functioning autism or differing subtypes of learning disability. *Applied Neuropsychology*, 8 (3), 148-154.

Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., Deboutte, D. (2007). Sexual behaviour in high-functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 260-269.

Heavy, L., Phillips, W., Baron-Cohen, S. & Rutter, M. (2000). The awkward moments test: A naturalistic measure of social understanding in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (3), 225-236.

Hoekstra, R.A., Bartels, M., Cath, D.C. & Boomsma, D.I. (2008). Factor structure, reliability and criterion validity of the autism-spectrum quotient (AQ): a study in Dutch population and patient groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1555-1566.

Howlin, P., Goode, S., Hutton, J. & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 212-229.

James, I.A., Mukaetova-Ladinska, E., Reichelt, F.K, Briel, R. & Scully, A. (2006). Diagnosing Aspergers syndrome in the elderly: A series of case presentations. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 951-960.

Jordan, R. & Powell, S. (1996). Encouraging flexibility in adults with autism. In *Adults with Autism: A Guide to Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kanne, S.M., Christ, S.E. & Reiersen, A.M. (2009). Psychiatric symptoms and psychosocial difficulties in young adults with autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 827-833.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Ketelaars, C., Horwitz, E., Sytema, S., Bos, J., Wiersma, D., Minderaa, R., et al. (2008). Brief report: Adults with mild autism spectrum disorders (ASD): Scores on the Autism Spectrum Quotient (AQ) and comorbid psychopathology. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 176-180.

Kurita, H., Koyama, T. & Osada, H. (2005). Autism-spectrum quotient-japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 490-496.

Kurita, H. & Koyama, T. (2006). Autism-spectrum quotient Japanese version measures mental health problems other than autistic traits. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 373-378.

Lainhart, J.E. & Folstein, S.E. (1994). Affective disorders in people with autism: A review of published cases. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24 (5), 587-601.

Lord, C., Rutter, M. & Le Couteur, A. (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.

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, Jr., 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), 205-223.

Lord, C. & Corsello, C. (2005). Diagnostic instruments in autistic spectrum disorders. In Volkmar, F.R., Paul, R., Klin, A. & Cohen, D. (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. 3rd ed. Vol II*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 730–771.

Matilla, M-L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M. et al. (2010). Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: A community- and clinic-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(9), 1080-1093.

Matson, J.L., Carlisle, C.B & Bamburg, J.W. (1998). The convergent validity of the Matson evaluation of social skills for individuals with severe retardation (MESSIER). *Research in Developmental Disabilities, 19* (6), 493-500.

Matson, J.L., Wilkins, J. & González, M. (2007). Reliability and factor structure of the autism spectrum disorders-diagnosis scale for intellectually disabled adults (ASD-DA). *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19*, 565-577.

Matson, J.L., Boisjoli, J.A., González, M.L., Smith, K.R. & Wilkins, J. (2007). Norms and cut off scores for the autism spectrum disorders diagnosis for adults (ASD-DA) with intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders, 1*, 330-338.

Matson, J.L. & Dempsey, T. (2008). Stereotypy in adults with autism spectrum disorders : Relationship and diagnostic fidelity. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 20*, 155-165.

Matson, J.L., Wilkins, J., Boisjoli, J.A. & Smith, K.R. (2008). The validity of the autism spectrum disorders-diagnosis for intellectually disabled adults (ASD-DA). *Research in Developmental Disabilities, 29*, 537-546.

Matson, J.L. & Rivet, T.T. (2008). Reliability and factor structure of the autism spectrum disorders-behavior problems for adults (ASD-BPA) with intellectual disabilities and autism. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 1*, 34-47.

Matson, J.L. & Boisjoli, J.A. (2008). Autism spectrum disorders in adults with intellectual disability and comorbid psychopathology: Scale development and reliability of the ASD-CA. *Research in Autism Spectrum Disorders, 2*, 276-287.

McGovern, C.W., & Sigman, M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 401–408.

Moreira, L. & Saavedra, I. (2008). Síndrome de asperger, implicações no adulto? *Saúde Mental, 4*, 27-33.

Mouridsen, S.E., Rich, B. & Isager, T. (2008). Psychiatric disorders in adults diagnosed as children with atypical autism. A case control study. *Journal of Neural Transmission, 115*, 135-138.

Newschaffer, C.J., Croen, L.A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J.K., Levy, S.E., et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. *The Annual Review of Public Health, 28*, 235-258.

Nylander, L., Gillberg, C. (2001). Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: A preliminary report. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*, 428-434.

Piven, J., Palmer, P., Jacobi, D., Childress, D., & Arndt, S. (1997). Broader autism phenotype: Evidence from a family history study of multiple-incidence autism families, *American Journal of Psychiatry, 154*, 185-190.

Ritvo, R.A., Ritvo, E.R., Guthrie, D., Yuwiler, A., Ritvo, M.J. & Weisbender, L. (2008). A scale to assist the diagnosis of autism and Asperger's disorder in adults (RAADS): A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 213-223.

Ritvo, R.A., Ritvo, E.R., Guthrie, D., Ritvo, M.J., Hufnagel, D.H., McMahon, W. et al. (2010). The Ritvo autism Asperger diagnostic scale-revised (RAADS-R): A scale to assist the diagnosis of autism spectrum disorder in adults: An international validation study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, online first (<http://www.springerlink.com/content/fhj14075h450547q/>), consultado em 25/12/2010.

Russell, A.J., Mataix-Cols, D., Anson, M. & Murphy, D.G.M. (2005). Obsessions and compulsions in asperger syndrome and high-functioning autism, *British Journal of Psychiatry*, 186, 525-528.

Rutter, M. (1972). Childhood schizophrenia reconsidered. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 315-337.

Rutter, M. (2005). Incidence of autism spectrum disorders: Changes over time and their meaning. *Acta Pædiatrica*, 94, 2-15.

Rutter, M. & Schloper, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 211-215.

Schonauer, K., Klar, M., Kehrer, H.E. & Arolt, V. (2001). The course of infantile autism through adulthood: An overview of long-term follow-up data. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69, 221-235.

Seltzer, M.M., Shattuck, P., Abbeduto, L. & Greenberg, J.S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 234-247.

Shattuck, P.T. (2006). The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US special education. *Pediatrics*, 117, 1028-1037.

Shattuck, P.T., Seltzer, M.M., Greenberg, J.S., Orsmond, G.I., Bolt, D., Kring, S. et al. (2007). Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescents and adults with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1735-1747.

Shea, V. & Mesibov, G.B. (2009). Chap. 5: Age-related issues in the assessment of autism spectrum disorders. In Goldstein, S., Naglieri, J. & Ozonoff, S. (Eds.), *Assessment of Autism Spectrum Disorders*. NY: The Guilford Press.

Shtayermman, O. (2007). Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with asperger's syndrome: A link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30, 87-107.

Sigman, M., Spence, S.J. & Wang, A.T. (2006). Autism from developmental and neuropsychological perspectives. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 2, 327-355.

Sizoo, B.B., van der Brink, W., Gorissen-van Eenige, M., Koeter, M.W, van Wijngaarden-Cremers, P.J.M. & van der Gaag, R.J. (2009). Using the Autism-Spectrum Quotient to discriminate autism from ADHD in adult patients with and without comorbid substance use disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1291-1297.

Sporn, A.L., Addington, A.M., Gogtay, N., Ordoñez, A.E., Gornick, M., Clasen, L. et al. (2004). Pervasive developmental disorders and childhood-onset schizophrenia: Comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biological Psychiatry*, 55, 989-994.

Stokes, M., Newton, N. & Kaur, A. (2007). Stalking, and social and romantic functioning among adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1969-1986.

Szatmari, P. (1992). The validity of autistic spectrum disorders: A literature review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(4), 583-600.

Turner, L.M., Stone, W.L., Pozdol, S.L., & Coonrod, E.E. (2006). Follow-up of children with autism spectrum disorders from age 2 to age 9. *Autism*, 10, 243-65.

Wainscot, J.J., Naylor, P., Sutcliffe, P., Tantam, D. & Williams, J.V. (2008). Relationships with peers and use of the school environment of mainstream secondary school pupils with Asperger syndrome (high-functioning autism): A case-control study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (1), 25-38.

Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Tojo, Y. (2006). The autism-spectrum quotient (AQ) in Japan: A cross-cultural comparison. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (2), 263-270.

Wheelwright, S., Baron-Cohen, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R. et al. (2006). Predicting autism spectrum quotient (AQ) from the systemizing quotient-revised (SQ-R) and Empathy quotient (EQ). *Brain Research*, 1079, 47-56.

Wing, L. (1981). Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 31-44.

Wing, L. (1988). The autistic continuum. In L. Wing (Ed.), *Aspects of autism: Biological research*. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.

Wing, L., Leekam, S.R., Libby, S.J., Gould, J. & Larcombe, M. (2002). The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: Backgrounds, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (3), 307-325.

Wolff, S. & Barlow, A. (1979). Schizoid personality in childhood: A comparative study of schizoid, autistic and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20, 29-46.

Woodbury-Smith, M.R., Robison, J., Wheelwright, S. & Baron-Cohen, S. (2005). Screening adults for Asperger Syndrome using the AQ: A preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (3), 331-335.

World Health Organization (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10thRevision, Version for 2007. *Consultado online em <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, a 17/01/2011.*

Apêndices

Apêndice 1: AQ

Autism-Spectrum Quotient

1. Prefiro fazer as coisas acompanhado do que sozinho.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
2. Prefiro fazer as coisas sempre da mesma maneira.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
3. Quando tento imaginar alguma coisa, é-me muito fácil criar uma imagem na mente.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
4. Frequentemente, fico tão absorvido por uma coisa que perco de vista outras coisas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
5. Várias vezes reparo em pequenos sons que os outros não notam.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
6. Geralmente reparo nas matrículas dos carros ou em cadeias de informação semelhantes.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
7. As outras pessoas dizem-me frequentemente que o que eu disse foi indelicado, ainda que eu pense que tenha sido educado.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
8. Quando estou a ler uma história, imagino com facilidade qual poderá ser o aspecto das personagens.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
9. Sou fascinado por datas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
10. Num grupo social, consigo facilmente manter-me a par das conversas de várias pessoas diferentes.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
11. Acho as situações sociais fáceis.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
12. Tenho tendência a reparar em detalhes que os outros não notam.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

13. Preferia ir a uma biblioteca que a uma festa.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
14. Acho que inventar histórias é fácil.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
15. Sinto-me mais atraído por pessoas do que por coisas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
16. Tenho tendência a ter interesses fortes, e fico irritado se não posso persegui-los.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
17. Aprecio as conversas de café.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
18. Quando falo, nem sempre é fácil para os outros conseguirem interceptar-me para poderem falar.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
19. Os números fascinam-me.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
20. Quando estou a ler uma história, acho difícil desvendar as intenções das personagens.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
21. Não gosto particularmente de ler ficção.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
22. Acho difícil fazer amigos novos.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
23. Estou sempre a encontrar padrões nas coisas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
24. Preferia ir ao teatro do que a um museu.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
25. Não me aborrece que a minha rotina seja perturbada.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
26. Frequentemente reparo que não sei como manter uma conversa.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
27. Acho fácil “ler por entre as linhas” quando alguém fala comigo.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
28. Costumo concentrar-me mais no todo, e não em pequenos pormenores.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
29. Não sou muito bom a lembrar-me de n ^o s de telefone.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

30. Não costumo reparar em pequenas alterações numa situação, ou na aparência de uma pessoa.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
31. Sei dizer quando é que uma pessoa que me está a ouvir está a ficar aborrecida.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
32. Acho fácil fazer mais do que uma coisa ao mesmo tempo.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
33. Quando falo ao telefone, não sei muito bem quando é a minha vez de falar.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
34. Gosto de fazer as coisas espontaneamente.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
35. Sou várias vezes o último a entender uma anedota.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
36. Acho fácil perceber o que é que alguém está a pensar ou sentir apenas pela sua cara.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
37. Se houver uma interrupção, sou capaz de voltar muito rapidamente ao que estava a fazer.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
38. Sou bom em conversas de café.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
39. As pessoas dizem-me muitas vezes que eu falo sem parar sobre a mesma coisa.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
40. Quando era pequeno, costumava gostar de fazer jogos que envolvessem fingir com outras crianças.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
41. Gosto de coleccionar informação sobre categorias de coisas (ex: tipos de carros, tipos de pássaros, tipos de comboios, tipos de plantas, etc.).	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
42. Acho difícil imaginar como seria ser outra pessoa.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
43. Gosto de planear com muito cuidado qualquer actividade em que participe.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
44. Gosto de ocasiões sociais.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

45. Acho difícil perceber as intenções das pessoas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
46. As situações novas deixam-me ansioso.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
47. Gosto de conhecer novas pessoas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
48. Sou um bom diplomata.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
49. Não sou muito bom a lembrar-me das datas de nascimento das pessoas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
50. Acho muito fácil fazer jogos que envolvem fingir com as crianças.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

Nota: Atribui-se 1 ponto às respostas “Definitivamente concordo” ou “Concordo ligeiramente” nos itens: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 33, 35, 39, 41, 42, 43, 45 e 46. Atribui-se 1 ponto às respostas “Definitivamente discordo” ou “discordo ligeiramente” nos itens: 3, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 44, 47, 48, 49 e 50.

Apêndice 2: EQ

Empathy Quotient

1. Consigo dizer facilmente se outra pessoa quer entrar numa conversa.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
2. Prefiro animais a humanos.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
3. Tento acompanhar as correntes e modas actuais.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
4. Acho difícil explicar aos outros coisas que eu compreendo facilmente, quando eles não percebem à primeira.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
5. Sonho quase todas as noites.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
6. Gosto realmente de tomar conta de outras pessoas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
7. Tento resolver os meus próprios problemas em vez de os discutir com os outros.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
8. Acho difícil saber o que fazer numa situação social.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
9. Estou no meu melhor logo pela manhã.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
10. As pessoas dizem-me várias vezes que fui longe de mais para ganhar a razão numa discussão.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
11. Não fico muito incomodado se me atrasar para me encontrar com um amigo.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
12. As amizades e as relações são muito difíceis, por isso tendo a não me preocupar com elas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
13. Nunca quebraria uma lei, não importa quão insignificante.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
14. Muitas vezes acho difícil avaliar se algo é rude ou educado.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

15. Numa conversa, tenho tendência a concentrar-me nos meus próprios pensamentos em vez daquilo em que o meu ouvinte poderá estar a pensar.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
16. Prefiro piadas práticas ao humor verbal.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
17. Vivo a vida no momento e não a pensar no futuro.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
18. Quando era criança, gostava de cortar minhocas ao meio para ver o que acontecia.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
19. Consigo perceber rapidamente se alguém está a dizer uma coisa mas quer dizer outra.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
20. Tendo a ter opiniões muito fortes sobre moralidade.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
21. É difícil para mim entender porque é que algumas coisas aborrecem tanto as pessoas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
22. Acho fácil colocar-me na pele de outra pessoa.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
23. Acho que as boas maneiras são a coisa mais importante que um pai pode ensinar a um filho.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
24. Gosto de fazer as coisas no ímpeto do momento.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
25. Sou bom a prever como é que alguém se vai sentir.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
26. Sou rápido a reparar quando alguém num grupo se está a sentir esquisito ou desconfortável.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
27. Se eu disser alguma coisa que ofende alguém, acho que é problema deles, não meu.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
28. Se alguém me perguntasse se gostava do seu corte de cabelo, responderia com honestidade, mesmo que não gostasse.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

29. Nem sempre consigo entender porque é que alguém ficou ofendido com um comentário.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
30. Muitas vezes, as pessoas dizem-me que sou muito imprevisível.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
31. Gosto de ser o centro das atenções em qualquer reunião social.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
32. Não me incomoda muito ver as pessoas a chorar.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
33. Gosto de discutir sobre política.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
34. Sou muito directo, o que muitas pessoas tomam por rudeza, apesar de não ser intencional.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
35. Não tendo a achar as situações sociais confusas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
36. As outras pessoas dizem-me que sou bom a perceber como é que elas se estão a sentir ou o que estão a pensar.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
37. Quando falo com as pessoas, tenho tendência a falar das suas experiências, e não das minhas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
38. Incomoda-me ver um animal a sofrer.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
39. Sou capaz de tomar decisões sem ser influenciado pelos sentimentos das pessoas.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
40. Não consigo relaxar até ter feito tudo o que tinha planeado para aquele dia.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
41. Consigo dizer facilmente se uma pessoa está interessada ou aborrecida com o que estou a dizer.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
42. Incomoda-me ver as pessoas a sofrer nos noticiários.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

43. Os meus amigos costumam falar comigo acerca dos seus problemas, porque dizem que sou muito compreensivo.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
44. Consigo sentir quando me estou a intrometer, mesmo que a outra pessoa não mo diga.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
45. Começo muitas vezes passatempos novos, mas rapidamente me aborreço e mudo para outra coisa qualquer.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
46. Por vezes, as pessoas dizem-me que levei uma brincadeira longe de mais.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
47. Ficaria demasiado nervoso para andar numa montanha-russa grande.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
48. Muitas vezes, as outras pessoas dizem-me que sou insensível, apesar de eu nem sempre ver porquê.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
49. Se vir um estranho num grupo, acho que ele é que deve fazer um esforço para se integrar.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
50. Costuma ficar emocionalmente desligado quando vejo um filme.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
51. Gosto de ser muito organizado no dia-a-dia e muitas vezes faço listas das tarefas que tenho de fazer.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
52. Consigo ligar-me ao que outra pessoa está a sentir rápida e intuitivamente.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
53. Não gosto de correr riscos.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
54. Consigo perceber com facilidade aquilo de que uma pessoa pode querer falar.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
55. Consigo dizer se alguém está a mascarar a sua verdadeira emoção.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

56. Antes de tomar uma decisão peso sempre os prós e contras.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
57. Não planeio conscientemente as regras das situações sociais.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
58. Sou bom a prever o que é que alguém vai fazer.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
59. Tenho tendência a ficar emocionalmente envolvido nos problemas dos amigos.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo
60. Consigo geralmente apreciar o ponto de vista da outra pessoa, mesmo que não concorde com ele.	Definitivamente concordo	Concordo ligeiramente	Discordo ligeiramente	Definitivamente discordo

Nota: Atribuem-se 2 pontos às respostas “Definitivamente concordo” e 1 ponto às “Concordo ligeiramente” nos itens: 1, 6, 19, 22, 25, 26, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 52, 54, 55, 57, 58, 59 e 60. Atribuem-se 2 pontos às respostas “Definitivamente discordo” e 1 ponto às “discordo ligeiramente” nos itens: 4, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 21, 27, 28, 29, 32, 34, 39, 46, 48, 49 e 50. Os restantes 20 itens são de controlo, não são pontuados.

Apêndice 3: AAA

Adult Asperger Assessment

DETALHES DO PACIENTE

Nome:
Sexo:
Data de nascimento:
Consulta (data):
Idade (em anos):

PONTUAÇÕES NOS INSTRUMENTOS DE RASTREIO

Pontuação no Autism-Spectrum Quotient (AQ):

Max=50, e 80% dos doentes com SA pontuam 32 ou mais

Referência: Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., *et al.* (2001) The Autism-Spectrum Quotient: a new instrument for screening AS and HFA in adults of normal intelligence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17

Pontuação no Empathy Quotient (EQ):

Max=80, e 80% dos doentes com SA pontuam 30 ou menos

Referência: Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004) The Empathy Quotient (EQ). An investigation of adults with AS or HFA, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO AAA

De forma a receber um diagnóstico de SA, os doentes têm de apresentar 3 ou mais sintomas em cada uma das Secções A-C, pelo menos 1 sintoma da Secção D e preencher todos os 5 pré-requisitos na Secção E.

Secção	Domínio	Nº de sintomas requerido	Nº de sintomas observados
A (max=5)	Social	3	5
B (max=5)	Obsessões	3	5
C (max=5)	Comunicação	3	5
D (max=3)	Imaginação	1	3
Total (max=18)		10	18
E-I (max=5)	Pré-requisitos	5	5

A.Limitações quantitativas na interacção social

1. Limitação marcada na utilização de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contacto visual, expressão facial, posturas corporais, e gestos para regular a interacção social. Sim Não
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|

2. Fracasso no desenvolvimento de relações com os pares apropriadas para o nível de desenvolvimento. Sim Não
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Prefere fazer as coisas sozinho do que acompanhado (AQ1)
Sente-se mais atraído por pessoas do que por coisas (AQ15)
Acha difícil fazer amigos novos (AQ 22)
Não gosta de situações sociais (AQ44)
Acha as amizades e as relações difíceis por isso tende a não se preocupar com elas (EQ12)

3. Não se interessa por agradar aos outros; não se interessa por comunicar as suas experiências aos outros, incluindo: falta de procura espontânea para partilhar diversões, interesses ou conquistas com outras pessoas; não sabe mostrar, trazer ou apontar objectos de interesse. Sim Não
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|

4. Falta de reciprocidade social ou emocional (ex: não saber como confortar alguém; e/ou falta de empatia) Sim Não
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Não se preocupa se se atrasa para encontrar uma amigo (EQ11)
Acha difícil entender porque é que algumas coisas irritam tanto as pessoas (EQ21)
Não percebe quando alguém num grupo se está a sentir esquisito ou desconfortável (EQ 26)
Não se incomoda por ver pessoas a chorar (EQ32)
Toma decisões sem ser influenciado pelos sentimentos das pessoas (EQ39)
Os amigos não lhe falam de problemas, porque não o consideram compreensivo (EQ43)
Não percebe quando estão a ser intrusivos (EQ44)
Frequentemente descrito como insensível, mas não entende porquê (EQ48)
Se vê estranhos num grupo, acha que lhes pertence a eles integrar-se (EQ49)
Permanece emocionalmente desligado ao ver filmes (EQ50)
Dificuldades em ligar-se ao que os outros sentem (EQ52)
Não se envolve emocionalmente nos problemas dos amigos (EQ59)

5. Dificuldades em compreender situações sociais e os sentimentos e pensamentos de outras pessoas. Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Num grupo social, não consegue manter-se a par das conversas (AQ10)
Acha as situações sociais difíceis (AQ11)
Quando está a ler uma história, acha difícil desvendar as intenções das personagens. (AQ20)
Acha difícil “ler por entre as linhas” quando alguém fala com os outros (AQ27)
É várias vezes o último a entender uma anedota (AQ 35)
Acha difícil perceber o que é que alguém está a pensar ou sentir apenas pela sua expressão facial (AQ36)
Acha difícil perceber as intenções das pessoas (AQ45)
Acha difícil saber o que fazer em situações sociais (EQ8)
Não percebe quando é que uma pessoa diz uma coisa e quer dizer outra (EQ19)
Acha difícil colocar-se na pele de outra pessoa (EQ22)
Não é bom a prever o que é que a outra pessoa vai sentir (EQ25)
Acha as situações sociais confusas (EQ35)
Tem dificuldades em detectar se alguém está a mascarar as suas verdadeiras emoções (EQ55)
Planeia conscientemente as regras das situações sociais (EQ57)
Não é bom a prever o que é que alguém vai fazer (EQ58)

B. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamentos, interesses e actividades

1. Abarca preocupações com um ou mais padrões de interesse estereotipado e restrito que é anormal, tanto em intensidade como no foco. Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Fica tão absorvido por uma coisa que perde de vista as outras coisas (AQ4)
Tende a ter interesses muito fortes, e fica irritado se não pode persegui-los (AQ16)
Colecciona informação sobre categorias de coisas, ex: tipos de carros (AQ41)

2. Aparentemente inflexível na adesão a rotinas ou rituais específicos e disfuncionais. Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Prefere fazer as coisas sempre da mesma maneira (AQ2)
Fica aborrecido se a sua rotina é perturbada (AQ25)

3. Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (ex: bater ou torcer as mãos ou os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo). Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

4. Preocupação persistente com partes de objectos/sistemas. Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Várias vezes repara em pequenos sons que os outros não notam (AQ5)
Geralmente repara nas matrículas dos carros ou em cadeias de informação semelhantes (AQ6)
Sou fascinado por datas (AQ9)
Tende a reparar em detalhes que os outros não notam (AQ12)
É fascinado por números (AQ19)
Está sempre a encontrar padrões nas coisas (AQ23)
Costuma concentrar-se mais nos pequenos pormenores, e não no todo (AQ28)
Costuma reparar em pequenas alterações numa situação, ou na aparência de uma pessoa (AQ30)

5. Tendência para ver as coisas brancas ou pretas (ex: na política ou na moral), em vez de considerar múltiplas perspectivas de uma maneira flexível. Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Várias vezes é acusado de ir longe de mais para ganhar a razão numa discussão (EQ10)
Não consegue apreciar o ponto de vista de outrém quando discorda dele (EQ60)

C. Limitações qualitativas na comunicação verbal e não-verbal

1. Tendência para levar uma conversa de volta a si próprio ou ao seu tópico de interesse. Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

As pessoas dizem-lhe muitas vezes que fala sem parar sobre a mesma coisa (AQ39)
Em conversação, foca-se mais nos seus próprios pensamentos do que no dos ouvintes (EQ15)
Tende a concentrar-se em falar nas próprias experiências (EQ37)

2. Limitações marcadas na capacidade de iniciar ou manter uma conversa com outros. Não consegue entender a razão do contacto social superficial, das subtilezas, ou de passar tempo com os outros, a não ser que haja um ponto claro de discussão/debate ou actividade. Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Não aprecia as conversas de café (AQ17)
Frequentemente repara que não sabe como manter uma conversa (AQ26)
Quando fala ao telefone, não sabe muito bem quando é a sua vez de falar (AQ33)
Não é bom em conversas de café (AQ38)
Não sabe dizer se alguém quer entrar numa conversa (EQ1)
Não consegue perceber acerca do que é que outra pessoa pode querer falar (EQ54)

3. Limitações marcadas na capacidade de iniciar ou manter uma conversa com outros. Não consegue entender a razão do contacto Sim Não
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

4. Incapacidade para reconhecer se o ouvinte está aborrecido ou interessado. Mesmo que a pessoa tenha sido avisada para não falar acerca do seu tópico obsessivo particular por demasiado tempo, esta dificuldade pode ser evidente se surgirem outros tópicos.

Sim Não

--	--

Não sabe se o ouvinte está aborrecido (AQ31)
Não consegue dizer com facilidade se alguém está interessado ou aborrecido com o que estão a dizer (EQ41)

5. Tendência frequente para dizer coisas sem ter em consideração o impacto emocional no ouvinte (faux pas).

Sim Não

--	--

As outras pessoas dizem-lhe frequentemente que foi indelicado, ainda que pense que tenha sido educado (AQ7)
Não é um bom diplomata (AQ48)
Muitas vezes acha difícil avaliar se alguém está a ser rude ou educado (EQ14)
Não acha que é problema seu se ofende alguém (EQ27)
Se alguém lhe perguntar a opinião sobre o novo corte de cabelo, responderá com honestidade, mesmo que não lhe agrade (EQ28)
Nem sempre consegue ver porque é que alguém se sentiu ofendido por um comentário (EQ29)
É muito áspero, sem ser intencionalmente rude (EQ34)
Por vezes dizem-lhe que foi longe de mais a importunar alguém (EQ46)

D. Limitações na imaginação

1. Falta de jogo “faz de conta” variado e espontâneo, apropriado ao nível de desenvolvimento.

Sim Não

--	--

Quando era pequeno, não gostava de fazer jogos que envolvessem fingir com outras crianças (AQ40)
Acha difícil imaginar como seria ser outra pessoa (AQ42)
Actualmente, acha difícil fazer jogos com crianças que envolvam fingir (AQ50)

2. Incapacidade para dizer, escrever ou gerar ficção espontânea, não escrita e não plagiada.

Sim Não

--	--

Acha que inventar histórias é difícil (AQ14)

3. Falta de interesse em ficção (escrita, ou dramatizada) apropriado ao nível de desenvolvimento, ou o interesse por ficção restringe-se à que possivelmente se baseia em factos (ex: ficção científica, história, aspectos técnicos dos filmes).

Sim Não

--	--

Não gosta particularmente de ler ficção (AQ21)
Prefere ir a um museu que ao teatro (AQ24)

E. Pré-requisitos

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Atrasos ou funcionamento anormal em cada um dos A-D ocorrem ao longo do desenvolvimento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. A perturbação causa limitações clinicamente significativas nas áreas social, ocupacional, ou outras importantes para o funcionamento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Não há atraso geral clinicamente significativo na linguagem (ex: palavras soltas usadas por volta dos 2 anos, frases comunicativas usadas por volta dos 3). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Não há atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de capacidades de auto-suficiência e comportamento adaptativo apropriados à idade (além da interação social ou habilidades ligadas à consciência social, ex: a higiene pessoal). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Não são cumpridos critérios para outras Perturbações Globais do Desenvolvimento específicas ou Esquizofrenia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Apêndice 4: ASDASQ

Autism Spectrum Disorder in Adults Screening Questionnaire

	Sim	Não	Não sei
1. O paciente tem algum problema relacionado com o contacto com os outros? (ex: não consegue arranjar ou manter amigos da mesma idade, ou não consegue ter contactos mutuamente satisfatórios com o parceiro sexual).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. O paciente é estranho, excêntrico, “único”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Considera o paciente compulsivo ou rígido, ocupado com rituais, rotinas ou regras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. O paciente tem problemas com a indumentária, a aparência e os cuidados pessoais? (ex: roupas notavelmente fora de moda ou de tamanhos desajustados).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. O paciente tem ou já teve antes interesses especiais, i.e., um interesse intenso que o impede de se dedicar a outras actividades, ou um interesse acerca do qual o paciente quer falar o tempo todo? O assunto do interesse especial não é importante, apenas o envolvimento intenso ou falar repetitivamente acerca dele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. O paciente tem uma linguagem bizarra ou uma voz estranha/incomum? Fala de uma forma muito gramatical ou antiquada, ou usa frases feitas ou clichés, ou fala com uma voz excessivamente alta ou baixa? Fala com uma voz monótona, ou estridente, ou guinchada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. A comunicação não-verbal do doente é incomum, ex: anomalias no olhar, nos gestos ou expressões faciais, postura incomum, marcha rígida, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. O paciente parece ter falta de senso comum, ou falta-lhe a capacidade de compreender e prever as consequências dos seus actos ou palavras? Isto pode fazer com que o paciente se envolva repetidamente em situações difíceis ou embaraçosas, ou colocar outros nestas situações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. O paciente é desequilibrado nas suas capacidades, i.e., muito dotado nalgumas áreas enquanto carece de aptidões ou conhecimentos básicos noutras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. O paciente teve algum contacto com a psiquiatria infantil ou de adolescentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apêndice 5: RAADS-R

Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised

1. Nome _____
2. Endereço _____
3. Nº de telefone _____
4. Data de hoje _____
5. Idade _____
Género: 6. Masculino 7. Feminino
Estado civil: 8. Solteiro 9. Casado 10. Divorciado
11. Numa relação séria, mas não casado
Tem filhos? 12. Sim 13. Não

14. Se sim, aponte os seus sexos, idades e qualquer perturbação neurológica ou psiquiátrica que eles possam ter, incluindo autismo e Síndrome de Asperger:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

- Tem ou já teve carta de condução? 15. Sim 16. Não
17. Último ano de escolaridade que concluiu, ou grau académico _____
18. Frequentou o ensino regular?
19. Ou a educação especial?

20. Alguma vez foi diagnosticado com ou descrito como tendo Perturbação Autística, Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamento, Perturbação Global do Desenvolvimento, Dislexia, Atraso Mental, Dificuldades de Aprendizagem ou outra perturbação psiquiátrica ou neurológica?

Se sim, por favor aponte o diagnóstico ou etiqueta, quando foi dado e por quem (nome do médico, clínica ou escola). Se necessário, use outro papel, s.f.f..

Diagnóstico: _____

Nome do médico, clínica ou outro: _____

Data do diagnóstico: _____

Quando começou a falar?

21. Comecei na altura habitual (por volta do meu 2º aniversário, aos 24 meses de idade)
22. Comecei a falar tarde (aos 2 anos e meio ou 30 meses, ou mais tarde)
23. Não tenho informação acerca de quando comecei a falar ou de problemas precoces de linguagem.

Algumas experiências de vida e características de personalidade que se poderão aplicar a si	É verdade agora e quando era novo	Só é verdade agora	Só era verdade antes dos 16 anos	Nunca foi verdade
1. Sou uma pessoa simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muitas vezes uso palavras e frases de filmes e da televisão em conversa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fico muitas vezes surpreendido quando as pessoas me dizem que fui rude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Por vezes, falo muito alto ou muito baixo, e não tenho consciência disso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Muitas vezes, não sei como agir em situações sociais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Consigo “pôr-me na pele de outra pessoa”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho muitas dificuldades em perceber o que algumas frases querem dizer, tais como “és a luz dos meus olhos”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Só gosto de falar com pessoas que partilham os meus interesses especiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Concentro-me mais nos pormenores do que na ideia geral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Reparo sempre na sensação que a comida me provoca na boca. Para mim, isso é mais importante que o seu sabor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sinto falta dos meus melhores amigos e da família quando nos separamos por muito tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Por vezes ofendo os outros ao dizer aquilo em que estou a pensar, mesmo que não seja essa a minha intenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Só gosto de pensar e de falar acerca das poucas coisas que me interessam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Preferia ir comer a um restaurante sozinho do que com alguém que eu conhecesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Não consigo imaginar o que seria ser outra pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algumas experiências de vida e características de personalidade que se poderão aplicar a si	É verdade agora e quando era novo	Só é verdade agora	Só era verdade antes dos 16 anos	Nunca foi verdade
29. Algumas texturas vulgares que não incomodam os outros parecem-me muito repugnantes quando tocam na minha pele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Fico extremamente perturbado quando a maneira como gosto de fazer as coisas é subitamente alterada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Nunca quis ou precisei daquilo que as outras pessoas chamam “relações próximas”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tenho dificuldade em começar e interromper uma conversa. Preciso de continuar até ter terminado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Falo com um ritmo normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. O mesmo som, cor ou textura pode subitamente mudar de muito sensível a muito apagado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. A frase “Tenho-te no meu coração” faz-me sentir desconfortável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Por vezes, o som de uma palavra ou um som muito agudo podem ser dolorosos para os meus ouvidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Sou uma pessoa do tipo compreensivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Não me ligo às personagens dos filmes e não consigo sentir o que elas sentem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Não sou capaz de dizer quando é que uma pessoa está a flirtar comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Consigo ver com detalhe as coisas que me interessam na minha cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algumas experiências de vida e características de personalidade que se poderão aplicar a si	É verdade agora e quando era novo	Só é verdade agora	Só era verdade antes dos 16 anos	Nunca foi verdade
41. Guardo listas das coisas que me interessam, mesmo quando não têm utilidade prática (por exemplo estatísticas desportivas, horários de comboios, datas do calendário, dados e factos históricos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Quando me sinto esmagado pelos meus sentidos, tenho de me isolar para os desligar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Gosto de discutir as coisas com os meus amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Não consigo ver se alguém está interessado ou aborrecido com o que estou a dizer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Pode ser muito difícil ler a expressão facial, os movimentos das mãos e do corpo de alguém, quando está a falar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. A mesma coisa (como roupas ou temperaturas) pode-me parecer muito diferente em alturas diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sinto-me muito confortável num encontro ou em situações sociais com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Tento ajudar o máximo quando outras pessoas me contam os seus problemas pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Já me disseram que tenho uma voz incomum (por exemplo monocórdica, monótona, infantil ou muito aguda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Por vezes fico com um pensamento ou assunto preso na cabeça e tenho de falar acerca dele mesmo que ninguém esteja interessado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algumas experiências de vida e características de personalidade que se poderão aplicar a si	É verdade agora e quando era novo	Só é verdade agora	Só era verdade antes dos 16 anos	Nunca foi verdade
51. Faço certas coisas com as mãos vezes sem conta (como “bater as asas”, girar paus ou fios, abanar coisas à frente dos olhos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Nunca me interessei por aquilo que a maioria das pessoas que conheço se interessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Sou considerado uma pessoa do tipo piedoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Relaciono-me com as outras pessoas seguindo um conjunto de regras específicas que me ajudam a parecer normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. É muito difícil para mim trabalhar e funcionar em grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Quando estou a falar com alguém, é difícil mudar de assunto. Se a outra pessoa o faz, fico muito perturbado e confuso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Por vezes tenho de tapar os ouvidos para abafar ruídos dolorosos (como aspiradores ou pessoas a falarem demais ou demasiado alto).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Consigo tagarelar e ter conversas banais com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Por vezes, coisas que deviam ser dolorosas não são (por exemplo, quando me magoo ou queimo a mão num fogão).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Quando estou a falar com alguém, tenho dificuldades em saber quando é a minha vez de falar ou de ouvir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Sou considerado um solitário por aqueles que me conhecem melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Costumo falar num tom normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algumas experiências de vida e características de personalidade que se poderão aplicar a si	É verdade agora e quando era novo	Só é verdade agora	Só era verdade antes dos 16 anos	Nunca foi verdade
63. Gosto que as coisas sejam exactamente as mesmas, dia após dia, e mesmo pequenas alterações na minha rotina me perturbam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Como fazer amigos e socializar é um mistério para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Acalma-me andar à roda ou abanar-me numa cadeira quando me estou a sentir nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. A frase “Tem o coração nas mãos” não faz sentido para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Se estiver num sítio onde haja muitos cheiros, texturas, ruídos ou luzes brilhantes, fico ansioso ou assustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Consigo ver se uma pessoa está a dizer uma coisa mas a querer dizer outra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Gosto de estar sozinho, o máximo que puder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Guardo os meus pensamentos empilhados na memória como em folhas de arquivo, e escolho os que preciso analisando a pilha até encontrar o certo (ou outra maneira única).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Por vezes, o mesmo som parece-me muito alto ou muito baixo, mesmo sabendo que ele não mudou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Gosto de passar tempo a comer e a falar com a minha família e amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Não consigo suportar as coisas de que não gosto (como cheiros, texturas, sons ou cores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Não gosto que me abracem ou me peguem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algumas experiências de vida e características de personalidade que se poderão aplicar a si	É verdade agora e quando era novo	Só é verdade agora	Só era verdade antes dos 16 anos	Nunca foi verdade
75. Quando vou a algum lado, tenho de seguir um caminho familiar, senão posso ficar confuso e perturbado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. É-me difícil entender o que é que as pessoas querem de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Gosto de ter amigos próximos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. As pessoas dizem-me que forneço demasiados detalhes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Muitas vezes me dizem que faço perguntas embaraçosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Tenho tendência a apontar os erros das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Atribuem-se 3 pontos às respostas “É verdade agora e quando era novo”, 2 às respostas “Só é verdade agora”, 1 às “Só era verdade antes dos 16 anos” e 0 às “Nunca foi verdade” nos itens: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 78, 79 e 80. Atribuem-se 3 pontos às respostas “Nunca foi verdade”, 2 às respostas “Só era verdade antes dos 16 anos”, 1 às “Só é verdade agora” e 0 às “É verdade agora e quando era novo” nos itens 1, 6, 11, 18, 23, 26, 33, 37, 43, 47, 48, 53, 58, 62, 68, 72 e 77.

Apêndice 6: ASD-DA

Autism Spectrum Disorders-Diagnosis for Adults

1. Capacidade de comunicação.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
2. Capacidades adaptativas e de auto-ajuda apropriadas para a idade (i.e., é capaz de tomar conta de si).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
3. Envolve-se em movimentos corporais repetitivos sem motivo (ex: ondular as mãos, abanar o corpo, bater com a cabeça, bater as mãos).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
4. Comunicação verbal.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
5. Prefere roupas de uma certa textura.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
6. Capacidade de reconhecer as emoções dos outros.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
7. Mantém contacto visual.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
8. Uso da linguagem para comunicar.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
9. Interação social com outras pessoas da sua idade.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
10. Resposta às pistas sociais dos outros.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
11. Reação às luzes normais, quotidianas (ex: candeeiros de rua, etc.).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
12. Relações com os pares.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
13. Uso da linguagem em conversa com os outros.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
14. Partilha diversões, interesses e conquistas com os outros (ex: pais, amigos, cuidadores).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
15. Capacidade de fazer e manter amigos.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
16. Interesse na participação em jogos sociais, desportos e actividades.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
17. Interesse na parte da conversa da outra pessoa (ex: fala com as pessoas com a intenção de ouvir o que elas têm para dizer).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
18. Uso de demasiados ou demasiado poucos gestos sociais.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação

19. Gosta de afecto (ex: elogios, abraços).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
20. Consciência das regras não escritas nem faladas do jogo social (ex: trocar de vez, partilhar).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
21. Lê pistas não-verbais (linguagem corporal) de outras pessoas.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
22. Curiosidade acerca do que o rodeia.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
23. Responde à angústia dos outros.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
24. Socializa com outros adultos.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
25. Uso da comunicação não-verbal.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
26. Número limitado de interesses.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
27. Imitação de um modelo adulto (ex: o cuidador acena “adeus” e então o indivíduo acena “adeus”).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
28. Movimentos da mão ou do braço anormais e repetitivos.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
29. Desenvolvimento de relações sociais.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
30. Isola-se (i.e., quer estar sozinho).	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação
31. Participação em jogos ou outras actividades sociais.	Não é diferente/ sem limitação	É diferente/ alguma limitação