

AVALIAÇÃO DA MATURAÇÃO PERCEPTO-COGNITIVA E DO COMPORTAMENTO MOTOR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO AUTISTA: INDICAÇÕES AO TRABALHO DO EDUCADOR

Ana Carolina Wolff Mota

Associação Catarinense de Ensino (Cursos de Psicologia e Pedagogia). Associação de Amigos do Autista – AMA.

Resumo: A elaboração de programas educacionais para crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) exige conhecimento sobre alterações e desníveis entre as áreas de desenvolvimento. O presente artigo apresenta três casos de crianças com TID, com espectro autista, avaliadas a partir de um instrumento de medida de desenvolvimento voltado para essa clientela – o Perfil Psicoeducacional (PEP-R). Os resultados do estudo demonstraram que todas as crianças apresentaram desarmonia interna entre as áreas de desenvolvimento e atraso significativo na maturação percepto-cognitiva e na habilidade para emitir comportamento motor, imitativo ou não. Apenas uma das crianças demonstrou equivalência entre idade cronológica e nível de desenvolvimento emergente de uma das áreas. A avaliação do desenvolvimento maturacional de crianças autistas por intermédio do PEP-R é interessante por permitir que informações sobre o desenvolvimento se articulem com a escala comportamental do instrumento, permitindo conhecer as áreas a serem investidas, bem como fornecer pistas ao educador sobre formas de intervir.

Palavras-chave: Avaliação psicoeducacional. Transtornos invasivos do desenvolvimento. Autismo. PEP-R. Maturação percepto-cognitiva. Comportamento motor.

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN PERCEPTIVA-COGNITIVA Y DEL COMPORTAMIENTO MOTOR EN NIÑOS CON TRASTORNO AUTISTA: INDICACIONES PARA EL TRABAJO DEL EDUCADOR

Resumen: La elaboración de programas educacionales para niños con trastornos invasivos del desarrollo (TID) exige el conocimiento de las alteraciones y desniveles

entre las áreas de desarrollo. El presente artículo presenta tres casos de niños con TID, con espectro autista, evaluados mediante un instrumento de medida de desarrollo concebido para esa clientela - el Perfil Psicoeducacional (PEP-R). Los resultados del estudio mostraron que todos los niños presentaron una desarmonía interna entre las áreas de desarrollo y un retraso significativo en la maduración perceptiva-cognitiva y en la habilidad para emitir comportamiento motor, imitativo o no. Solamente uno de los niños mostró equivalencia entre la edad cronológica y el nivel de desarrollo emergente de una de las áreas. La evaluación del desarrollo de maduración de niños autistas por medio del PEP-R es interesante por permitir que informaciones acerca del desarrollo se articulen con la escala de comportamiento del instrumento, permitiendo conocer las áreas en las cuales debe invertirse, así como proporcionar pistas al educador acerca de las maneras de intervenir.

Palabras clave: Evaluación psicoeducacional. Trastornos invasivos del desarrollo. Autismo. PEP-R. Maduración perceptiva-cognitiva. Comportamiento motor.

EVALUATION OF PERCEPTUAL-COGNITIVE MATURATION AND MOTOR BEHAVIOR IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDER: INDICATIONS FOR THE WORK OF THE EDUCATOR

Abstract: The elaboration of educational programs for children with invasive developmental disorders (IDD) requires the knowledge of the alterations and unevenness among developmental areas. The current article presents three cases of children with IDD, with autistic spectrum, evaluated by a development assessment tool that is targeted to that clientele – The Psychoeducational Profile (PEP-R). The study results showed that all the children exhibited internal disharmony among developmental areas and a significant delay in perceptual-cognitive maturation and in the ability to emit motor behavior, imitative or not. Only one of the children showed equivalence between the chronological age and the emergent developmental level of one of the areas. The assessment of the autistic children maturational development by means of the PEP-R is interesting because it allows the articulation between the developmental information with the behavioral scale of the tool, leading to identify which areas to invest on as well as providing clues to the educator on how to intervene.

Keywords: Psychoeducational assessment. Pervasive developmental disorders. Autism. PEP-R. Perceptual-cognitive maturation. Motor Behavior.

Introdução

Os indivíduos acometidos por transtornos invasivos do desenvolvimento (TIDs) caracterizam-se por prejuízos nas áreas de interação social, habilidades comunicativas e de comportamentos. Essas pessoas têm o padrão de desenvolvimento irregular, podendo ser de diferentes graus de severidade e as áreas de desenvolvimento apresentam-se desarmonicamente entre si (Leon, 2002).

Todo princípio de tratamento para essa clientela demanda avaliações amplas das habilidades e deficiências no desenvolvimento desde os primeiros anos de vida. Pela natureza dos comprometimentos, que atingem diferentes áreas, os processos de intervenções necessitam ser interdisciplinares. Sendo assim, a prática psicológica, no âmbito das pessoas com TIDs, implica em conhecimento do objeto específico para que, teórica, metodológica e profissionalmente essa prática ocorra de forma coerente e eficaz.

O psicólogo é um profissional que atua em um campo de conhecimento que exercita relações com diversas áreas de saber. Embora estas interfaces sejam da natureza de seu campo de atuação, seu objeto de conhecimento (porque ciência) e intervenção (porque profissão) é claro: fenômenos e processos psicológicos. São, portanto, os fenômenos e processos psicológicos os primeiros delimitadores da sua prática. Além destes, a prática do profissional de psicologia é orientada pelo campo teórico, pelo método e pelo objeto visado na circunstância da avaliação (Cruz, 2002, p. 18). É importante considerar, ainda, que a prática do profissional dos psicólogos está implicada na dialética avaliar-intervir-avaliar. Comumente se pensa o ponto de partida dessa atuação profissional na prática avaliativa, mas deve-se reconhecer que o psicólogo não avalia num campo neutro – o próprio processo de avaliar pode ocorrer numa ação que modifica, que transforma o sujeito, pois lhe oferece uma nova condição experimental.

A respeito da avaliação psicológica de pessoas com TIDs, Jorge (2003, p. 46) afirma que o papel do psicólogo deve transcender o de ser responsável somente pela aplicação de testes de inteligência, firmando-se, “sobretudo, na qualificação das informações colhidas com utilização dos diversos instrumentos diagnósticos existentes na área, transformando-as em dados importantes para um planejamento de intervenção mais adequado a cada caso”

Os processos de avaliação das pessoas com transtornos do desenvolvimento têm sido amplamente sustentadas pela abordagem desenvolvimentista, que considera que todas as pessoas, sejam elas com desenvolvimento típico ou não, crescem e mudam com a idade (Leon, 2002). Essa abordagem oferece os padrões normais de desenvolvimento como eixos para a compreensão dos atrasos evidenciados em crianças com transtornos de desenvolvimento. (Klin et al, 2006 & Schopler et al, 1995).

Essas crianças, por seus padrões atípicos de desenvolvimento, precisam ser conhecidas nesses modos particulares de funcionamento cognitivo, bem como ser identificadas quanto aos diferentes níveis das áreas de desenvolvimento, que costumam apresentar-se de maneira desarmônica. Essa avaliação é primordial para a construção de programas educacionais individualizados, que levem em consideração as habilidades já consolidadas e as que estão em vias de desenvolvimento e, assim, orientem o educador na sua prática interventora.

Contudo, a maioria dos instrumentos de medida disponível e comercializada não apresenta referenciais técnicos e pedagógicos para a elaboração de currículos e nem possibilita uma aferição das evoluções do desenvolvimento das crianças a partir de parâmetros objetivos. No caso de crianças com autismo e problemas correlatos de comunicação, a metodologia TEACCH² tem sido a mais indicada para estruturar processos de intervenção, e o PEP-R³ é um instrumento de avaliação que foi concebido dentro do próprio Centro TEACCH, da Carolina do Norte (Leon, 2002, p. 21) com o objetivo de oferecer os referenciais necessários para a elaboração do currículo educacional.

Diante disso, o presente artigo visa a compartilhar uma experiência de diagnóstico da maturação percepto-cognitiva e do comportamento motor de crianças com espectro autista, através do PEP-R, um instrumento de avaliação de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento.

O Transtorno Autista

O transtorno autista é considerado um transtorno invasivo do desenvolvimento (TID), como são o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (Incluindo Autismo Atípico) (DSM-IV, 1995). O uso do termo ‘invasivo’ tem a ver com a consideração de que há um intenso impacto dos comprometimentos nas áreas da interação social recíproca, das habilidades de comunicação (verbal e não-verbal) e de interesses/atividades estereotipadas, no processo de desenvolvimento Rutter (1996) citado por Leon (2002 p. 15).

O autismo é também denominado Transtorno do Espectro Autista e é descrito como uma alteração grave do desenvolvimento infantil e se manifesta tipicamente entre 18 e 36 meses, possivelmente como resultado de alteração neurológica que afeta o funcionamento do cérebro (Klin et al, 2006). Acomete cerca de 4 vezes mais meninos que meninas. Entre os TIDs, autismo é o que tem apresentado maior número de publicações no que se refere ao desenvolvimento e peculiaridades do funcionamento cognitivo (maturação percepto-cognitiva e resposta motora). Embora haja compreensões

² Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (Tratamento e educação de crianças com autismo e distúrbios correlatos de comunicação).

³ Perfil Psicoeducacional Revisado

diferentes sobre a etiologia do autismo, a maioria dos autores tem abordado o tema dentro de uma abordagem cognitiva (Assumpção & Kuczynski, 2007, p. 4).

Autistas caracterizam-se por prejuízos severos e invasivos nas diversas áreas do desenvolvimento: dificuldades relativas às habilidades de interação social recíproca; de comunicação e presença de comportamentos estereotipados – atividades e movimentos repetitivos. O quadro clínico comumente está associado a outras condições clínicas, como o atraso neuropsicomotor, que, embora quase sempre coexista, ocupa uma condição distinta, sendo necessária uma segunda formulação diagnóstica para identificá-lo. (DSM-IV, 1995).

O desenvolvimento de crianças com autismo

O autismo, em geral, vem associado à deficiência mental (de 70 a 85% dos casos) segundo Assumpção & Kuczynski (2007). Os maiores comprometimentos são verificados nas áreas cognitiva e da linguagem. Na área cognitiva, pessoas com autismo manifestam comprometimento em quatro áreas, conforme Brown & Whiten (2000) citado por Leon (2002 p. 18): imitação, interação social, brincadeiras e habilidades para desenvolver uma teoria da mente⁴. Quanto à linguagem, os problemas nos aspectos não verbais são maiores conforme o grau de deficiência mental associada (Assumpção Jr. & Kuczynski, 2007, p. 4). Ainda, alterações e dispraxias⁵ motoras e sinais de movimentos coreiformes⁶ são observados em pessoas com autismo. (Scheuer, 2005, p. 206).

Com relação às funções sensorio-perceptivas, as crianças com autismo apresentam padrões desviantes de respostas para os estímulos sensoriais (olfativa, auditiva, visual, tátil, gustativa), de modo geral, havendo uma hiper ou hiporesponsividade. Para Haase et al (2005, p. 118), “ao invés de “sentirem” diferentemente, os autistas interpretariam diferentemente os sensações, por que construíram referenciais subjetivos distintos, peculiares”.

Scheuer et al (2005, p. 205) afirma que crianças com autismo alternam freqüentemente seus estados atencionais entre hiper e hipoatenção. Alguns podem comportar-se de forma “demasiadamente focados”, respondendo apenas para um tipo de estímulo proveniente do ambiente e excluindo os demais, e não conseguem compartilhar atenção e deslocar a atenção de um lugar para outro. A atenção compartilhada é tão pouco encontrada em crianças com autismo que tem sido considerada como critério diagnóstico, integrando *checklists* (Baron-Cohen, Allen &

⁴ Impossibilidade para compreender estados mentais de outras pessoas. O conceito de teoria da mente envolve o conceito da existência de estados mentais que são utilizados para explicar ou prever o comportamento de outras pessoas. (Assumpção Jr & Kuczynski, 2007, p. 5)

⁵ Dispraxia: Perda parcial da capacidade de realizar um movimento intencional de natureza familiar. Várias funções podem ser afetadas, de acordo com o local da lesão cerebral e sua patologia. (FONTE: <http://www.psiquiatrianet.com.br/glossario/m.htm>; acesso em 16/11/2007)

⁶ Coreiforme: “Movimentos involuntários parecidos a seqüências aleatórias ou desordenadas de fragmentos de movimentos propositais que afetam tipicamente as extremidades superiores e inferiores e a face: os punhos se sacodem, os pododáctilos se contorcem, a língua se projeta, os lábios são contraídos ou contorcidos em um sorriso bizarro, etc. Estes movimentos interferem com os movimentos voluntários, mas usualmente desaparecem durante o sono.” (FONTE: <http://www.psiquiatrianet.com.br/glossario/m.htm>; acesso em 16/11/2007)

Gillberg, 1992; Wetherby & Prizant, 1990; Seibert, Hogan & Mundy, 1982, citado por Leon (2002, p. 17). Scheuer et al (2005) afirmam que tais alterações nos processos atencionais podem estar relacionados às dificuldades para compreender o sentido dos estímulos ambientais, de modo a fazerem “escolhas muito pobres sobre ao que atentar quando não há pistas e indicações claras” (p. 207).

Frith (1989 *apud* Leon, 2002, p. 19) refere, ainda, outra questão dos autistas relativa à atenção: há uma falha na coerência central, de modo que há uma forte tendência a prestar atenção em detalhes, sem estabelecer uma relação entre o todo e suas partes; tendência a observar uma gravura “em partes”, ao invés de uma figura inteira, e a preferir uma seqüência randômica, ao invés de uma provida de significado (contexto)⁷.

No que se refere à imitação e funções simbólicas, Scheuer et al (2005) informam que crianças autistas não desenvolvem representação operacional ou a habilidade para formar e manipular material simbólico e desenvolver estruturas conceituais. “A maioria das crianças autistas de baixo funcionamento permanece no período sensório-motor” (p. 206). Durante este período, entre as habilidades mais importantes estão a capacidade de imitar e habilidades de linguagem. A inabilidade do autista para imitar é um dos pontos para diagnóstico diferencial, já que implica na não percepção do outro ou do que o outro faz. Assim, desde pequenos, autistas têm ausência do comportamento imitativo e dos jogos sociais de bebês. Morgan e cols (1989) citado por Simiema (2007, p. 52) demonstraram que pessoas com autismo têm uma parada na função operativa no nível do *estágio 6 da inteligência sensório-motora* de Piaget (invenção de novos meios por combinação mental) e, simultaneamente, as funções figurativas seguem em progresso, dando a falsa impressão de apresentarem funcionamento conceitual e simbólico.

No estágio sensório-motor, a criança desenvolve a noção de permanência de objeto, que lhe permitirá, posteriormente, a habilidade de operar simbolicamente. Pesquisas de Sigman e Ungerer (1984) citado por Scheuer et al (2005, p. 205), utilizando-se de escalas piagetianas de desenvolvimento, demonstraram que jovens autistas desenvolviam normalmente a noção de permanência de objeto, entretanto, apresentavam acentuado comprometimento na imitação vocal e gestual, e estas dificuldades diminuía com o avanço da idade e desenvolvimento da habilidade verbal.

A maioria das crianças autistas de baixo funcionamento não desenvolve linguagem comunicativa. Em especial, quanto à linguagem oral, essas crianças apresentam desenvolvimento tardio, sendo, além de mais lento, também mais complexo

⁷ Uma das formas objetivas de constatar tal fenômeno é registrar o percurso do olhar de uma criança com autismo por meio de um exame chamado *eye-gaze*, em que, por meio de raios infravermelhos que se projetam nas córneas e determinam a angulação em relação à tela, são detectadas as direções para onde os olhos se dirigem. Numa imagem com rostos humanos, “pessoas comuns olham primeiro para os olhos, depois para a boca e o nariz”. Já pessoas com autismo “olham para pontos inesperados como a orelha, um detalhe no fundo, um fio de cabelo branco” (NOGUEIRA, 2007, p. 79).

do que em crianças de desenvolvimento típico Scheuer (2002 p. 56). Lampreia, ao referir autores desenvolvimentistas, escreve:

O problema central na comunicação da criança autista estaria relacionado à falta de reconhecimento das funções interpessoais da linguagem, a uma falha específica na compreensão de como ter reciprocidade com outras pessoas (...). As falhas na linguagem seriam um efeito secundário. (Lampreia, 2004, p. 116).

Crianças autistas têm dificuldades para compreender contextos bem como a linguagem e, como consequência, não conseguem relacioná-los entre si (Scheuer & Andrade, 2007). A habilidade no uso de gestos também é prejudicada, comprometendo ainda mais as suas capacidades de comunicação (Schwartzman, 2003). Apesar de ouvirem normalmente, pais de crianças autistas informam que seus bebês parecem não ouvir, pois não respondem aos sons do ambiente ou à voz da mãe e de pessoas mais próximas, ou, ainda, que o olhar parecia distante ou fixo em alguma coisa, embora enxerguem bem (Scheuer, 2002, p. 52). Esta mesma autora informa que em torno de 25% das crianças com autismo são descritas por seus pais como tendo falado algumas palavras entre um ano e um ano e meio, mas pararam de falar completamente depois (2002 p. 57).

Quando há linguagem oral, as alterações principais são: concretude (dificuldade para compreender termos abstratos), linguagem literal (não consegue compreender nem usar linguagem metafórica), inversão pronominal (fala na 3ª pessoa), formas prosódicas monótonas e alteradas, inabilidade para iniciar ou sustentar uma conversação, linguagem inflexível e ritualística e falta de sensibilidade para responder as demandas lingüísticas e comunicativas do interlocutor, entre outras (Scheuer, 2005, p. 208). Muitas vezes, a fala destas crianças limita-se à construção frasal deficitária, ausência de imitação de sons e fala, ecolalia, repetições e estereótipos sem função comunicativa. A ecolalia é um dos aspectos que mais chama a atenção na linguagem destas crianças: estas repetições podem ser imediatas ou tardias. Alguns autores consideram esta ecolalia com uma função comunicativa; outros acreditam que quanto mais ecolálica for uma criança, menos linguagem espontânea ela produz. Para Moraes (2007, p. 60), as dificuldades de comunicação dos autistas os impulsionam para a busca de um mundo mais previsível, na direção de situações conhecidas e repetição compulsiva de comportamentos. De qualquer forma, Scheuer (2002, p. 59) orienta que é importante sempre contextualizar essa manifestação comunicativa e atribuir-lhe um sentido.

A respeito das funções executivas, tem-se como característico do autismo uma rigidez cognitiva, de modo que há restrição a adaptação a novas aprendizagens e o desenvolvimento de estratégias atencionais flexíveis e espontâneas ocorre com baixíssima frequência. Moraes (2007, p. 59) afirma que “o estilo cognitivo dos autistas

é caracterizado por um processamento de informações que leva, preferencialmente, mais em conta os fatores focais do que os globais do ambiente”. Autistas mais hábeis podem aprender regras concretas e estratégias aplicáveis ao contexto, de modo a facilitar o controle atencional e de comportamento, propiciando o desenvolvimento da linguagem e das capacidades de aprendizagem. A mesma rigidez cognitiva se observa na necessidade de repetição e perseveração de movimentos e atividades, falas, linguagem e comportamentos, o que resulta em relações sociais estereotipadas, com padrões de conduta social idênticas com qualquer pessoa e local. (Scheuer, 2005, p. 207).

De modo geral, o trabalho com crianças com autismo tem privilegiado a rotina e o uso de informações visuais, dadas as dificuldades acentuadas de adaptação e compreensão, bem como a inabilidade de mentalização (Leon, 2002, p. 22). Tais princípios são contemplados pela metodologia TEACCH, explanadas mais adiante.

O Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R

O Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R) é um instrumento para avaliação de idade de desenvolvimento de crianças autistas e com transtornos do desenvolvimento semelhantes. Seu local de origem é o Centro TEACCH, na Carolina do Norte. O TEACCH é reconhecido como uma das metodologias mais eficazes para intervir com pessoas com autismo e transtornos correlatos de comunicação. Erick Schopler, uma das principais referências de idéias do Centro TEACCH, acreditava numa base neurológica para o transtorno autista (Marques & Mello, 2005). Nesse sentido, a metodologia TEACCH passou a se estabelecer apoiada especialmente na idéia de que a educação é o principal caminho de intervenção para estas pessoas, derrubando crenças como, por exemplo, a de que o baixo desempenho das crianças com autismo teria como responsável “seu baixo nível motivacional, incompetência interativa e outras propostas que supunham o que foi posteriormente intitulado de ‘o mito da competência intacta e da atuação inibida’” (Vatavuk, 1997, p. 120).

Conforme informa Leon (2002), o TEACCH foi construído com base na premissa de que o autismo tem uma condição neurobiológica e pode-se considerar como conceitos chaves: comunicação espontânea, dimensões da comunicação, intervenção individualizada, flexibilidade, foco no ambiente natural e colaboração dos pais. No que se refere ao ponto “intervenção individualizada”, considera-se que cada criança deve ter um planejamento diferenciado, já que as pessoas com autismo têm o desenvolvimento das diferentes áreas de forma discrepante. É a necessidade de identificar os diferentes níveis de desenvolvimento dessas crianças que o Centro TEACCH se preocupou em criar o que resultou no Perfil Psicoeducacional.

O Perfil Psicoeducacional tem como base uma abordagem desenvolvimentista, ou seja, “parte da premissa que crianças com desenvolvimento típico ou não crescem e mudam com a idade” (Leon, 2005, p. 83). Trata-se de um inventário de comportamentos e habilidades, concebido para identificar padrões de aprendizagem irregulares e

idiossincráticos, destinado a crianças de idades entre um e doze anos. O “ponto forte” deste instrumento, segundo seus autores (Schopler et al, 1995) é justamente o fato de ele considerar dois aspectos significativos quando se pretende avaliar crianças com autismo: o atraso no desenvolvimento e os comportamentos atípicos.

Breve histórico do PEP-R e estudos publicados

O Perfil Psicoeducacional (PEP) foi elaborado por Schopler e Reichler, entre 1971 e 1976, como fruto de um modelo experimental, no Departamento de Projeto de Pesquisa em Psiquiatria Infantil, na Universidade da Carolina do Norte, EUA (Leon, 2005, p. 83). Pretendia oferecer resposta à necessidade de ter “um teste que pudesse levantar e organizar a informação diagnóstica sobre crianças autistas” (Schopler et al, 1995, p. vii).

Foi revisado em 1988, por sugestão dos membros da equipe TEACCH que utilizaram o PEP original durante as quase duas décadas. Em resposta a clínicos que citaram a tendência a incluir crianças cada vez mais novas em programas integrais pré-escolares como fundamental para a identificação mais precoce do autismo e transtornos do desenvolvimento semelhantes, foram adicionados itens para a idade pré-escolar, especialmente para o nível abaixo dos 2,5 anos. Também se expandiram as partes do teste dirigidas para o funcionamento da linguagem (Schopler et al, 1995, p. vii). Ainda, o teste sofreu algumas alterações em adaptação de linguagem, como subtrair o termo “psicose”, para satisfazer a atual definição de autismo, cujos critérios de definição e classificação são orientados pelo DSM-IV e CID-10, classificando-o como transtorno do desenvolvimento e não psicose. A partir de então, passou a ser denominado PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado).

No Brasil, esse instrumento já vem sendo utilizado desde 1992, numa versão traduzida. Leon atenta, entretanto, para cuidados que se devem tomar ao utilizar instrumentos que foram desenvolvidos em outras realidades culturais, para que a validade e fidedignidade do instrumento sejam preservados desde o momento da tradução deste. “A adaptação de qualquer instrumento requer mais que a tradução, principalmente se envolver o exame de habilidades verbais” (Leon, 2005, p. 88). Nesse sentido, em 2002, a autora apresenta uma versão do instrumento para a realidade brasileira⁸.

⁸ As alterações, que tiveram autorização do autor do instrumento original, Erick Schopler, consistem em tradução do retorno, atualização e aculturação das figuras contidas no livro de linguagem, como, por exemplo, a troca da figura original de um rapaz esquiando por um rapaz andando de *skate*; bem como tornou coloridas todas as imagens deste material do instrumento. Alterou também as letras do alfabeto utilizadas em atividades de emparelhamento e cópia, com base em pesquisa de frequência das letras no nosso idioma, mesmo critério utilizado na escolha das letras no teste original, na língua inglesa.

Nos EUA, já é vigente a terceira versão do instrumento, denominada PEP-3⁹, e as modificações concentraram-se em questões realizadas na atualização brasileira, como a apresentação das figuras coloridas, por exemplo (Leon, 2007).

Desde a elaboração do PEP-R, na Carolina do Norte (EUA), mundialmente vários estudos têm sido realizados envolvendo esse teste. O Quadro 1 apresenta um panorama destas pesquisas.

Autor(es)	Ano	Local	Caracterização do estudo
Lord, Schopler, e Revicki (1)	1982	EUA	Estudo sobre o papel do gênero nas habilidades cognitivas e sociais em 931 pessoas com autismo, com o PEP, o <i>Vineland Social Maturity Scale</i> e o <i>Peabody Picture Vocabulary Test</i> .
Lam e Rao (1)	1993	China	Validação do PEP para a cultura local, implicando em tradução do teste para o chinês, adaptação de alguns itens para a cultura local e validação a partir da correlação do Chinese PEP (CPEP) com a Escala Mental <i>Merrill-Palmer</i> .
Van-Bercklaer –Onnes & Van-Duijn (1)	1993	Holanda	Validação do PEP para a cultura local. Escores do teste comparado com o HBS (<i>Handcaps Behaviour and Skills Schedule</i>).
Perez e Sevilla (1)	1993		Estudo longitudinal sobre a relação entre habilidades cognitivas, sociais e vocacionais com 17 crianças com autismo e, cinco anos depois, com os mesmos sujeitos, então adolescentes, avaliados através do AAPEP (<i>Adolescent and Adult Psychoeducational Profile</i>).
Steerneman Muris, Merckerlbach e Willems (2)	1997	EUA	Estudo sobre fidedignidade entre observadores na aferição do PEP-R, aplicado em 10 crianças com TID sem outra especificação. As correlações entre os observadores sugeriram confiabilidade ao teste para a avaliação de crianças com TIDs.
Panerai, Ferrante e	1997	Itália	Utilizaram o PEP-R e a Escala de Comportamento Adaptativo de <i>Vineland</i> , como medidas de linha de base para verificar a eficácia

⁹ Modelo para visualização disponível em:

http://portal.wspublish.com/portal/page?_pageid=53.70083&_dad=portal&_schema=PORTAL (acesso em 16/11/2007).

Caputo (1)			de intervenção TEACCH, com pré e pós testagem.
Ozonoff e Cathcart (3)	1998		Através do PEP (versão original), avaliou-se a eficácia do atendimento domiciliar do TEACCH em 22 sujeitos, com um grupo controle para pré e pós teste.
Willemsen-Swinkels; Buitelaar; van Berckelaer-Onnes; van Engeland (4)	1999	Holanda	Através do PEP, os autores avaliaram a eficácia do tratamento contínuo de crianças com autismo com “Naltrexone-Responsive”.
Field, Field, Sandeers & Nadel (1)	2001		PEP-R como instrumento de medida na verificação do efeito de sessões de imitação sobre o comportamento de 10 crianças com autismo. Comparação com um grupo controle, com 10 crianças com autismo, sem estratégias de imitação.
Leon (1)	2002	Brasil	Elaboração da versão brasileira do PEP-R, promovendo estudo das propriedades psicométricas do instrumento. Pesquisou 20 crianças com autismo, e formou dois grupos controles: um com 40 crianças com desenvolvimento típico e um com 20 crianças com síndrome de Down. Publicou artigos em 2004 sobre suas pesquisas.
Lampreia (5)	2003	Brasil	Através de estudo de caso, a autora confrontou os dados quantitativos proporcionados pelo CID-10 e DSM-IV com uma análise qualitativa dos dados do PEP-R.

Quadro 1: Estudos realizados sobre o PEP (versão original e revisada)

(1) Fonte: LEON, 2002.

(2) Fonte: STEERNEMAN; MURIS; MERCKELBACH; WILLEMS, 1997.

(3) Fonte: OZONOFF & CATHCART, 1998.

(4) Fonte: WILLEMSSEN-SWINKELS; BUITELAAR; VAN BERCKELAER-ONNES; VAN ENGELAND, 1999.

(5) Fonte: LAMPREIA, 2007.

Áreas de Avaliação do PEP-R

Avaliar o desenvolvimento significa mensurar e descrever as diversas habilidades e capacidades emergentes da criança em contexto de uma interação estruturada, orientada à tarefa de um adulto (Klin et al, 2006, p. 268). Nesse sentido, o PEP-R fornece informações referentes ao funcionamento do desenvolvimento nas áreas de: (1) Imitação, (2) Percepção, (3) Motora Fina, (4) Motora Ampla, (5) Coordenação Olho-Mão, (6) Desempenho Cognitivo e (7) Cognitivo verbal. Além disso, o PEP-R comporta itens para avaliação de níveis de anormalidades comportamentais nas seguintes áreas: (1) Relacionamento e Afeto (cooperação e interesse por pessoas), (2) Brincar e Interesse por Materiais, (3) Respostas Sensoriais e (4) Linguagem, com o propósito de auxílio diagnóstico.

O PEP-R é constituído por um *kit*, contendo uma série de materiais pedagógicos e/ou com caráter lúdico, como encaixes de madeira coloridos, livro de imagens, fantoches, objetos com suas respectivas fotografias, bolinhas de sabão, massinha de modelar, bola e materiais gráficos (papel, giz). Esses materiais são parcialmente padronizados, uma vez que o kit pode ser montado pelo próprio avaliador, seguindo as especificações dos autores. A avaliação se dá pela proposição, do avaliador à criança, de atividades estruturadas em forma de jogo/brincadeira.

A apresentação de cada atividade/item pode ser realizada verbal ou gestualmente e, até mesmo, através de demonstração pelo examinador, de modo a minimizar a impossibilidade de a criança realizar por incompreensão das instruções. O PEP-R possibilita três tipos de categorias de respostas: P de “passou” (se a criança realizou a tarefa com sucesso), R de “reprovou” (quando a criança não conseguiu realizar a tarefa) e E de “emergente” (quando a criança conseguiu realizar a tarefa com alguma dica ou ajuda do examinador). Este último tipo de resposta representa que ainda não há consolidação da estrutura cognitiva, cujo conhecimento da criança sobre a realização da tarefa é parcial. Pode também compreender as respostas da criança que indicam que ela entendeu a que se refere a tarefa e, no entanto, realiza-a de uma maneira peculiar.¹⁰

Para traçar o perfil comportamental, as categorias de respostas são: adequado (se a criança se comporta de forma esperada para a idade), moderado (quando a manifestação da criança for inadequada) e grave (quando os comportamentos são

¹⁰ Similar ao que Vygotsky chamou de “zona de desenvolvimento proximal”, referindo-se ao desempenho da criança que foi determinado por meio da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes do que a criança. (Linhares, Escolano & Enumo, 2006, p. 17)

inadequados, mas a intensidade, qualidade e manifestações do comportamento são claramente mais exageradas e perturbadoras).

Os escores obtidos com base nesse instrumento servem como parâmetros para a elaboração de um planejamento psicoeducacional para estas crianças¹¹.

Método e casuística

A presente pesquisa caracteriza-se pela o estudo de quatro casos clínicos, a partir de instrumento estandarizado, para mensuração de níveis de desenvolvimento em sete áreas, que são apresentados de forma descritiva.

Caracterização dos Participantes

Participaram desta pesquisa três crianças com diagnóstico de transtornos invasivos do desenvolvimento, sendo que duas delas de autismo e a outra com hipótese diagnóstica de autismo. Todas freqüentam uma instituição de atendimento especializado, na cidade de Joinville/SC. A tabela 1 apresenta as especificações dos casos, como idade e tempo que estão institucionalizadas.

Criança	Idade	Tempo de institucionalização	Diagnóstico
1	3 anos	6 meses	Hipótese de autismo
2	9 anos	2 anos e 2 meses	Autismo
3	12 anos	2 anos	Autismo

Tabela 1: Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Caracterização da Instituição

A Associação de Amigos do Autista (AMA), de Joinville/SC, é uma instituição especializada no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento e psicose. As crianças freqüentam a instituição em período de semi-internato (período integral) ou meio-período. A AMA tem uma equipe técnica formada

¹¹ Os planejamentos psicoeducacionais são elaborados conforme pressupostos teóricos do modelo TEACCH. Nos EUA, recebem a sigla IEP, representando Planejamento Educacional Individualizado, obrigatório para cada um dos alunos, na ausência ou presença de incapacidade, desvantagem e/ou deficiência, em toda a rede de educação pública nos EUA (nota do tradutor de Schopler et al, 1995, p. 2)

por uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e duas coordenadoras técnicas, com formação em pedagogia e terapia ocupacional, respectivamente. A instituição fundamenta sua prática na metodologia TEACCH e vem implementando o PEP-R como instrumento no processo de avaliação para elaboração do programa educacional.

Fontes e instrumentos de coleta de dados

Os dados desta pesquisa foram coletados a partir de três fontes:

a) Documental: o documento em questão é a anamnese. Este documento já foi construído pela própria instituição no ato da avaliação diagnóstica, sendo, portanto, apenas consultado dados essenciais para caracterização da população pesquisada (como idade, tempo de institucionalização, diagnóstico clínico).

b) PEP-R: teste que fornece informações referentes ao funcionamento do desenvolvimento das crianças em sete áreas, conforme já referido anteriormente.

c) Relato de professora: durante a aplicação do PEP-R nas crianças avaliadas, as professoras acompanharam e forneceram informações qualitativas a respeito das crianças.

Procedimentos

Uma vez manifestada pela instituição a necessidade de avaliar níveis de desenvolvimento dos alunos menores e, assim, poder elaborar com consistência os planejamentos educacionais, optou-se pelo PEP-R como instrumento para esta tarefa, já que o instrumento é congruente com a metodologia TEACCH. A necessidade da instituição, portanto, aliou-se à necessidade de campo de estágio da pesquisadora e procedeu-se o contrato de pesquisa entre ambas, com a devida autorização da primeira.

As crianças foram selecionadas de acordo com critérios pré-estabelecidos (diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento de espectro autista e idade máxima de 12 anos). A princípio, sete crianças da instituição atendiam esses critérios, mas ao longo da pesquisa apenas três delas participaram¹².

Os pais foram contatados individualmente na própria instituição para explicitação dos objetivos da pesquisa e, sequencialmente, assinaram autorização para realização da pesquisa e publicação dos resultados, resguardando quaisquer dados que pudessem identificar as crianças¹³.

As aplicações ocorreram no horário de aula das crianças, individualmente, num período médio de dez dias. A aplicação do PEP-R com as crianças 1 e 3 durou uma

¹² Dentre os motivos para a exclusão das outras quatro crianças pode-se mencionar: diagnóstico de transtorno invasivo de desenvolvimento descartada, desligamento da criança da instituição e afastamento prolongado por motivo de saúde.

¹³ Respeitando todos os princípios da Resolução nº 196/ de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

sessão de duas horas, cada. Com a Criança 2, a aplicação se deu em duas sessões de uma hora e meia cada. Em cada aplicação estavam presentes, além da pesquisadora-aplicadora e a criança, a professora responsável e uma profissional de terapia ocupacional, que auxiliou na administração do material de testagem e no registro de pontuação das respostas da criança.

Após a aplicação, procedeu-se a correção dos dados e administração dos resultados na análise da pesquisa. Por fim, os pais foram comunicados individualmente a respeito do uso desses resultados em benefício da elaboração de programas educacionais para seus filhos.

A presente pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos orientados pela resolução sobre a realização de pesquisa em psicologia com seres humanos¹⁴.

Resultados e Discussão

Os resultados de cada criança avaliada estão apresentados através de tabelas e gráficos. Cada caso apresenta uma tabela, informando os resultados, por pontos, da escala de desenvolvimento, que se estrutura da seguinte forma: na primeira coluna, constam as áreas de desenvolvimento avaliadas; na segunda coluna, o número de itens que a criança respondeu plenamente (“passou”); na terceira coluna, a soma de itens de “passou” com os itens pontuados como “emergente”; e, por último, os valores referenciais, ou seja, o número máximo de itens que o teste contém.

As idades de desenvolvimento de cada criança são ilustradas nos gráficos, que permitem um comparativo entre a idade de desenvolvimento efetiva em cada área e o que ela tem de potencial de desenvolvimento, resultado da soma de nível de desenvolvimento efetivo e o emergente. Para fins de complementação e auxílio nas análises, são também apresentados os resultados, por pontos, das escalas de comportamentos de cada criança, numa segunda tabela.

Criança 1:

A Criança 1 é a única que atende cronologicamente à faixa etária contemplada nos parâmetros do teste. Por essa razão, a tabela 2, que apresenta os resultados da criança, é a única que contém uma coluna adicional, com valores referenciais do número de itens que uma criança de sua idade cronológica (3 anos) deveria responder, segundo parâmetros psicométricos do PEP-R (Schopler et al., 1995).

¹⁴ Resolução do Conselho Federal de Psicologia, nº 016/2000, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF.

	Itens “passou”	Itens totais pontuados	Itens que deveria passar pela idade	Itens totais do teste
Imitação	2	9	12	16
Percepção	10	11	11	13
Motricidade Fina	6	10	11/12	16
Motricidade Ampla	9	13	16	18
Integração Mão- olho	4	6	7	15
Desempenho cognitivo	3	10	17	26
Cognitivo Verbal	-	1	11	27
DESEMPENHO GERAL	34	60	86	131

Tabela 2: Pontuações da Criança 1 no PEP-R

Se comparada às crianças de sua faixa etária, há leve atraso na maturação da Criança 1 todas as áreas. Quando considerado o desenvolvimento emergente, há equivalência de idade na área de percepção. A área motora fina também teve o nível de desenvolvimento emergente próximo do que se espera de crianças de 3 anos de idade.

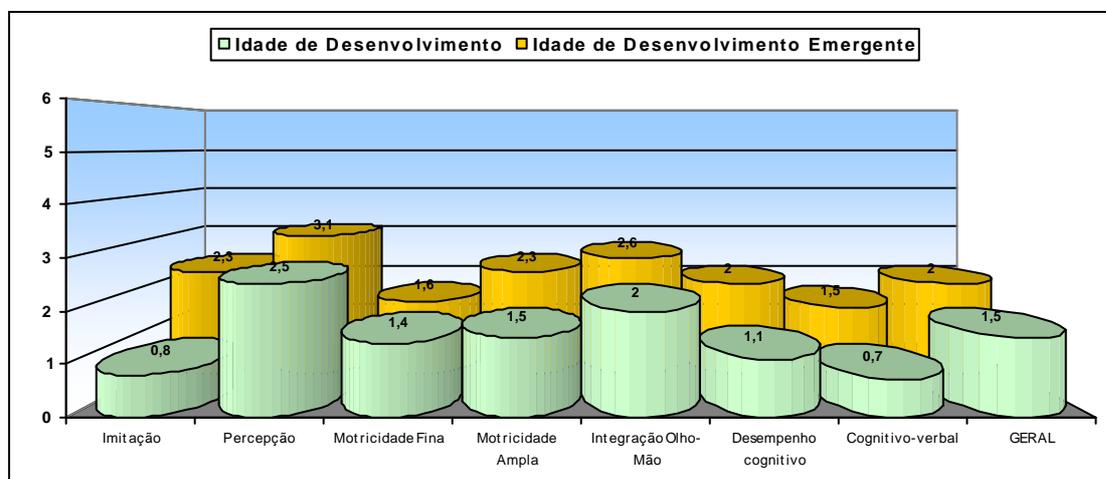


Gráfico 1: Níveis de Desenvolvimento Real e Emergente da Criança 1

A área que teve desempenho mais baixo foi a cognitivo-verbal. A professora da Criança 1, que acompanhou a testagem, informa que o menino vocaliza algumas coisas, embora não se possa entender e ela não tem certeza de que a criança tem intenção de comunicar algo específico (pode dar alguma função às vocalizações, mas não tem habilidade para falar). A escala comportamental da Criança 1 aponta que, dos 11 itens da área de linguagem, 10 deles foram pontuados como G (grave), pois a criança é considerada não-verbal. O único item pontuado diferentemente recebeu a classificação M (moderado), e refere-se à ecolalia imediata, cujo critério de pontuação é “ocasionalmente e inadequadamente repete palavras ou frases ouvidas recentemente”. Nesse sentido, a Criança 1 apresenta ecolalia de tom de fala de outrem, mas não apresenta habilidade de articulação fonética.

ÁREA (número máximo de itens)	ADEQUADO		MODERADO		GRAVE	
	Itens pontua dos	%	Itens pontua dos	%	Itens pontua dos	%
Linguagem (11)	-	-	1	9%	10	91%
Brincar e interesse por materiais (8)	1	12,5%	6	75%	1	12,5%
Respostas sensoriais (12)	8	67%	4	33%	-	-
Relacionament o e afeto (12)	1	9%	10	82%	1	9%

Tabela 3: Pontuações da Criança 1 na Escala de Comportamento

Com a visualização gráfica, pode-se constatar que a Criança 1 apresenta atraso no desenvolvimento geral, se comparado a outras crianças com desenvolvimento típico. O desenvolvimento a criança está desarmônico, com irregularidade entre as idades por áreas.

No relato de sua professora, a criança apresenta interesses específicos por atividades de montagem, encaixes, de modo estereotipado e relativamente e compulsivo. Nesse sentido, o educador pode aproveitar a qualidade das respostas sensoriais e nível de relacionamento e afeto para intervir, promovendo a re-significação do que para a criança é uma brincadeira /estereotipia para uma atividade pedagógica e funcional, tornando, assim, consolidado o que atualmente se apresenta como emergente.

Criança 2:

A Criança 2, de nove anos de idade, obteve pontuação nas áreas de desenvolvimento, conforme está demonstrado na tabela 4.

	Itens “passou”	Itens Totais pontuados	Valores referenciais
Imitação	-	3	16
Percepção	-	-	13
Motricidade Fina	-	4	16
Motricidade Ampla	9	10	18
Integração Mão-olho	-	-	15
Desempenho cognitivo	-	1	26
Cognitivo Verbal	-	-	27
DESEMPENHO GERAL	9	18	131

Tabela 4: Pontuações da Criança 2 na Escala de Desenvolvimento

A partir da tabela 4 pode-se visualizar que a Criança 2 apresentou baixo desempenho nas atividades propostas pelo PEP-R, pontuando apenas na área da motricidade ampla, atingindo 50% dos itens do teste, cujo nível de maturação equivale a uma criança de um ano e meio. Anulou em desempenho/pontuação nas áreas de imitação, percepção, motricidade fina, integração mão-olho, desempenho cognitivo e cognitivo verbal. Dessas áreas, apresentou pontuação de desenvolvimento emergente

em imitação, motricidade fina, motricidade ampla e desempenho cognitivo. Não apresentou pontuação para emergência nas áreas de percepção, integração mão-olho e cognitivo verbal.

O gráfico 2 apresenta os níveis de desenvolvimento e desenvolvimento emergente da Criança 2, possibilitando compará-los e identificar áreas que estão em vias de desenvolvimento.

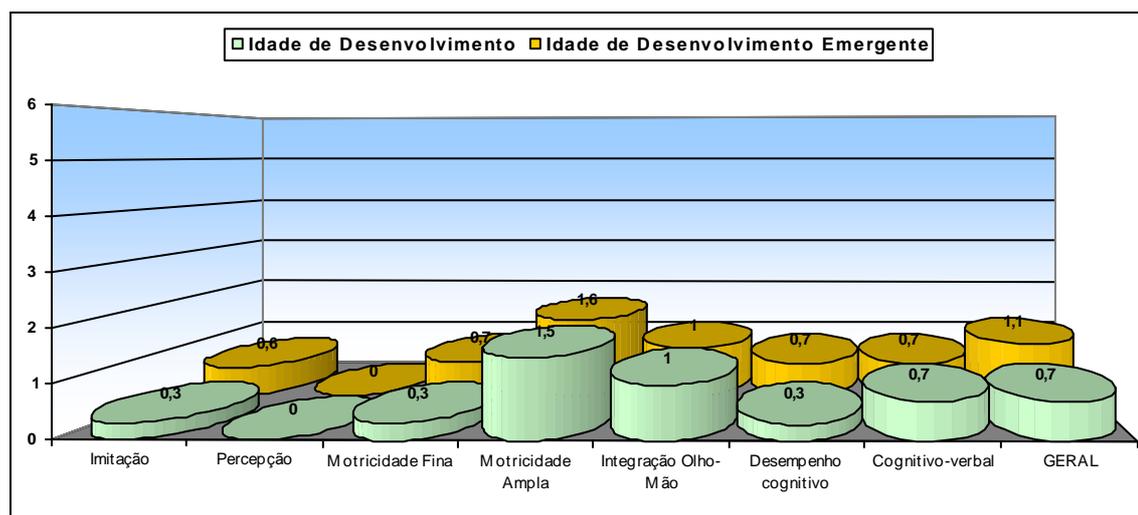


Gráfico 2: Níveis de Desenvolvimento Real e Emergente da Criança 2

O gráfico ilustra um nível de desenvolvimento geral abaixo de um ano de idade, bastante aquém da idade cronológica da Criança 2, que tem 9 anos. Apresentou, portanto, grave atraso em todas as áreas de desenvolvimento. A criança teve seu melhor desempenho na área de motricidade ampla, ainda assim, correspondente a um bebê com idade inferior a 2 anos de idade.

No gráfico 2 é possível identificar os níveis de desenvolvimento nas áreas de percepção (sem evidências de comportamento perceptivo), imitação (que, embora não tenha pontuado, equivale a 3 meses de idade maturacional por ser o período em que esse comportamento passa a se manifestar), motricidade fina, desempenho cognitivo e cognitivo verbal (todos por volta de meio ano de idade) e integração olho-mão (que também não pontuou, mas nivelou-se a um ano de idade, pois se espera que essa habilidade tenha certa solidez no desenvolvimento por volta do final do primeiro ano de idade).

Como a percepção é responsável pela entrada de informações no plano cognitivo, a nulidade nessa habilidade representa severo comprometimento nos potenciais de aprendizagem. Embora a criança não tenha qualquer defasagem sensorial, de ordem orgânica, não apresentou comportamento responsivo ao que ela “sente” (capta

pelos órgãos do sentido), ou seja, o funcionamento das modalidades sensoriais (visual e auditiva) apresenta-se prejudicado na medida em que a criança não seleciona e organiza os estímulos recebidos.

Para auxiliar na compreensão do caso, a tabela 5 informa as pontuações da criança na Escala de Comportamento:

ÁREA (número máximo de itens)	ADEQUADO		MODERADO		GRAVE	
	Itens pontua dos	%	Itens pontua dos	%	Itens pontua dos	%
Linguagem (11)	-	-	-	-	11	100%
Brincar e interesse por materiais (8)	-	-	3	38%	5	62%
Respostas sensoriais (12)	1	9%	6	50%	5	41%
Relacionament o e afeto (12)	1	9%	5	41%	6	50%

Tabela 5: Pontuações da Criança 2 na Escala de Comportamento

A escala de comportamento oferece um elemento que pode fazer nexos com o dado “percepção” da escala de desenvolvimento: no que se refere à área sensorial, a Criança 2 pontuou como “grave” em 41% dos itens; 50% como “moderado” e somente 9% (1 item) como adequado. Esse prejuízo faz com que pouco do que a criança experimenta possa ser assimilado, em termos piagetianos. Becker, num artigo sobre a teoria piagetiana, parafraseia Huxley, dizendo: “Experiência não é o que se fez, mas o que se faz com aquilo que se fez” Huxley (s/d *apud* Becker, 2005, p.28). Andrade & Bueno (2005, p. 154) explicam que, para Piaget, a criança necessita estabelecer suas próprias experiências e relações com o meio para organizar e assimilar novos processos, novas operações, conforme a capacidade cognitiva do seu estágio de vida. Contudo, o resultado da Criança 2 na dimensão “brincar e interesse por materiais”, da escala de comportamento, assinala baixa espontaneidade na experimentação.

Da mesma forma, uma baixíssima pontuação na área de desenvolvimento da imitação acarreta em sérios prejuízos na aquisição de conhecimento, especialmente os

que necessitam da interação social, dos referenciais externos, conforme reflete Piaget (2006 p. 361):

A inteligência não começa, pois, nem pelo conhecimento do eu nem pelo das coisas enquanto tais, mas pelo conhecimento de sua interação, e é ao orientar-se simultaneamente para os dois pólos dessa interação que ela organiza o mundo, organizando-se a si mesma.

Tanto a escala de desenvolvimento quanto a escala de comportamento denunciam o comprometimento da Criança 2 na interação social: o *continuum* autista com predominância do comportamento socialmente alheio, acarretando em prejuízos nas aprendizagens condicionadas aos referenciais externos. Tal ensimesmamento, portanto, deixa de atender significativamente às expectativas a respeito do neurodesenvolvimento dos bebês e crianças, como se constata em Moura e Ribas (1998 *apud* Andrade & Bueno (2005, p. 156):

... o bebê percebe o mundo, imita, realiza ações reguladas por informações perceptuais e mnemônicas. [...] Estas mostras de sociabilidade nascem com a criança. [...] os autores enfatizam ainda o papel da reciprocidade entre mãe-bebê e a influência que um exerce sobre o outro [...], levando em consideração não só a ação biológica/hereditária sobre o comportamento, desenvolvimento cognitivo e emocional do indivíduo, como do meio físico e social.

A condição não-verbal da criança também é responsável por um resultado 100% grave na escala de comportamento, na dimensão “linguagem”. Embora aparenta ter compreensão do que lhe é dito, constatou-se que essa compreensão é possível quando a informação verbal é constituída de aspectos concretos e está mergulhada em contexto visual (apontamentos, direcionamento do seu olhar para o objeto do qual se fala), que dá pistas concretas para que a tarefa solicitada seja executada. Nesse sentido, a Criança 2 não manifestou indícios de que desenvolveu noção de pensamento abstrato. Para desenvolver tal habilidade, precisa, antes, desenvolver a noção de permanência de objeto, e nos itens específicos para verificar a maturação dessa habilidade perceptiva (como o item 52: “encontrar objeto escondido”) a Criança 2 não pontuou.

Criança 3:

A Criança 3, de 12 anos de idade, obteve pontuação nos itens do PEP-R, conforme apresentado na tabela 6.

	Itens “passou”	Itens Totais pontuados	Valores referenciais
Imitação	1	9	16
Percepção	6	11	13
Motricidade Fina	5	12	16
Motricidade Ampla	6	10	18
Integração Mão-olho	2	5	15
Desempenho cognitivo	2	5	26
Cognitivo Verbal	1	2	27
DESEMPENHO GERAL	23	54	131

Tabela 6: Pontuações da Criança 3 no PEP-R

Pode-se perceber que a Criança 3 obteve maior pontuação nos itens relacionados a percepção (6 de 13), motricidade ampla (6 de 18) e motricidade fina (5 de 16). O desempenho mais baixo apresentado por essa criança foi nas áreas denominadas cognitivo verbal (1 de 17), de imitação (1 de 16), desempenho cognitivo (1 de 16) e integração mão-olho (2 de 15). Em todas as áreas de desenvolvimento, a Criança 3 demonstra possibilidades de ampliação do seu desempenho em situações em que houver alguma dica, modelo ou ajuda, ou seja, apresenta habilidades em vias de desenvolvimento em todas as áreas avaliadas, significando que pode se beneficiar da ajuda de outras pessoas para promover o seu desenvolvimento. O gráfico 3 representa a idade de desenvolvimento da Criança 3:

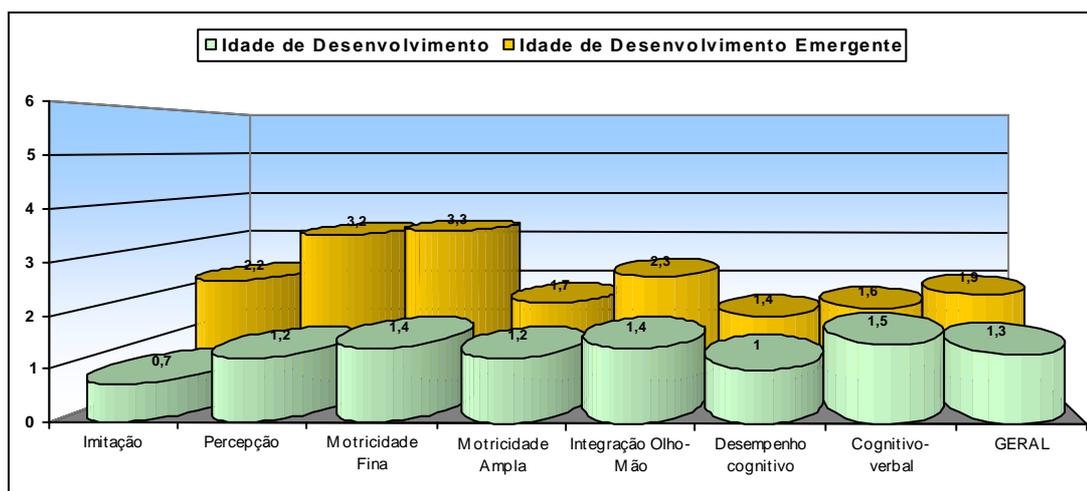


Gráfico 3: Níveis de Desenvolvimento Real e Emergente da Criança 3

Em tendo 12 anos, a Criança 3 também se caracteriza por um déficit significativo nas diversas áreas de desenvolvimento, com uma desarmonia entre as habilidades apresentadas nas diferentes áreas. As áreas com maior idade de desenvolvimento são as de cognição verbal (1,5 anos), integração olho-mão (1,4 anos) e motricidade fina (1,4 anos). As que apresentam maior prejuízo no desenvolvimento são a de imitação (menos de um ano) e desenvolvimento cognitivo (por volta de um ano). Na seqüência, as áreas de percepção e motricidade ampla também apresentam significativa defasagem (1,2 anos). Em todas as áreas apresentou potencial de desenvolvimento a ser consolidado, com maior índice de emergência nas áreas de percepção (3,2 anos), motricidade fina (3,2 anos), integração óculo-manual (2,3 anos) e imitação (2,2 anos). Esses resultados chamam a atenção, já que três dessas áreas são as que apresentam maior limitação, mas maior potencial de desenvolvimento nesse momento.

Assim, embora a área de imitação represente a menor idade de desenvolvimento (ou seja, área de habilidade consolidada), é também uma das que se destaca na ampliação que o desenvolvimento emergente oferece. A área perceptiva apresenta defasagem significativa (comparável a bebê de pouco mais de um ano de idade), mas também alarga o potencial de desempenho da Criança 3 quando considerado a pontuação em desenvolvimento emergente. Estas duas habilidades sinalizam bom espaço para atuação do profissional no que se refere ao desenvolvimento cognitivo.

ÁREA (número máximo de itens)	ADEQUADO		MODERADO		GRAVE	
	Itens pontua dos	%	Itens pontua dos	%	Itens pontua dos	%
Linguagem (11)	-	-	-	-	11	
Brincar e interesse por materiais (8)	-	-	4	50%	4	50%
Respostas sensoriais (12)	4	33%	7	58%	1	9%
Relacioname nto e afeto (12)	1	9%	8	66%	3	25%

Tabela 7: Pontuações da Criança 3 na Escala de Comportamento

A escala de comportamento da Criança 3 demonstra menor comprometimento na dimensão sensorial, com a maior pontuação entre as respostas comportamentais adequadas. Contudo, na área de “brincar e interesse por materiais”, a Criança 3 tem comportamentos distribuídos nas graduações “moderado” e “grave”. Há, portanto, maior comprometimento no que se refere à expressividade de potenciais e habilidades do que na recepção das manifestações externas. Em outras palavras, o ensimesmamento atua de forma mais passiva, apática, do que de percepções distorcidas de estímulos externos atuantes no ambiente. Há, assim, certa impermeabilidade no que se refere às percepções do meio externo.

Conclusões

O PEP-R apresentou-se como instrumento de avaliação eficaz para conhecer os níveis de maturação percepto-cognitiva e de comportamento motor das três crianças com espectro autista. A escala de comportamento oferecida pelo instrumento, embora tenha função mais direcionada ao diagnóstico de quadro clínico, se mostra útil quando aliada às informações trazidas pela escala de desenvolvimento, pois permite que aspectos maturacionais e de potenciais de desenvolvimento sejam mais bem

compreendidos a partir da combinação desses dados. Portanto, a verificação dos sinais comportamentais demonstrou ser bastante importante para a análise qualitativa dos resultados de níveis de desenvolvimento, construindo, assim, uma constelação mais aprimorada sobre quem é o sujeito avaliado.

Conhecer os níveis maturacionais das crianças permite ao educador planejar não somente o que deve promover em termos de consolidação de áreas de desenvolvimento, atualmente emergentes, mas também programar os caminhos pelos quais isso é possível, visto que a dimensão comportamental passa a ser considerada.

A respeito do uso do PEP-R, como qualquer instrumento de avaliação, deve ser utilizado concomitante com outras ferramentas avaliativas. Ele deve fazer parte de um processo de avaliação, cujos resultados se articulam criticamente com dados coletados através de outros instrumentos, como a observação clínica, a avaliação qualitativa (a exemplo da avaliação assistida¹⁵). O PEP-R, sem dúvida, permite conhecer a criança em suas diferentes áreas de desenvolvimento, mas não deve ter seus resultados orientando absolutamente o programa curricular. O material pede um momento posterior de discussão, que oportuniza a articulação já mencionada.

Referências

- Andrade, V. & Bueno, O. F. A. (2005). A Influência dos Fatores Socioculturais no Neurodesenvolvimento. In Mello, C. B.; Miranda, M. C.; Muzkat, M. *Neuropsicologia do Desenvolvimento: conceitos e abordagens*. (1rd ed). São Paulo: Memnon.
- Assumpção Jr., F. B.; Kuczynski, E. (2003) *Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Atheneu.
- Assumpção Jr., F. B.; Kuczynski, E. (2007) Autismo: conceito e Diagnóstico. In Assumpção Jr.; Francisco Baptista; Kuczynski, E. *Autismo Infantil: novas tendências e perspectivas*. São Paulo: Atheneu.
- Becker, F. Um Divisor de Águas. (2005, *Revista Viver Mente & Cérebro* – Coleção Memória da Pedagogia, Jean Piaget. Edição Especial, 1, 24-36.
- Bosa, C. A. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. , 28 (1). S47 - S53.

¹⁵ "Avaliação Assistida é uma abordagem para avaliar habilidades humanas, especialmente o potencial de aprendizagem, com o objetivo básico de identificar e remover barreiras não-intelectuais à expressão da inteligência" (Linhares e Escolano, 2006 p. 16). Dentre os princípios, considera todas as explicações alternativas para um pobre desempenho em aprendizagem e solução de problemas antes de inferir que são decorrentes de uma incapacidade para aprender; defende a avaliação de "processos" mais do que "produtos" de aprendizagem (p. 16).

- Cruz, R. M.; Alchieri, J. C.; Sardá Jr., J. J. (Eds.). (2004). *Avaliação e Medidas Psicológicas*. (2nd ed). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- DSM-IV. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (4rd ed). Artmed: Porto Alegre.
- Facion, J. R. (2007). *Transtornos do Desenvolvimento e do Comportamento*. (3rd ed) Editora IBPEX: Curitiba.
- Haase, V. G., Freitas, P. M. de, Natale, L. L., Teodoro, M. L. M. & Pinheiro, M. I S. dos. (2005). Mecanismos Neurocognitivos no Autismo: uma perspectiva construtivista. In Camargos, Walter Jr. & Col. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. 3º Milênio: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Jorge, L. M. de. (2003). *Instrumentos de Avaliação de Autistas: Revisão de Literatura*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Klin, A., Chawarska, K., Rubin, E. & Volkman, (2006). F. Avaliação Clínica de Crianças com Risco de Autismo. *Revista Educação*, 1 (58), 255-297.
- Lampreia, C. (2003). Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 57-65.
- _____ (2004). Os Enfoques Cognitivista e Desenvolvimentista no Autismo: uma análise preliminar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17, (001), 111-120.
- Leon, V. de. (2002) *Estudo das Propriedades Psicométricas do Perfil Psicoeducacional PEP-R: Elaboração da Versão Brasileira*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- _____ (2005). Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R): Elaboração da Versão Brasileira. In Camargos, W. Jr. & Col. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. 3º Milênio: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Leon, V. de; Bosa, C.; Hugo, C.; Hutz, C. S. (2004) Propriedades Psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R. In: *Revista Avaliação Psicológica*, 3, (1), 39-52.
- Linhares, M. B. M., Escolano, Â. C. M., Enumo, S. R. F. (Ed). (2006) *Avaliação Assistida: Fundamentos, Procedimentos e Aplicabilidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marques, M. B. & Mello, A. M. S. R. de. (2005) *TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*. In: Camargos, Walter Jr. e Col. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. 3º Milênio: Presidência da

República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Moraes, C. (2007). Compulsões, Obsessões e Autismo. In: Assumpção Jr.; Francisco B., Kuczynski, E. *Autismo Infantil: novas tendências e perspectivas*. São Paulo: Atheneu.

Nogueira, T. (2007, junho 11) Um novo olhar sobre o Autismo. In: *Revista Época*, 473, 76-85.

Ozonoff, S. & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (1), 25-32.

Piaget, J. (2006). *A construção do Real na Criança*. (Vasques, R. M, Trad). (3rd ed.). São Paulo: Ática.

Scheuer, C. (2002). Distúrbios da Linguagem nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. In: Babptista, C. R., Bosa, C. & cols. *Autismo e Educação: Reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.

Scheuer, C., Andrade, R. V., Gorgati, D., Dornelas, D. (2005). Neuropsicologia do Autismo. In: Mello, C. B., Miranda, M. C., Muzkat, M. *Neuropsicologia do Desenvolvimento: conceitos e abordagens*. (1rd ed). São Paulo: Memnon.

Scheuer, C. I.; Andrade, R. V. (2007) Teorias Cognitivas e Autismo. In: Assumpção Jr., Kuczynski, E. *Autismo Infantil: novas tendências e perspectivas*. São Paulo: Atheneu

Schopler, E., Reichler, R. J., Rashord, A., Marcos, L. M. (1995). *Avaliação e Tratamento Individualizado para Crianças Autistas e com Transtornos do Desenvolvimento: Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R)*. (Vatavuk, M., Trad) Vol. 1. São Paulo: AMA. (Trabalho original publicado 1990).

Schwartzam, J. S. (2003) *Autismo Infantil*. São Paulo: Memnon.

Simiema, J. (2007). Estereotipias Motoras e Autismo Infantil. In: Assumpção Jr.; Kuczynski, E. *Autismo Infantil: novas tendências e perspectivas*. São Paulo: Atheneu.

Steerneman, P., Muris, P., Mercklbach, H.; Willems, H. (1997) Brief Report: Assessment of Developmete and Abnormal Behavior in Children with Pervasive Developmental Disorders. Evidence for the Reliability and Validity of the Revised Psychoeducational Profile. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (2) 177-185.

Trehin, P. (2004) *A Importância das Avaliações*. (Toledo, B., Trad). (Red. Ed). Acessado em junho 6, 2007 de www.ama.org.br/html/apre_arti.php?cod=8.

Vatavuk, M. (1997). *Método TEACCH*. In: Assunção JR., Francisco B. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Lemos Editorial.

Willemsen-Swinkels, S. H. N; Buitelaar, J. K.; Van Berckelaer-Onnes, I. A.; Van Engeland, H. (1999) Brief Report: Six Months Continuation Treatment in Naltrexone-

Responsive Children with Autism: An Open-Label Case-Control Design. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (2), 167-169.