

" MUROS DE VIDRO "

Organização de Comportamentos de Vinculação e
Relação com a Evolução Clínica em Crianças Autistas

ALDA MIRA COELHO

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Universidade do Porto - 1998

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA
UNIVERSIDADE DO PORTO



«MUROS DE VIDRO»

**Organização de Comportamentos de Vinculação e
Relação com a Evolução Clínica em Crianças Autistas**

Dissertação de Mestrado em Psicologia, realizada sob a
orientação do Professor Doutor Pedro Lopes dos Santos, na
Especialidade de Psicologia do Desenvolvimento e Educação da
Criança

ALDA MÚRIAS MIRA COELHO

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação
N.º de Entrada 12022
Data 19/05/10

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as crianças que fizeram despertar em nós o desejo de quebrar os «Muros de Vidro».

Agradeço em especial ao meu filho que me fez acreditar que tudo é possível quando se acredita no Impossível.

Agradeço aos pais dessas crianças que acreditaram comigo.

E agradeço aos meus Pais que acreditaram em mim, transmitindo-me a Paixão pelo Saber, pela Descoberta e pelos princípios Humanistas.

Agradeço às minhas irmãs a ternura da partilha e à Ana Isabel a colaboração preciosa.

Agradeço ao Professor Doutor António Palha e ao Professor Doutor Norberto Teixeira Santos, exemplos de Força e Alma que não esqueço, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

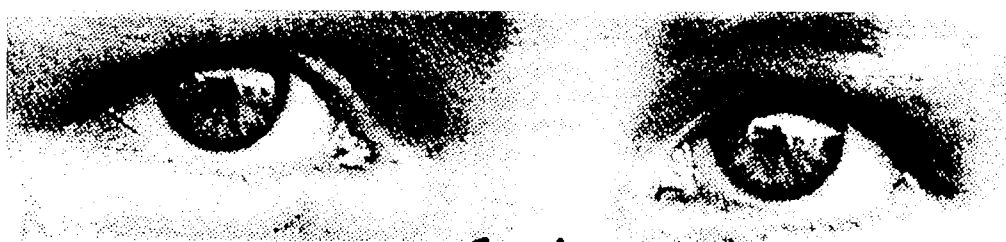
E não tenho palavras para agradecer ao Professor Doutor Lopes dos Santos o seu grande Apoio, a Sabedoria e a Flexibilidade com que se adaptou a um Tempo sem Tempo.

Aos meus Pais

(pelo vínculo intenso e rico...)

Ao meu Filho

(o vínculo essencial...)



Quebrar os muros por fora
para poder quebrá-los por dentro

RESUMO

O presente estudo, inserido em contexto clínico, reveste-se de um carácter exploratório, procurando avaliar a correlação entre diferentes variáveis, ao longo do tempo, numa amostra de 11 crianças com **Síndrome Autista**. Esta avaliação foi efectuada por três técnicos diferentes, em dois momentos de evolução clínica (intervalo de 8 meses), tendo como objectivo investigar a relação entre:

- **Evolução da sintomatologia autista** (utilizando os dados da análise clínica e a CARS – Escala de Avaliação do Autismo Infantil – Schopler, 1971)
- **Evolução do comportamento interactivo das mães** (utilizando a P/CSI – Escala de Avaliação do Envolvimento dos Pais/Prestadores de Cuidados – Farran, Kasari, Confort e Jay, 1986)
- **Evolução dos comportamentos de vinculação** (utilizando unidades de análise adaptadas a um procedimento laboratorial inspirado na **Situação Estranha**).

Como pressuposto teórico deste estudo, partimos do princípio que a organização progressiva dos processos de vinculação, reforçando a interacção por parte da figura de vinculação, poderia ajudar a criança a desenvolver a capacidade de decodificar mais adequadamente os sinais do meio, favorecendo a organização de representações mentais e estratégias de interacção mais adaptativas.

De facto encontrou-se uma relação positiva entre a evolução nos três parâmetros, que foi muito significativa, o que, não podendo traduzir relações de causalidade, abre caminhos para aprofundar a investigação nesta área e possibilidades ao nível da intervenção precoce.

SUMMARY

In this exploratory study, 11 **autistic** children were observed throughout time in order to evaluate the correlation between different variables. Three different observers carried out this evaluation in two different moments (with an interval of 8 months), aiming to search for the connection between:

- **Autism Symptoms Evaluation** (using clinical analysis data and the CARS – Children Autism Research Scale, Shopler, 1971)
- **Mother's Interactive Behaviour Evolution** (using the P/CSI – Parents/Caregiver Involvement Scale – Farran, Kasari, Confort and Jay, 1986)
- **Attachment behavior** (using a laboratorial procedure inspired on Ainsworth's **Strange Situation**).

As a theoretical background of this study, we assumed that the progressive organisation of the attachment process, strengthening the quality of the interaction of the attachment figure, might help the child to develop his capacity to decode more effectively the environment signals, enhance the organisation of mental representations and more adaptable interaction strategies.

A positive connection was established between the evolution in the three parameters. This may not express causality connections, but shows the need to deepen research in this particular area. Implications of our results in the domain of Early Intervention are also emphasized.

RESUMÉ

Cet étude, englobé dans un contexte clinique, a un caractère exploratoire, et vise évaluer la corrélation entre différentes variables au long du temps, sur un échantillon de 11 enfants atteints du **Syndrome Autistique**. Trois observateurs ont mené cette évaluation, en deux moments d'évolution clinique (avec un intervalle de 8 mois), ayant comme but, l'établissement d'un rapport entre:

- **Évolution de la symptomatologie autiste** (utilisant les données de l'analyse clinique et de la CARS – Échelle d'Évaluation de l'Autisme Infantile – Schopler, 1971)
- **Évolution du comportement interactif des mères** (utilisant la P/CSI – Échelle d'Évaluation de l'Engagement des Parents/Prêteurs de Soins – Farran, Kasari, Confort et Jay, 1986)
- **Évolution des comportements d'attachement** (utilisant une procédure laboratorielle inspirée dans la **Situation Étrange** de Mary Ainsworth).

Comme présupposé théorique de cet étude, on a assumé que l'organisation progressive des processus de l'attachement, renforçant la qualité des interactions mère-enfant, pourrait aider l'enfant à développer ses capacités de decoder plus efficacement les signaux du milieu, contribuant à l'organisation de représentations mentaux et de stratégies d'interaction plus adaptées.

En effet, on a trouvé une relation positive entre l'évolution, des trois paramètres, ce qui, ne traduisant pas nécessairement rapports de causalité, ouvre quelques chemins pour le développement de la recherche dans ce domaine et au niveau de l'intervention précoce.

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
INTRODUÇÃO	1

PARTE I O AUTISMO INFANTIL

1. AUTISMO – DEFINIÇÃO / EVOLUÇÃO DO CONCEITO.....	4
2. PREVALÊNCIA E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	7
3. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO – SINTOMATOLOGIA.....	9
4. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS – NAS FRONTEIRAS DO AUTISMO.....	20
5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO – ESCALAS E QUESTIONÁRIOS.....	24
6. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	27
7. ABORDAGENS TERAPÊUTICAS	32
8. EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO	44
9. FACTORES DE RISCO – PREVENÇÃO	46
10. HIPÓTESES ETIOPATOGÉNICAS.....	48
• Perspectiva Genética.....	48
• Perspectiva Neuropsicológica.....	50
• Perspectiva Neurobiológica.....	55
• Perspectiva Psicogénica.....	62
11. LINHAS DE INVESTIGAÇÃO – INTEGRAÇÃO GLOBAL.....	67

PARTE II AUTISMO E PROCESSOS DE VINCULAÇÃO

1. TEORIA DA VINCULAÇÃO	70
1.1. Fundamentos da Teoria de Vinculação.....	70
1.2. Vinculação e Situação Estranha.....	75
1.3. Vinculação e Desenvolvimento	78
1.4. Vinculação e Interação.....	82

	<i>Pág.</i>
2. AUTISMO E VINCULAÇÃO.....	86
2.1. Evolução do Conceito.....	86
2.2. Diferentes Contributos.....	87
3. ESTUDO EXPLORATÓRIO – RELAÇÃO ENTRE A EVOLUÇÃO CLÍNICA E A ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO EM CRIANÇAS AUTISTAS.....	90
3.1. INTRODUÇÃO.....	90
• Estratégia Global de Intervenção	92
3.2. MÉTODO.....	99
3.2.1. Recrutamento da Amostra	99
3.2.2. Sujeitos.....	99
3.2.3. Descrição dos Procedimentos.....	104
• Procedimento Geral.....	104
• Procedimento Específico	106
3.2.4. Descrição dos Instrumentos.....	108
– CARS.....	108
– Sistema de Avaliação (Ainsworth) aplicado ao procedi- mento laboratorial utilizado.....	113
– Escala P/CSI.....	115
– Unidades de Análise.....	117
3.3. RESULTADOS.....	118
• Evolução Clínica (Sintomatologia Autista)	119
• Comportamento Interactivo	120
• Comportamentos de Vinculação.....	123
3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	125
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS	132
ANEXOS	141
– Escalas e Instrumentos de Avaliação	
– Descrição dos Resultados Individualizados	

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento é um processo dinâmico multideterminado por vários factores e analisáveis a diferentes níveis (genético, psicológico, comportamental, psicológico e ambiental) que contribuem de forma transaccional para o desenvolvimento do indivíduo, numa perspectiva de integração holística (Cicchetti e Schneider-Rosen, 1986; Sameroff e Chandler, 1975; Magnusson, 1992).

Muito antes de saber falar a criança começa a organizar uma rede de sinais, emoções, afectos e comportamentos que permitem e resultam da interacção com a mãe, favorecendo o desenvolvimento da vinculação como matriz do seu próprio desenvolvimento.

Bowlby (1969) fundamentou a importância da vinculação para o desenvolvimento, enfatizando a sua origem na interacção diádica. Destas transacções afectivas resultaria a internalização progressiva de modelos internos de funcionamento que estariam na base do desenvolvimento global e da emergência do sentido do self.

Ao estudar o desenvolvimento de crianças autistas não podemos deixar de nos questionar sobre o papel da interacção e da vinculação nesse desenvolvimento uma vez que o défice básico nesta patologia incide na capacidade relacional.

À luz da perspectiva organizacional, é possível considerar a hipótese de que a disfunção (de provável origem desenvolvimental), existente no Autismo, origina um défice nas capacidades necessárias ao desenvolvimento das representações mentais dos afectos, perturbando a organização dos processos de vinculação e interacção o que, por sua vez, poderá agravar ainda mais o défice inicial.

A incapacidade de descodificar, representar e categorizar os sinais do meio, nomeadamente a nível da expressão dos afectos, leva provavelmente à desorganização do Mundo Interno e origina um desajuste relacional com o Mundo Externo como se houvesse uma barreira invisível entre os dois Mundos.

É como se a criança Autista estivesse rodeada por «Muros de Vidro» que não lhe permitem entrar em contacto com aquilo que os seus olhos observam «sem ver o essencial»...

É com base nestes pressupostos que desenvolvemos a presente tese de dissertação que será dividida em duas partes:

- ⇒ A primeira parte, denominada «**Autismo Infantil**» procura fazer uma revisão global sobre a evolução do conceito, características clínicas e critérios de diagnóstico, aspectos relativos à evolução, tratamento e prognóstico, abordando diferentes perspectivas etiopatogénicas e linhas de investigação sobre o tema.
- ⇒ A segunda parte, intitulada «**Autismo e Processos de Vinculação**» engloba quatro capítulos. No primeiro capítulo desenvolvem-se os fundamentos da «*Teoria da Vinculação*», sua contribuição para o desenvolvimento infantil e aspectos relativos ao papel da interacção na organização da vinculação. No segundo capítulo aborda-se a relação entre «*Autismo e Vinculação*», apresentando-se vários estudos empíricos sobre o tema. No terceiro capítulo apresenta-se um *Estudo Exploratório* baseado nos pressupostos teóricos descritos que procura avaliar a relação entre a organização dos comportamentos de vinculação, interacção e evolução clínica em crianças autistas. No quarto capítulo tecem-se algumas *considerações finais* com base nos resultados apresentados, sugerindo o desenvolvimento de futuras linhas de investigação e possibilidades a nível da intervenção precoce.

PARTE I

O AUTISMO INFANTIL

«O essencial é invisível aos olhos»

Saint-Exupéry
(In o «Príncipezinho»)

1. AUTISMO

• DEFINIÇÃO / EVOLUÇÃO DO CONCEITO

O Autismo Infantil é uma categoria nosográfica que foi identificada por Kanner, em 1943, tendo constituído um marco importante na História da Psiquiatria.

Kanner descrevia o Autismo como uma **perturbação primária e específica**, caracterizada pela sua precocidade e evolução, tendo como principal característica a **«incapacidade inata da criança constituir biologicamente uma relação afectiva normal com os outros»**.

Até então crianças com características particulares do comportamento tinham sido descritas sob as mais variadas entidades nosológicas. Em 1899 Kraepelin descreveu a «demência precoce» e em 1907 Sancte de Sanctis referia-se à «Demência Precocíssima» a partir do estudo de uma menina de 3 anos que apresentava apatia, negativismo e estereotipias após choque emocional violento. Heller, em 1908, introduz o conceito de «psicose desintegrativa» com critérios de diagnóstico pouco precisos, incluindo provavelmente casos de encefalopatias degenerativas (ex: dislipoidoses). Bleuler, em 1911 incluiu a Demência Precoce no grupo de «esquizofrenias infantis», considerando essencial «a perda de contacto com a realidade», ideia enfatizada posteriormente por Heuyer (Congresso de Zurich, 1957) que não encontrou distinção entre estes diagnósticos e o Autismo de Kanner.

Kanner (1943) sugeria que o Autismo poderia ter uma origem genética e insistia na necessidade de distingui-lo do Diagnóstico de Esquizofrenia que se aplicava aos casos de início mais tardio com uma desestruturação progressiva de personalidade após uma fase de desenvolvimento relativamente normal.

Em França, nos anos 50, o conceito de Psicose precoce englobou o diagnóstico do Autismo. Para os autores da Escola Psicanalítica o Autismo resultaria de uma perturbação da relação objectal precoce (Lebovici, 1960).

M. Mahler (1959) enfatiza a importância das interacções mãe-criança na génese da psicose infantil: a criança ou não seria capaz de estabelecer uma relação simbiótica com a mãe (o que corresponderia ao Autismo primário de Kanner) ou não seria capaz de sair naturalmente dessa relação na conquista de autonomia (o que corresponderia ao seu conceito de psicose simbiótica).

Para Winnicott (1953) a psicose aparece no caso de falha na relação da adaptação recíproca entre a mãe e seu bebé o que levaria este a defender-se da angústia através do Autismo (virando-se para si próprio).

Estas hipóteses teóricas, que carecem de verificação inequívoca, aumentaram a confusão de diagnósticos e intervenções, tendo originado fenómenos de culpabilização parental muitas vezes desfavoráveis à evolução terapêutica dos casos.

Outros autores, através de estudos neuropsicológicos e neurobiológicos, tentaram abordagens diferentes, procurando identificar **défices específicos** no Autismo, o que se tem tornado num desafio nas últimas décadas. Neste contexto, a noção de défice perceptivo com perturbação e distorção da capacidade de filtragem ou selecção dos estímulos sociais (Escalona & Ritvo, 1968) foi gradualmente questionada pelo conceito de disfunção cognitiva superior, envolvendo os processos de estruturação da informação semântica. Hermelin e O'Connor (1970) salientam, a propósito, a existência de dificuldades específicas a nível da codificação/sequenciação e abstracção. Ligando a verificação de tais dificuldades ao problema da origem dos défices sociais e afectivos prevalentes nos quadros de Autismo, Weeks e Mobson (1987) observaram que as crianças portadoras do síndrome demonstram, quando comparadas com as dos grupos de controlo, problemas particulares em identificar ~~em~~ as expressões faciais em fotos. Da mesma maneira, Sigman e Mundy (1995) salientam as dificuldades dos autistas na descodificação dos sinais de comunicação não verbal bem como a alteração da sua capacidade para recorrer a eles, nomeadamente na expressão da experiência emocional subjectiva.

Leslie (1987) refere, por sua vez, que o desenvolvimento dos processos cognitivos (no segundo ano de vida) responsáveis pela produção de meta representações (imagens mentais e outras formas implicadas nas actividades de jogo simbólico) estaria comprometido no Autismo o que levaria à dificuldade na elaboração de representações mentais relacionadas com as crenças, os desejos, a imaginação e a compreensão dos estados mentais (do próprio e do outro).

Outros autores (Damasio & Maurier, 1991; Ozonoff, 1991) referem-se às dificuldades na planificação, organização e capacidade de antecipação detectadas nos Autistas, sublinhando o paralelismo entre estes défices e os observados nas situações onde existem lesões no lobo do córtex pré-frontal (falha nas funções executivas do processamento). Numa linha diversa Frith e Happé (1994) enfatizam os problemas no plano da organização gestáltica dos conteúdos perceptivos (mais eficiência na percepção dos elementos separados do contexto) notórios na criança Autista, formulando a hipótese da «Coerência Central Fraca» à luz da qual se justificaria a constatação de um défice global que afecta nomeadamente a dimensão linguística, social e sensório-perceptiva.

Para além destas hipóteses baseadas em estudos neuropsicológicos, a investigação tem vindo a acumular todo um conjunto de dados que suportam a ideia da participação orgânica no «Síndrome Autista», sem contudo ter sido até agora possível definir relações específicas a nível etiológico. Diferentes abordagens destacam, a propósito, a implicação de factores genéticos (e.g. Steffenburg et al., 1989; Bolton et al., 1994; Bayley et al., 1995; Hunt & Dennis, 1987), neurofisiológicos (e.g. Gillberg & Steffenburg, 1987; Courchesne, 1985; Good, 1990), neuroanatómicos (e.g. Courchesne, 1987) e neurobioquímicos (e.g. Cook, 1990), salientados por Bailey et al. (1996) numa revisão sobre o tema.

Esta pluralidade de perspectivas sempre dificultou a identificação precisa do conceito de Autismo e a sua classificação nosológica, impedindo a organização de dados conclusivos quanto a factores etiopatogénicos possíveis.

Os enfoques actuais tendem a considerar o Autismo como um Síndrome comportamental eventualmente relacionado com múltiplas etiologias que originam uma disfunção central comum (Merserschmitt, 1990).

2. PREVALÊNCIA E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Até à última década, o Autismo foi considerado como uma condição rara. Vários estudos apontavam para uma prevalência de 4 para 10.000 crianças Autistas na população em geral (Gilbert et al., 1992). O aparecimento de critérios de diagnóstico com base comportamental na DSM-IV (1994) e a Classificação Internacional de Doenças (1995) permitiu, no entanto, a identificação de maior percentagem de crianças adultas afectadas embora com quadros clínicos menos severos (Rapin, 1997). O follow-up de 21.610 crianças japonesas desde o nascimento até aos 3 anos levou à detecção de 1,3 crianças Autistas para 1.000 e 0,7 crianças com traços Autistas para 1.000 (Sugiyama et al., 1992). Estes resultados são similares aos encontrados na Suécia (Gillbert et al., 1992) que registam uma prevalência de 2 para 1.000.

Recentes estimativas nos Estados Unidos apontam para 115.000 crianças com Autismo numa população de 57,6 milhões de crianças entre 1 e 15 anos de idade (Rapin, 1997).

A prevalência e os dados epidemiológicos foram compilados por Smaley et al. (1988) a partir de vários estudos realizados na última década em diferentes países (Steffenburg & Gillberg, 1986; Steinhausen et al., 1986; McCarthy et al., 1984; Bohman et al., 1983; Hoshino et al., 1982; Wing et al., 1976; Brask et al., 1972; Treffert et al., 1970; Lotter et al., 1966). Da análise desses trabalhos Smaley (1988) aponta para várias conclusões:

- ❶ A prevalência do Autismo varia entre 0,7/10.000 (Treffert et al., 1970) e 5,6/10.000 (Bohman et al., 1983).
- ❷ A distribuição por sexo masculino/feminino varia de 1,3/1 (McCarthy et al., 1984) e 15,2/1 (Wing et al., 1976).

- ④ A prevalência ao longo dos grupos etários vai de 0,4/10.000, entre os 18 e os 20 anos (Hoshino et al., 1982) a 12,6/10.000, entre os 7 e os 9 anos (Bohman et al., 1983).
- ④ Relativamente à distribuição do QI os resultados variam entre 1% (Wing et al., 1976) e 56% (Steinhausen et al., 1986) com resultados globais superiores a 70.

Muitas destas variações entre os estudos podem ser explicadas pela diferença e falta de precisão nos critérios de diagnóstico, diferentes fontes de informação e dificuldades no regulamento dos casos a longo prazo.

De qualquer forma, de acordo com a maioria dos estudos entende-se o Autismo como uma perturbação pouco frequente, com prevalência entre 2 e 5 para 10.000 (Gillberg et al., 1992) de predomínio evidente no sexo masculino em relação ao feminino (3/1) e associação com Atraso Intelectual ($QI < 70$) em 50 a 66% dos casos (Wing, 1995).

Parece haver também um forte predomínio familiar. De facto, a recorrência nos irmãos está na ordem dos 3% e a taxa de concordância na gemelaridade varia de 64 a 91% nos gémeos monozigóticos e ronda os 9% nos gémeos dizigóticos (Smalley et al., 1988).

3. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Ao longo das últimas décadas têm sido usados vários sistemas de diagnóstico de Autismo:

- Os critérios desenvolvidos por Kanner (1943)
- Outras nove características apontadas por Creak (1961)
- A definição de Rutter (1978)
- A classificação do NSAC (National Society for Autistic Children – 1978 – orientada por Ritvo)
- DSMIII_R (1987) – formulada pela Associação Americana de Psiquiatria
- DSMIV (1994) – formulada pela Associação Americana de Psiquiatria
- CID 10 (1995) – Classificação Internacional de Doenças.

Estes sistemas não estão operacionalizados através de escalas de avaliação quantitativas. Apesar de considerarem critérios clínicos, apresentam entre si algumas diferenças. Não obstante, todos eles (especialmente os três mais recentes) concordam em alguns aspectos básicos:

- 1) Idade precoce de início (< 30 meses)
- 2) Perturbação massiva de interação
- 3) Perturbação a nível da linguagem e funções cognitivas
- 4) Rotinas e comportamentos estereotipados.

Os critérios de Rutter e a DSMIII_R também consideram importante o «interesse particular por objectos e a resistência à mudança». O NSAC salienta as «anomalias nas respostas a estímulos sensoriais». Os critérios de diagnóstico são, inteiramente comportamentais. Actualmente, a DSMIV inclui a perturbação autista dentro das Perturbações Globais do Desenvolvimento para dar a ideia da invasão e distorção do processo de

desenvolvimento envolvendo várias áreas (comunicação, socialização e pensamento) e considera como aspectos fundamentais:

- o défice a nível da capacidade de interacção social, incapacidade qualitativa na comunicação (verbal e não verbal) e na actividade imaginativa com um repertório restrito de interesses e actividades.

Estes **critérios major** podem ou não estar associados a défice intelectual e outras alterações do comportamento ou da afectividade, podendo ocorrer durante a 1ª ou 2ª infância (habitualmente de início precoce ≤ 36 meses).

A CID 10 considera o Autismo como fazendo parte das Perturbações Invasivas do Desenvolvimento (tal como o Síndrome de Asperger e o Síndrome de Rett) não havendo diferenças significativas nos critérios de diagnóstico relativamente à DSMIV (apresentada em anexo) e aos critérios de Rutter (1978) registados no quadro seguinte:

Quadro 1: Critérios de Diagnóstico do Autismo Infantil (Rutter, 1978)	
Adaptado de Digby Tantam, 1991	
1.	Início antes dos 30 meses
2.	Uma forma particular de desenvolvimento social diferente ou afastada dos padrões normais
3.	Uma forma particular de desenvolvimento da linguagem diferente ou afastada dos padrões normais
4.	Rotinas e comportamentos estereotipados

Quadro 2

Crítérios de diagnóstico para F84.0 Perturbação Autística {299.00}

A. Um total de seis (ou mais) itens de (1) (2) e (3), com pelo menos dois de (1), e um de (2) e de (3).

(1) défice qualitativo na interacção social, manifestado pelo menos por duas das seguintes características:

- (a) acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como, contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interacção social.
- (b) incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento.
- (c) ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectivos (por exemplo, não mostrar, trazer ou indicar objectos de interesse).

(2) défices qualitativos na comunicação, manifestados pelo menos por uma das seguintes características:

- (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhada de tentativas para compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica)
- (b) nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros.
- (c) uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.
- (d) ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.

(3) padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:

- (a) preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no seu objectivo.
- (b) adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais
- (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo).
- (d) preocupação persistente com partes de objectos.

B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interacção social, (2) linguagem usada na comunicação social, (3) jogo simbólico ou imaginativo.

C. A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.

(Quadro II: Critérios para o diagnóstico do autismo do DSM IV)

> ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO/SINTOMATOLOGIA

1 – IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS

Tanto na DSMIII como na Cid-9 se considerava que a sintomatologia deveria surgir antes dos 30 meses. Este limite, puramente convencional, não tornava claro se os sintomas tinham de ser evidentes antes dessa idade ou se a perturbação se iniciaria precocemente. Além disso, o critério em causa dificultava a classificação de crianças com desenvolvimento normal até depois dos 30 meses e que, posteriormente, apresentavam o síndrome. Tendo em conta estes aspectos a DSMIII_R e a DSMIV já não consideram este limite, referindo-se ao início habitualmente antes dos 36 meses, embora admitam que o síndrome possa ter, raramente, um aparecimento mais tardio (entre os 3 e 12 anos). Rutter (1978) salienta que uma das questões a investigar seria a pro-cura de eventuais diferenças na evolução e na etiologia do Autismo de início precoce e no que foi precedido por um longo período de desenvolvimento normal. Um estudo efectuado por Folstein e Rutter (1977) com gémeos MZ com diferentes idades de início do Autismo não revelou diferenças significativas quanto às características do síndrome apresentado.

2 – DÉFICE NA INTERACÇÃO SOCIAL

A dificuldade em responder de forma normal, adaptativa e recíproca, às interacções sociais é uma das características mais marcantes do síndrome.

Rutter (1978) chama, no entanto, a atenção para a necessidade de definir este défice em função da idade mental da criança.

Kanner (1943) foi buscar o termo «Autismo» que tinha sido utilizado por Bleuler para descrever o ensimesmamento dos pacientes esquizofrénicos. A utilização do mesmo termo conduziu a alguma confusão de diagnóstico considerando-se durante muito tempo o Autismo como uma forma precoce de esquizofrenia.

Vários estudos têm sido efectuados para avaliar este tipo de défice na inter-acção social e que se torna evidente na dificuldade em apreciar e responder a expressões emocionais de forma adaptada ao contexto e na falta de reciprocidade sócio-emocional. Estas dificuldades podem notar-se através de sinais diversos, salientados por Rutter (1978):

- dificuldade no contacto visual e na regulação das expressões faciais, gestos e posturas, na interacção;
- raramente procuram afecto e conforto nos outros;
- raramente iniciam jogo ou interacção com outros;
- raramente procuram confortar ou cumprimentar os outros;
- dificuldade em fazer amizades, partilhar interesses, actividades ou emoções.

A criança autista pode evidenciar estas dificuldades muito precocemente na sua interacção com a figura de vinculação (ausência de diálogo tónico, interacção com o olhar, ausência de sorriso e de outros sinais de apego) embora muitas vezes não sejam logo valorizadas estas manifestações. Estes comportamentos podem modificar-se ao longo do tempo mas persistem habitualmente na 2ª infância, com tendência para o isolamento e inadequação nas relações sociais e no conteúdo das emoções, dificuldade nos comportamentos de imitação, no jogo simbólico e na partilha dos afectos.

Embora inicialmente se pensasse que não apresentavam reacções de vinculação (Cohen, 1987; Rutter, 1978,) tem vindo a ser demonstrado por diversos estudos que a criança autista evidencia sinais de apego mas com um padrão de vinculação habitualmente diferente do habitual (Rogers, Ozonoff & Maslin Cole, 1991; Shapiro, Sherman, Calamari & Koch, 1987; Sigman & Mundy, 1989).

No que respeita aos contactos sociais Wing et al. (1997) divide os autistas em 3 grupos:

- 1 – As crianças isoladas, sem contacto com os outros.
- 2 – As crianças passivas, mais reactivas mas apenas quando activamente solicitadas.

- 3 – Activas mas estranhas, iniciando inter-acções, no entanto, de forma inadequada.

3 – PERTURBAÇÃO DA COMUNICAÇÃO E DA LINGUAGEM

São frequentes as dificuldades na aquisição de linguagem expressiva e receptiva com vários desvios no processo de comunicação, verbal e não verbal, especialmente no uso social de linguagem. Há habitualmente ausência de reciprocidade, flexibilidade e sincronia no discurso, quando presente, falta de criatividade e de responsividade, ausência de iniciativa e de adequação ao contexto (Rapin 1991). A maioria das crianças começa a falar tarde, com pouca intencionalidade comunicativa, sendo frequente a ecolália, imediata ou retardada, mistura com frases repetidas e estereotipadas (anúncios de TV, expressões ou sons) uso de calão particular, com entoações bizarras e não adequadas ao contexto ou com rigidez do discurso, demasiado concreto ou repetitivo, sem criatividade. Rutter (1978) salienta como características principais:

- Atraso ou ausência de linguagem, não compensada pelo uso de mímica ou gestos e habitualmente não precedida de sinais pré-verbais (balbuceio/lalação).
- Dificuldade em responder à comunicação dos outros, inclusivé não reagindo quando se chama o seu nome.
- Dificuldade em iniciar ou terminar a conversação.
- Linguagem repetitiva ou estereotipada, sem imaginação.
- Inversão de pronomes (uso preferencial da 3ª pessoa).
- Uso ideossincrático das palavras.
- Anomalias no conteúdo, fluxo, ritmo, forma e tonalidade.

As perturbações de linguagem podem notar-se muito precocemente, no período pré-linguístico, a nível de relação interpessoal, com incapacidade de imitar sons e ausência de reciprocidade. Esta dificuldade, como afirma Messerschmitt (1990), pode impedir o

Autista de adquirir as regras linguísticas subjectivas que levam à compreensão e regulação da linguagem e poderá estar ligada à perturbação do desenvolvimento da «função simbólica» (no sentido Piagetiano).

A expressão da perturbação linguística é muito variável entre as crianças autistas, podendo algumas nunca adquirir a linguagem, o que se tem revelado factor de mau prognóstico.

As alterações podem notar-se a nível fonético, sintáctico, semântico ou pragmático, sendo comuns a ausência de fantasia, de intencionalidade e de reciprocidade na comunicação, com limitação no uso social da linguagem.

A comunicação não verbal também está seriamente afectada nos Autistas, raramente utilizando gestos ou mímica para se fazerem entender. Em vez de apontar ou manifestar o que deseja, a criança Autista leva o adulto pela mão como se fosse um prolongamento de si próprio para alcançar o objecto pretendido, tolerando mal a não satisfação do desejo.

O jogo simbólico, capacidade de imitar e imaginar também está seriamente comprometido no Autista, incluindo-se esta dificuldade no capítulo de Perturbações da Comunicação, de acordo com a DSMIII_R e DSMIV.

No que respeita à capacidade de leitura e compreensão da linguagem escrita, ela raramente é atingida a não ser pelos autistas de nível intelectual mais elevado. Pode haver casos, no entanto, de hiperlexia (por vezes sem compreensão do significado) e que podem estar relacionados com a repetição estereotipada e restrita de interesses, analisada na secção seguinte.

4 – RESTRIÇÃO E REPETIÇÃO DE ACTIVIDADES E INTERESSES

A origem desta característica permanece obscura, reflectindo, provavelmente em parte, a falta de criatividade destas crianças (Rutter, 1978). O autor citado salienta algumas características mais usuais:

- Preocupação excessiva por interesses restritos e estereotipados.
- Apego pouco habitual a certos objectos ou parte deles.
- Rituais compulsivos.
- Maneirismos estereotipados e repetitivos (ex: abanar as mãos, andar em círculos, abanar a cabeça, balanço do tronco, movimentos com os dedos, etc.).
- Dificuldade em tolerar as mudanças nas rotinas e actividades, podendo ter explosões de raiva e descontrolo emocional perante a frustração.

As crianças autistas brincam com os objectos de forma pouco usual e pouco criativa, com tendência para a manipulação, preocupação com os detalhes, classificação seriada ou repetição estereotipada de movimentos (giratórios por exemplo), de sons, etc.

5 – OUTRAS CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMENTAIS

O Síndrome Autista atinge quase todas as funções psicológicas. As respectivas manifestações ou sintomas devem ser abordadas a partir do nosso conhecimento relativo ao desenvolvimento, organização e interpretação dessas funções. Podem então surgir perturbações a nível motor, sensorial, perceptivo, linguístico, cognitivo, etc.

I – Anomalias nas Reacções Sensoriais

É frequente que as crianças Autistas apresentem reacções anormais aos estímulos sensoriais:

- Atraso no aparecimento de reacções aos estímulos sensoriais, muitas vezes confundido com défice sensorial ou «alheamento».
- Atraso ou anomalias nos movimentos de seguimento ocular, com «desvio do olhar» e utilização preferencial da visão periférica.

- Interesse e concentração de pequena duração, não fazendo esforços para procurar os objectos que deixam de estar ao alcance dos seus órgãos sensoriais.
- Persistência de interesse particular pelos movimentos das mãos para além dos 6 meses de idade, transformando-se frequentemente em movimentos estereotipados.
- Fascínio por objectos com movimentos de rotação, deslocando-se por vezes à volta desses objectos rotativos olhando-os lateralmente (retina periférica).
- Fascínio por outros estímulos sensoriais particulares e por pequenos detalhes (luzes, padrões de tecidos, etc.) em detrimento da resposta à configuração global.
- Tentativa de auto-estimulação visual (aproximação excessiva dos objectos dos olhos, compressão dos globos oculares, etc.).
- Atraso ou inconsistência de resposta aos estímulos sonoros (pseudo-surdez), por vezes com respostas bizarras ou interesse por certos sons.
- Hiper-sensibilidade a certos estímulos, recusando tocar em algumas texturas ou materiais ou demonstrando aptência por certas sensações (cheirando objectos, levando objectos à boca, etc.).
- Ausência de resposta a alguns estímulos (ex: dor, calor, frio).
- Reacções excessivas às alterações das características habituais do meio ambiente.

II – Anomalias a Nível da Motricidade

- Perturbações do tónus muscular (hipo ou hipertonia).
- Embora não seja habitual um atraso na motricidade global, é frequente um atraso na motricidade fina, coordenação e lateralização.
- Dificuldades alimentares precoces (ex: dificuldade na sucção, regurgitação, mericismo), sendo frequente um atraso na aquisição da mastigação, recusando

alimentos sólidos ou apresentando certas bizarrias alimentares (aceitando apenas determinados alimentos).

- Bruxismo, mesmo em vigília.
- Tendência para continuar a levar objectos à boca mesmo após os 12 meses.
- Hiper ou hipo-actividade em excesso.
- Anomalias na postura e estereotipias motoras: balanceio, saltitar, flexões bruscas do tronco, agitação rítmica dos braços ou mãos, contracturas, marcha na ponta dos pés, etc.
- Procura de auto-estimulação, chegando mesmo à auto-agressão, principalmente quando associada a atraso mental.

III – Anomalias a Nível Cognitivo

Sabe-se que os perfis de desenvolvimento das capacidades específicas são variáveis nas crianças autistas. Observa-se por vezes dissociação do funcionamento psicológico, dando picos mais elevados em determinadas capacidades, por vezes com resultados muito acima da média (ex: hiperlexia, hipercalculia, talento especial para desenho, música, retenção mnésica). Atendendo às características das crianças autistas (dificuldade na interacção, comunicação e simbolização) entende-se a dificuldade na avaliação das suas capacidades intelectuais em termos do QI, o que tem suscitado alguma polémica. Kanner (1943) descrevia estas crianças como intestáveis mas potencialmente inteligentes. Nos anos 70 vários autores começaram a apresentar resultados que apontavam para a maior frequência de atraso mental entre os autistas, apenas 30% com QI > 70 (Wing, 1995). Sabemos, no entanto, como a inteligência depende de inúmeros factores e como os testes de QI podem ser falíveis, nomeadamente os que referem competências a nível verbal ou de capacidade de simbolização, deficitárias em crianças autistas. Alguns trabalhos comprovam que autistas na idade pré-escolar, antes de adquirirem a linguagem, apresentavam resultados baixos no QI que normalizavam após a aquisição da linguagem (Rapin, 1997).

A maioria dos autores concorda, no entanto, que o QI verbal é um bom indicador em termos de prognóstico quanto à hipótese de escolarização e socialização.

Vários estudos recentes têm revelado que os défices cognitivos no autismo envolvem essencialmente a linguagem, a capacidade de sequenciação, abstracção e codificação (Dawson 1983; Rutter 1993). Outros estudos afastam a hipótese de associação particular com défice na discriminação perceptiva ou visuo-espacial (Ferrari 1983; Spiker & Ricks 1984) e confirmam a hipótese de défice na capacidade de discriminar as emoções dos outros (Hobson 1985) e o seu estado mental (Baron-Cohen 1985).

Conclui-se então que a constelação de sintomas no autismo terá de ser abordada segundo várias perspectivas:

- a **nível desenvolvimental** (estudando a génese e manifestação dos sintomas e suas mudanças qualitativas e quantitativas ao longo da vida);
- a **nível cognitivo** (tentando estudar os esquemas, regras e estruturas profundas subjacentes aos comportamentos autísticos);
- a **nível neuro-psiquiátrico** (estudando a especificidade da perturbação mental, integrada na sua conjuntura somática e psico-social).

4. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

• NAS FRONTEIRAS DO AUTISMO

Existem algumas áreas de controvérsia no que respeita às fronteiras do autismo como entidade diagnóstica válida quando nos debruçamos sobre alguns síndromes «com traços autistas»:

- 1) Síndrome tipo autístico em crianças com atraso severo.
- 2) Síndrome tipo autístico em indivíduos com inteligência normal.
- 3) Autismo de início tardio após longo período de desenvolvimento normal.
- 4) Perturbações severas e bizarras do comportamento na infância.
- 5) Perturbações severas da linguagem receptiva.

Aparentemente não surge uma separação evidente entre o autismo propriamente e estas entidades uma vez que ainda não se identificou um comportamento ou característica apenas específica e patognomónica do autismo. Há no entanto alguns aspectos que são mais notórios nas crianças autistas (Rutter, 1978):

- Anomalias na apreciação dos estados emocionais.
- Défice cognitivo na abstração do significado (com base nos estudos de Hermelin & O'Connor, 1970).
- Associação preferencial com certos síndromes (mais com a rubéola congénita do que com o Síndrome de Down, por exemplo).
- Associação frequente com convulsões (especialmente ao entrar na adolescência).
- Concordância em gémeos monozigóticos.
- Carga familiar elevada de perturbações na linguagem.

A diferenciação torna-se mais problemática nas crianças com **Atraso Mental Severo**. Wing e Gould (1979), afirmam que cerca de 50% das crianças com atraso moderado e severo mostram a tríade típica do autismo a nível da socialização, linguagem e comportamentos repetitivos.

Outra dificuldade reside na diferenciação com síndromes tipo autista em indivíduos com inteligência normal, o que inclui, para alguns autores, o **Síndrome de Asperger** (Bishop, 1989) e algumas perturbações esquizóides da infância (Chick, Waterhouse & Wolff, 1979).

Tal como originalmente diagnosticado o síndrome de Asperger requer a presença de falta de empatia, desvios na comunicação, interesses intelectuais restritos, sem limitação a nível cognitivo (Scott 1985) e sem eventual atraso da linguagem o que faz pensar que talvez a perturbação da linguagem não seja uma característica indispensável ao síndrome (Rutter & Garmezy, 1983). Permanece a dúvida se esta entidade faz parte ou não do espectro autista (Bishop, 1989).

Outro tipo de situação que dificulta o diagnóstico diferencial é aquele em que surge uma profunda regressão desintegrativa do comportamento após 3 ou 4 anos de desenvolvimento normal. Foi descrito por Heller (1930/69) como «demência infantil ou síndrome de Heller» e que, actualmente, está integrado no termo «**psicose desintegrativa**» (Rutter 1985). Por vezes é antecedido de um período de sintomas vagos, como irritabilidade e hiperactividade, começando, ao fim de poucos meses, a haver regressão de linguagem e das funções cognitivas, da capacidade de socialização e do interesse pelos estímulos externos, podendo desenvolver-se esterotipias e maneirismos (Rutter 1985). Frequentemente associam-se a **perturbações neurológicas degenerativas** (lipoidoses, leucodistrofias e outras encefalopatias). Nas meninas pode identificar-se ainda o **Síndrome de Rett** (perturbação degenerativa com ataxia progressiva) que pode ser confundida com o autismo nos estádios iniciais.

Mais raramente esta regressão no comportamento pode ocorrer após um acontecimento **traumático** (ex: internamento prolongado/abuso sexual/choque emocional) ou **carência afectiva precoce intensa e prolongada** (Spitz, 1946).

Outra área de diagnóstico controversa relaciona-se com aparecimento de perturbação grave no comportamento, linguagem e organização do pensamento, relacionada com um quadro de **Esquizofrenia Infantil**, havendo casos descritos a partir dos 6 anos (Eggers, 1978; Green, 1984). Nestas crianças existem sintomas semelhantes aos da Esquizofrenia no adulto, coincidindo geralmente com antecedentes familiares idênticos.

Distingue-se dos síndromes autistas pela menor incapacidade a nível da socialização, existência de alterações do pensamento, por vezes com delírios ou alucinações, sendo habitual história familiar de esquizofrenia (Cantara, Evans, Pearce, 1982).

Há ainda crianças que, após o diagnóstico de autismo, vieram a apresentar mais tarde um quadro esquizofrénico embora esta seja uma evolução rara (Petty, Ornitz, Michelman & Zimmermen, 1984). Outros quadros **psicóticos** com alterações a nível do pensamento, humor e comportamento que não preenchem os critérios da esquizofrenia infantil podem também levantar algumas dúvidas de diagnóstico embora se distingam habitualmente do autismo pela ausência de défice marcado nas relações sociais.

Uma área de diagnóstico que se confunde por vezes com autismo diz respeito às **perturbações graves de linguagem receptiva** uma vez que estas crianças apresentam frequentemente comportamento tipo autístico (isolamento, estereotipias) embora seja melhor o prognóstico a nível da socialização (Cantwell, 1987). Vários estudos revelam que alguns casos de autismo se associam a carga familiar pesada de perturbações ou atraso de linguagem o que pode apontar para algumas linhas de investigação (August, Stewart & Tsai, 1981; Rolstein & Rutter, 1977).

Os **défices sensoriais**, principalmente a nível auditivo podem inicialmente confundir-se com quadros autistas embora se distingam pela maior facilidade de socialização e comunicação verbal (Cantwell, 1987).

Quadro 3 – DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DO AUTISMO

- Défices sensoriais precoces (**auditivos/visuais**)
d.d. • Sem perturbação a nível da comunicação não verbal.
 - Carências afectivas precoces
d.d. • Melhora com reposição afectiva.
 - Atraso mental
d.d. • Sem défice marcado na socialização
 - Perturbações da linguagem
d.d. • Sem défice marcado na socialização e comunicação não verbal
- | | |
|----------------|--|
| Afasias | Expressiva
Receptiva
Adquirida (S. Landau-Kleffner) – Perda da linguagem com afasia de recepção, alt. no EEG e alt. de comportamento. |
|----------------|--|
- Síndrome Asperger (?)
d.d. • Nível cognitivo e linguístico dentro do normal.
 - Esquizofrenia infantil/quadros psicóticos
d.d. • Carga familiar / sintomatologia produtiva (delírios, alucinações).
 - Perturbação desintegrativa (afecções neurológicas progressivas com encefalopatias):
d.d. • Perda gradual de aquisições, deterioração cerebral, evidência de sinais neurológicos ou alterações metabólicas.

- **Cerolde-lipofuscinose** (doença genética recessiva autossómica que se inicia entre 6-18 meses com regressão psicomotora e comportamentos autísticos havendo descerebração progressiva por substituição neural por cerolde-lipofuscina).
 - **Síndrome de Lesh-Nyhan** (afecção genética ligada ao Crom. X – manifesta-se só nos rapazes, com alteração do metabolismo das purinas com hiperuricemia e aparecimento, ao fim do 1º ano, de atraso postural, auto-agressão e movimentos anormais, défice intelectual).
 - **Fenilcetonúria** (perturbação autossómica recessiva por bloqueio de fenilalanina α hidroxilase com aumento dos produtos tóxicos de fenilalanina, défice intelectual, sinais neurológicos – alt. EEG e traços autistas; detecta-se à nascença com teste de Guthrie).
 - **Adrenoleucodistrofia** (ligado ao cromossoma X – só nos rapazes – perturbação do metabolismo dos ácidos gordos com aumento de ACTH, alterações na comunicação e avaliação, alt. motoras).
 - **Síndrome de Rett** (encefalopatia progressiva – só nas raparigas – com início entre os 6-18 meses, microcefalia, perda do uso das mãos com estereotípias típicas e ataxia progressiva mais alterações EEG).
 - **Esclerose tuberosa** – Perturbação neuro-cutânea, autossómica dominante (cromossomas 9 e 16) com défice intelectual, epilepsia, alterações melínicas na pele e alterações neurológicas. 50% das crianças têm comportamentos autistas (Hunt e Dennis, 1987).
 - Anomalias cromossómicas:
 - **Síndrome X-Frágil** – Perturbação genética a nível do braço longo do cromossoma X (q. 27) sensível à falta de ácido fólico. Associação com autismo em cerca de 2,5-8% dos casos. Presença de sinais faciais característicos (proeminência de mandíbula e pavilhões auriculares, défice intelectual e alterações de comportamento).
d.d. • não há défice marcado na interacção, nota-se mais ansiedade social.
 - Epilepsias:
 - **Síndrome de Lennox-Gastaut** – Alterações electroencefalográficas abundantes e difusas, crises atípicas, regressão comportamental com traços autistas marcados.

Nota: *d.d.* = características que permitem o diagnóstico diferencial.

5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

As definições de Autismo apoiam-se essencialmente sobre a observação do comportamento e do desenvolvimento, não havendo indicadores laboratoriais objectivos e critérios patognomónicos. É consensual estabelecer que o Autismo engloba:

- Perturbações de comunicação verbal e não verbal.
- Perturbação marcada de socialização.
- Comportamentos, interesses e actividades restritos.

Vários dados de investigação foram incorporados nos diferentes sistemas de classificação que foram surgindo, embora não haja ainda nenhum que seja suficientemente satisfatório.

Ao longo do tempo tem havido modificação no realce dos factores associados ao autismo. Começou por dar-se importância aos factores constitucionais, depois os trabalhos psicanalíticos realçaram o papel de interacção e, actualmente os factores somáticos adquiriram maior relevância, permanecendo obscura a relação de causalidade. De qualquer forma, como diz Messerschmitt (1990) não deixa de ser importante a análise dos factores ambientais e psico-sociais para avaliar a disfunção social no autismo e definir métodos e objectivos de intervenção, não devendo confundir-se «influência» destes factores com «causalidade». Um estudo realizado por Lelord (1989) numa população de 202 crianças autistas permitiram detectar correlação significativa entre o Síndrome Autístico, cognitivo, neurológico e perturbação da linguagem, mantendo-se independência em relação ao «Síndrome Ambiental» (factores sociais).

Registam-se vários progressos no domínio clínico, que vêm permitindo a construção de instrumentos (questionários e escalas) adequados ao estabelecimento do diagnóstico e à avaliação da evolução. Entre eles destacamos:

- **BRIACC** (Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children).
Desenvolvido por Rutter em 1966. Consiste em 8 escalas quantitativas que

avaliam: a relação com o adulto, a comunicação, autonomia, expressão verbal, percepção e compreensão de sons e linguagem, socialização, motricidade e desenvolvimento bio-psicológico. Procura definir os níveis de sequência de comportamento numa trajectória evolutiva.

- **BOS** (Behavior Observation Scale). Desenvolvida por Freenan (1978) compreende 67 itens, de acordo com as etapas do desenvolvimento, baseados na observação da criança através de um espelho ou video.
- **ASIEP** (Autism Screening Instrument for Education Planning). Desenvolvido por Krug (1979). Este instrumento e a **E2** de Rimland permitiram a elaboração de uma lista de comportamentos.
- **ABC** (Autism Behavior Checklist). Consiste em 57 comportamentos repartidos em 5 domínios (sensorial, relacional, uso do corpo e dos objectos, linguagem e socialização). É utilizada para diagnosticar e quantificar o Síndrome Autista.
- Está em estudo a **CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers) para identificar o síndrome em crianças com 18 meses de idade (Baroh-Cohen, 1992).
- **ERC-A** (Escala de Avaliação Resumida de Comportamento Autista). Foi construída desde 1975 por vários Autores (Laffart, 1975; Martineau, 1980) procurando seleccionar variáveis clínicas e electrofisiológicas, que permitam traçar um perfil comportamental e evolutivo com o objectivo de acompanhar a evolução terapêutica. Os itens de avaliação (inspirados na DSMIII) referem-se a 7 domínios do comportamento:
 - Retraimento autístico.
 - Perturbação de comunicação verbal e não verbal.
 - Reacções bizarras ao ambiente.
 - Perturbação de motricidade.
 - Reacções afectivas inadequadas.
 - Perturbação das funções instintivas.
 - Perturbação de atenção e percepção.

- **CARS** (Childhood Autism Rating Scale). Escala de Avaliação do autismo infantil. É uma escala com 15 itens, desenvolvida em 1971 por Schopler e Reichler para identificar crianças com autismo, através de critérios objectivos de diagnóstico que permitissem também avaliar o grau de severidade:

I. Relação com as pessoas	XI. Comunicação verbal
II. Imitação	XII. Comunicação não verbal
III. Resposta emocional	XIII. Nível de actividades
IV. Movimentos do corpo	XIV. Nível e consistência da resposta intelectual
V. Utilização de objectos	XV. Impressão global
VI. Adaptação à mudança	XVI. Avaliação de Escala
VII. Resposta visual	
VIII. Resposta auditiva	
IX. Resposta ao paladar, cheiro e tacto	(cada item é pontuado de 1 a 4, havendo autismo apenas quando o total é ≥ 30).
X. Medo ou ansiedade	

Num trabalho de investigação publicado por Schopler e seus colaboradores (Schopler et al., 1992), constatou-se que a CARS e os critérios clínicos diagnosticavam um maior número de casos de Autismo do que os critérios da DSM-III-R.

Outro estudo efectuado por Eaves e Milner (1993) junto de 77 crianças autistas comparando a CARS e a ABC, refere para a 1ª escala um coeficiente de validade de 0.67.

Constatou-se que a CARS identificou correctamente 98% de crianças autistas e 69% dos possíveis autistas como possuindo realmente o diagnóstico, apontando para bons índices de sensibilidade, consistência interna e fidelidade (Sevin et al., 1992).

6. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

INTRODUÇÃO

O estudo biológico do Autismo tem por objectivo a pesquisa de eventuais alterações orgânicas que sejam comprovativas ou causadoras do Quadro Clínico. Poderá encontrar-se uma alteração bioquímica, electrofisiológica, metabólica ou neuro-anatómica relacionada directa ou indirectamente com o diagnóstico.

A dificuldade de interpretação dos resultados reside no facto de não existir apenas um síndrome Autista mas sim várias entidades com etiologias diversas que resultam numa disfunção comum. Atendendo às várias concepções etiológicas apresentadas parece lícito propôr um conjunto de exames complementares básicos que, no entanto, não dispensam nem substituem um exame clínico completo e consciente. Deverá, em qualquer dos casos, ter-se em conta o balanço custo/benefício do ponto de vista clínico e económico, considerando quais as vantagens e riscos da realização de cada exame para o doente, respeitando a sua individualidade e os aspectos éticos e psicológicos envolventes.

Toda a investigação complementar deverá ter por base uma investigação médica global pesquisando eventuais patologias orgânicas associadas o que poderá ter importantes repercussões a nível terapêutico. O quadro seguinte identifica algumas das condições que podem associar-se a síndromes Autistas:

• Doenças Infecciosas	Pré-natais	Rubéola congénita Citomegalovírus Toxoplasmose Sífilis
	Pós-natais	Encefalopatia herpética

• Alterações Metabólicas	Ceroide-lipofuscinose
	Fenilcetonúria
	Perturbação das purinas
	Acidose láctica
	Perturbação do metabolismo do cálcio/magnésio
	Adrenoleucodistrofia
• Doenças Neurológicas	Facomatoses (esclerose tuberosa de Bourneville)
	Hidrocefalia
	Doença de San Fillipo
	Síndrome de Rett
	Epilepsias (Síndrome de West e Síndrome de Lennox-Gastaut)
• Anomalias Cromossómicas	Síndrome de X Frágil
	Outras cromossomopatias

1 – Explorações bioquímicas: *(interesse diagnóstico ou terapêutico)*

- Doseamento de serotonina ou 5-HT (S-Hidroxitriptamina)
(Parece haver elevação sanguínea em 30 a 55% de crianças autistas embora não seja específico do quadro). Pode eventualmente ter implicações na terapêutica (ex: com Fenfluramina).
- Doseamento de Dopamina
(A interpretação dos resultados é controversa sabendo-se que é frequente o aumento do HVA urinário – metabolito de Dopamina – podendo haver interacção com a Serotonina).
- Doseamento das Catecolaminas
(É frequente um aumento da Adrenalina e Noradrenalina nas crianças autistas embora não seja específico do síndrome).

- Alteração do cálcio e magnésio (foi detectada em alguns autistas – por Mary Coleman – 1986) com implicações terapêuticas.
- Doseamento do ácido fólico e de outras vitaminas que são co-enzimas para inúmeros neurotransmissores (ex: vit. B6) o que poderá ter implicações terapêuticas.
- Estudo dos ácidos aminados (para despiste de fenilcetonúria)
- Estudo do metabolismo das purinas (para despiste de síndrome de Lesch Nyahn) – Teste de Bratton-Marshall.
- Estudo endócrino e imunitário (tem havido evidência de diminuição de imunidade celular nas crianças autistas e associação com hipotireoidismo, em alguns casos) – interesse terapêutico.
- Serologias víricas (despiste de rubéola congénita).
- Mucopolissacarídeos urinários (interesse para diagnóstico diferencial).

2 – Explorações Funcionais

Ⓐ **Electrofisiologia cerebral** (*interesse diagnóstico e terapêutico*)

Permite estudar a actividade cerebral espontânea mas também a resposta eléctrica cerebral em situação de estimulação:

- EEG (electroencefalograma).

A maioria dos autores refere frequente associação de anomalias no EEG (13 a 83%) nas crianças autistas, apontando-se para o desenvolvimento posterior de epilepsia em 30 a 50% dos casos.

Podem apresentar-se 2 situações clínicas:

- Criança autista com anomalias específicas no EEG (tipo ausência: pontas, polipontas ou ponta-onda) pondo-se o problema da terapêutica adequada, mesmo sem crises clínicas.

Têm sido frequentes os achados de alterações no EEG durante o sono (ESES – electrical status epilepticus during slow wave sleep) associados

a perturbação autista com regressão na linguagem, sensível à terapêutica anti-epiléptica (Rapin, 1995).

- Criança autista com síndrome epiléptico evidente com crises clínicas, o que obriga a terapêutica correspondente.

– **Potenciais evocados** (*interesse diagnóstico*)

São respostas corticais eléctricas a estimulações sensoriais:

- **Potenciais evocados auditivos do tronco cerebral (PEA-TC):** de realização simples. Exploram a capacidade funcional do nervo auditivo. Permitem verificar a integridade da audição periférica e despistar uma surdez ou mesmo uma ligeira hipoacusia (com implicações terapêuticas).
- Os potenciais evocados permitem fazer um estudo de **condicionamento** por associação de estímulos auditivos e visuais. Os potenciais evocados corticais nos autistas demonstram frequentemente alterações na amplitude, grande variabilidade e perturbação no condicionamento e associação dos estímulos (som e luz) com dificuldade em integração e resposta aos mesmos (confirma a hipótese de défice na integração sensorial e dificuldade na capacidade de antecipação).

Ⓑ **Explorações neuro-radiológicas** (*interesse diagnóstico*)

- **Rx crânio** (radiografia) – (pode despistar existência de calcificações sugestivas de citomegalovírus por exemplo).
- **TAC cerebral** (tomodensitometria) – (tem revelado anomalias inespecíficas como alargamento ventricular, etc.).
- **RM** (ressonância magnética nuclear) – (tem sido descrita atrofia a nível do verme cerebeloso e alterações a nível do lobo temporal).

© Exploração da vascularização cerebral

- Doppler transcraniano
 - Inalação de Xenon 133
- > (*interesse na investigação*)

© Estudo do metabolismo cerebral (*interesse na investigação*)

O PET-SCAN (tomografia por emissão de positrões) permite estudar o metabolismo cerebral de um produto marcado por radioisótopo de vida curta. É um exame complexo e caro, apenas com interesse na **investigação**. Tem demonstrado anomalias de fixação regional em certas zonas cerebrais (frontais, occipitais e temporais).

3 – Cariótipo (*interesse diagnóstico*)

Embora não se tenha detectado nenhuma anomalia cromossómica específica sabe-se que há casos de autismo associados a cromossomopatias.

O mais frequente é a associação com síndromes X frágil o que pode justificar o pedido de cariótipo e pesquisa de fragilidade no cromossoma X. O exame atento da morfologia, presença de história familiar e obstétrica compatíveis com presença de carga genética patológica reforça a necessidade de cariótipo e estudo genético.

Em **conclusão**, o diagnóstico do autismo assenta essencialmente em observações clínicas, podendo ser ponderado o estudo complementar mais aprofundado de acordo com os dados disponíveis em cada caso, hipóteses de diagnóstico e implicações terapêuticas futuras, tendo em conta os aspectos éticos e o balanço custo-benefício para o doente.

7. ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

INTRODUÇÃO

Apesar das várias linhas de investigação nesta área ainda não se identificou, até à data, uma terapêutica médica comprobativamente eficaz para o Síndrome Autista.

Poderá levantar-se a questão de fundo subjacente a qualquer acto médico: Será possível tratar a doença quando não se conhece a causa? Se assumirmos o princípio médico de que qualquer terapêutica deverá ter como base um diagnóstico etiológico determinado ficaremos desde logo limitados no que respeita ao Autismo. Não podemos, no entanto, minimizar as vantagens das terapêuticas sintomáticas que, reduzindo a intensidade das perturbações comportamentais, poderão traduzir-se numa melhoria clínica global com benefícios para a integração social e familiar.

Por outro lado, a História da Medicina e da Vida tem-nos ensinado como o factor subjectivo inerente à condição Humana pode alterar os resultados das terapias tendo em conta os aspectos relacionais do «Indivíduo e da sua circunstância» (Ortega e Gasset).

Numa perspectiva transaccional e ecológica (Bronfenbrenner, 1986) não se podem ignorar as repercussões terapêuticas resultantes das interacções e dos sistemas envolventes da criança Autista que vão influenciar a sua evolução. As capacidades, recursos e expectativas da família e do meio, assim como a precocidade, estruturação e duração da intervenção podem também ser determinantes.

Dentro das **abordagens farmacológicas** podem identificar-se terapias ditas **específicas** (dirigidas a etiologias determinadas que podem associar-se ao Síndrome Autista) e as terapias **não específicas** (visando a redução dos sintomas e a integração adaptativa).

Atendendo ao facto de existir no Autismo uma perturbação a nível da capacidade relacional não poderão deixar de se considerar as **terapias não farmacológicas**, nomeadamente as abordagens **psicoterapêuticas** e **psicopedagógicas** que visam a reestruturação relacional e a integração sócio-familiar, respectivamente.

I – TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

1 – Tratamentos Específicos

Para Coleman e Gillberg (1986) quando existe uma avaliação diagnóstica completa é possível detectar alguns factores patogénicos associados em cerca de 50% dos Quadros Autistas, apontando para a possibilidade de terapias dirigidas e específicas embora não curativas (ex: perturbações metabólicas).

A – DISTÚRBIOS METABÓLICOS

a) Metabolismos dos Ácidos Aminados (doseamento de Fenilalanina)

Ex: Fenilcetonúria (bloqueio de fenilalanina α -hidroxilase) → O tratamento é preventivo à base de regime pobre em Fenilalanina até aos 12 A.

b) Metabolismo das Purinas (doseamento de Ác. úrico na urina)

Ex: Síndrome de Lesch-Nyhan (hiperuricemia congénita) → O tratamento consiste num regime restrito em purinas + Alopurinol.

c) Metabolismo de Glúcidos (doseamento de Ac. Láctico)

Ex: Acidose láctica (associada em 1 a 2% de Quadros Autistas) → O tratamento comporta um regime cetogénico + Tiamina.

d) Metabolismo de Cálcio e Magnésio (doseamento de Ca/Mg urina)

Eventualmente associado a um síndrome de malabsorção ou anomalias da Paratiroide → O tratamento consiste num aporte de cálcio e, eventualmente, numa terapia hormonal.

B – SÍNDROME X-FRÁGIL

Definido pela existência de fragilidade do braço longo do cromossoma X em meio carenciado em Ácido Fólico (Lejeune), encontra-se associado em 5 a 8% de Quadros Autistas → O tratamento com Ácido Fólico (0,5 a 1 mg/kg/dia) eventualmente associado a vitamina B12 parece ter efeitos benéficos.

2 – Tratamentos Não Específicos

Na ausência de identificação de patologias específicas associadas o tratamento visa apenas uma melhoria sintomática com base nos dados neurobioquímicos que admitem existência de disfunções a nível dos sistemas de neurotransmissores.

A – NEUROLÉPTICOS

Baseia-se na hipótese dopaminérgica e visa uma diminuição dos níveis de Dopamina. Segundo Young (1986) poderá ter efeitos a nível do **comportamento** (diminui a agitação, as estereotipias e a agressividade), de **linguagem** (diminuição das bizarrias) e de **socialização** (diminui o isolamento).

O neuroléptico mais estudado nestes casos é o **Haloperidol** (0,05 mg/kg/dia) embora outros, mais sedativos possam ser utilizados (Tioridazina, Clorpromazina, Propericiazina). Como efeitos laterais há a salientar o risco de sintomas extra-piramidais, interferência a nível cognitivo (em doses altas) e sistema endócrino e neuro-vegetativo.

B – AGONISTAS DA DOPAMINA

Com efeitos pouco consistentes e contraditórios embora haja alguns relatos de melhoria da hiperactividade e de atenção com anfetaminas, metilfenidato e bromocriptina (agonista da Dopamina em dose forte parece revelar resultados promissores principalmente

no síndrome de Rett). Os efeitos laterais são consideráveis (irritabilidade, agressividade, insónia) (Campbell, 1978).

C – FENFLURAMINA

Apoia-se na hipótese serotoninérgica uma vez que se encontram níveis elevados de serotonina em grande número de crianças Autistas, o que poderia ser reduzido pela acção da Fenfluramina (além de ter também uma acção anti-dopaminérgica).

Um estudo multicêntrico conduzido por Ritvo (1985) em 81 doentes constatou melhoria em 85% dos casos (importante em 33%) com diminuição de hiperactividade e auto-agressividade, melhoria a nível da atenção, socialização e linguagem. Os sujeitos mais sensíveis (que respondiam melhor à terapêutica) eram os que tinham nível mais elevado de serotoninemia e QI mais alto.

Outro estudo descrito por Campbel (1978) confirma estes resultados.

Lelord e Barthelemy (1990) parecem encontrar níveis mais altos de resposta nos quadros moderados, com taxas mais baixas de ácido homovanílico na urina.

A dose utilizado é de 0,4 a 2 mg/kg/dia, ajustada individualmente, sendo assinalados poucos efeitos laterais (anorexia, náuseas, secura da boca) e sem contra-indicação em caso de epilepsia. Revela assim efeitos promissores, ainda em estudo.

D – NALOXONA E NALTREXONA

Baseia-se na hipótese endorfinica.

Desde 1979 que Pank-Sepp aclarou a possibilidade de hiperactividade do sistema endorfinico (opioides endógenos) que levaria a insensibilidade à dor e às separações afectivas, auto-agressividade, agitação e défice de aprendizagem.

Entre os antagonistas das endorfinas existem a naloxona (uso prático mais limitado) e, principalmente, a naltroona. Esta última tem sido utilizada em alguns casos (Leboyer, 1988) por via oral e sem contra-indicações significativas revelando um efeito

positivo a nível da agitação, atenção e contacto social (dose: 1,5 mg/kg/dia). Encontra-se ainda em fase de utilização experimental.

E – VITAMINAS

Têm sido descritos (Lelord, 1980) efeitos positivos com o uso de vitamina B6 (associada ao Magnésio para evitar os efeitos laterais da primeira). Nota-se maior resposta nos casos mais graves (grande atraso intelectual e na linguagem) com taxas mais altas de ácido homovanílico na urina (ao contrário do que acontece com a Fenfluramina). Nota-se melhoria a nível da agressividade, atenção, hiperactividade e potenciais evocados.

Embora não se conheça bem o mecanismo de acção sabe-se que a vitamina B6 age como co-enzima na síntese de neurotransmissores. As doses utilizadas são entre 20 a 30 mg/kg/dia associada com uma ampola de Magnésio, aconselhando-se tratamentos descontínuos de 2 meses (com intervalos de 1 mês), não sendo relevantes os efeitos laterais.

F – ÁCIDO FÓLICO E ÁCIDO FOLÍNICO

Com maiores resultados nos casos associados a síndrome X-Frágil (0,5 a 1 mg/kg/dia) pode também ter efeitos positivos nos Autistas em geral com diminuição da agressividade, estereotípias e retraimento (Messerschmitt, 1990; Lelord et al., 1980).

O ácido folínico tem tido também bons resultados principalmente nos casos associados a trissomia 21 (1,3 mg/kg/dia) encontrando-se em estudo.

G – BETA-BLOQUEADORES

Embora com mecanismo de acção pouco esclarecido parecem ter efeito estabilizador da agressividade (Ratey, 1987), com alguns progressos a nível de comunicação, usando-se o Propanolol (40 mg/dia). Estes estudos ainda carecem de confirmação.

H – Lítio

Campbell (1984) refere que pode ter interesse no controlo da agressividade e de comportamentos maniformes, como afirma Steingard (1990), uma vez que se trata de um potente estabilizador do humor (0,4-0,7 meq/l – taxa plasmática) necessitando, no entanto, de rigorosa monitorização.

3 – Tratamento de Perturbações Associadas

- Alterações do Humor

Em casos pontuais de associação de humor depressivo pode ser útil o uso de anti-depressivos.

Gillberg (1986) sugere o uso de carbamazepina como regulador do humor principalmente quando existe comorbidade.

- Epilepsia

Em cerca de 50 a 75% de Autistas vem a desenvolver-se um Quadro de Epilepsia principalmente a partir da puberdade, sendo mais frequente a Epilepsia parcial complexa. Pode estar associada a anomalia estrutural cerebral (ou deterioração?) ou a disfunções neurobiológicas e hormonais ao longo do desenvolvimento. Embora os **anti-epilépticos** possam ter efeitos negativos, a longo prazo, a nível cognitivo e de memória, podem melhorar o nível de atenção e de aprendizagem, além de terem efeitos positivos no comportamento e na linguagem (Gualtieri, 1987). A carbamazepina e o valproato de sódio têm menos efeitos sedativos do que a fenitoina e o clonazepam mas podem levar à irritabilidade e perturbações do sono.

Existe o risco de interacções medicamentosas principalmente com os neurolépticos e vitamina B6.

A decisão de tratamento tem de ser ponderado caso a caso de acordo com a clínica e o EEG, com avaliações contínuas.

II – TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Atendendo ao défice sócio-relacional evidente nesta patologia tanto as **psicoterapias** (visando uma reestruturação da capacidade interactiva) como as **abordagens psicopedagógicas** (promovendo as competências necessárias à aprendizagem e integração social) desempenham um papel fundamental.

1 – Abordagens Psicoterapêuticas

Visam a criação de uma neo-relação estruturante que permita a maturação do Self.

1.1 – *Psicoterapias Interpretativas*

A primeira dificuldade com a qual se depara o terapeuta é a nível da comunicação (ausência ou distorção da comunicação verbal no Autista). Meltzer (1980) considera que «é necessário que o terapeuta seja capaz de mobilizar a atenção da criança suspensa no Estado Autista, para a reenviar ao contacto transferencial».

Os Terapeutas Analistas referem que para uma psicoterapia ser eficaz terá de manter um espaço lúdico de «ilusão» no qual possa esperar alguma criatividade, actuando interpretativamente no sentido de permitir «a maturação do self» (Borges de Castro & Carreira, 1990).

Segundo Ruttemberg (1971) a primeira etapa terapêutica consiste em estabelecer um contacto com a criança, começando por uma aproximação física (modalidades tácteis, rítmicas, vocais e cinestésicas) no plano sensorio-motor, evoluindo gradualmente para um plano verbal, através de uma relação empática estruturante.

Alguns Autores salientam a importância de quebrar a tensão da relação binária fusional e caótica através da criação de uma neo-relação reparadora que permita a ternarização e o acesso à socialização (M. Coelho, 1986).

1.2 – *Psicoterapia Mãe-Criança*

Como refere Gonçalves (1985), embora o recém-nascido traga consigo uma reserva importante de energia pulsional é no jogo interactivo com a mãe que ele vai receber os reforços necessários para que a sua energia libidinal invista «suficientemente e sucessivamente» do interior do seu corpo para o exterior. A mãe que se adapta ao bebé vai acompanhar esse investimento, dar-lhe sentido, permitindo-lhe que o bebé se reconheça nela e construa a sua identidade. O processo psicoterapêutico consistiria na reconstrução desta interacção adaptativa que, por alguma razão estaria deficitária, ajudando a mãe a analisar as suas próprias relações fantasmáticas (Fraiberg, 1975).

1.3 – *A Terapia de «Troca e Desenvolvimento» (TED)* criada por Lelord (1975), baseia-se em 3 princípios fundamentais:

- Procura de um centro de interesses bem definido, adequado ao desenvolvimento e características da criança, através do jogo, num espaço limitado sem estímulos que dispersem a atenção.
- As sessões são inscritas numa sequência de trocas a nível sensorio-motor e na comunicação (20 minutos/4x semana).
- Procura sistemática da interacção e da imitação, reforçando positivamente e efusivamente os sinais que revelem uma troca na relação.

Este tipo de terapias ou outras similares sugerem a importância da **interacção** na estimulação do desenvolvimento global, sendo essencial o estabelecimento prévio do contacto com a criança de forma estável e gratificante.

O **apoio contínuo aos pais**, fornecendo uma rede de suporte afectivo e social que permita a descarga e gestão das emoções, a adaptação gradual às dificuldades e o desenvolvimento de competências para lidar com a criança, é essencial e tem-se revelado um dos principais factores de êxito na intervenção.

É desejável a articulação continuada entre os técnicos e a família, procurando avaliar os seus recursos e expectativas e utilizando os pais como principais estimuladores e intermediários com o meio. O reforço positivo da acção da família e o suporte emocional nos momentos de crise, a criação de grupos de pais e de recursos para situações difíceis são prioridades a desenvolver. É fundamental a divulgação de informação e a possibilidade de intercâmbio no sentido de alargar as alternativas e possibilidades de intervenção.

1.4 – Hospital de Dia

Consiste numa solução de compromisso entre a instituição a tempo pleno substitutiva da relação parental (Bettelheim, 1967) e a terapia em ambulatório. De acordo com o conceito de Hospital de Dia de Raymond Cahn, citado por Vaneck (1986), trata-se de «uma estrutura que permita a utilização simultânea da relação educativa, duma pedagogia adaptada e duma acção concertada sobre o meio familiar, eventualmente duma psicoterapia específica ou duma reeducação especializada ... abordagem pluridimensional no seio duma Instituição estrutural psicoterapêutica». Seria essencial, nesta perspectiva, manter a relação de criança com os pais, fornecendo modelos interactivos adequados e estruturantes.

Em Portugal têm sido criadas algumas iniciativas nesta linha (Hospitais de Dia nos Departamentos de Pedopsiquiatria de Lisboa e Porto). Não podemos deixar de recordar o trabalho pioneiro do Dr. João dos Santos (1960), grande impulsionador da Pedopsiquiatria, fundador da Casa da Praia, espaço terapêutico reestruturante para crianças com patologia a nível relacional, onde se desenvolvem estratégias de «Pedagogia-Terapêutica» e «Psicoterapia», com resultados de interesse inquestionável.

2 – Abordagens Psicopedagógicas

A intervenção psico-pedagógica baseia-se num plano estruturado de estimulação global da criança Autista, visando corrigir ou compensar os défices que apresenta:

- As limitações da criança Autista a nível da capacidade de decodificar, organizar e interpretar a informação do meio obrigam à necessidade de adaptar métodos educativos de forma a compensar e ultrapassar essas dificuldades.
- A dificuldade em estabelecer uma interacção e comunicação adequadas além da hiperactividade e défice de concentração limitam e prejudicam muito a aprendizagem e a adaptação social e implicam necessidade de novas estratégias.
- A necessidade e tendência para a repetição de padrões de comportamento, com interesses restritos e estereotipados e dificuldade em tolerar as mudanças, obrigam também a uma adaptação dos meios educativos, procurando a utilização de rotinas e relações estáveis, evitando mudanças bruscas nos hábitos e nas inter-acções.

O Técnico de Ensino Especial servirá de intermediário entre a criança e o meio, permitindo-lhe uma decodificação gradual dos estímulos e sua organização de forma a adquirir esquemas de adaptação, aprendizagem e comunicação.

Atendendo às características da criança Autista, os métodos de ensino terão de ser muito estruturados, sequenciais, repetitivos e baseados na concretização dos símbolos e sinais de comunicação. Toda a interacção deverá ser baseada num contexto afectivo e securizante, se possível com o envolvimento gradual de figura de vinculação que servirá também de elemento estimulador (essencial). Neste sentido é essencial a participação e preparação dos pais nos métodos pedagógicos utilizados.

Método TEACCH

Eric Schopler desenvolveu um programa de estimulação e ensino de Autistas, desde 1965, na Carolina do Norte, numa perspectiva de Educação e integração comunitária. Partindo do Diagnóstico e Avaliação rigorosa (método PEP – perfil psico-educativo) de centenas de crianças, baseou-se na cooperação entre pais e profissionais e numa individualização do projecto educativo de forma muito estruturada e adaptada aos

níveis de desenvolvimento. Reconhecido e divulgado a nível internacional tornou-se um dos principais programas de intervenção em Autistas, com base comportamental.

A Integração Escolar

O programa europeu Helios para a integração de crianças inadaptadas assim como as várias leis que vão surgindo a nível da Educação têm permitido a integração gradual destas crianças nas Escolas regulares sendo notórias, no entanto, as limitações e dificuldades nesse processo.

Escolas de Ensino Especial

A dificuldade de aprendizagem, comunicação e adaptação da criança Autista tem levado ao longo dos tempos à sua marginalização e segregação.

A integração em Escolas de Ensino Especial com outras crianças com as mesmas dificuldades ou com grandes Atrasos de Desenvolvimento não parece favorecer a estimulação de competências inter-activas, levando mesmo ao agravamento do quadro clínico pela ausência de estímulos e limites reorganizadores adequados (Chastenet, 1989).

A criação de **externatos médico-pedagógicos** (Projecto Piloto em França), com equipas multidisciplinares (educadores, psicólogos, médicos psiquiatras) visa uma avaliação contínua da criança permitindo uma adaptação sistematizada dos métodos educativos e terapêuticos. Procuram desenvolver a capacidade de comunicar, a aprendizagem, imitação, simbolização e socialização gradual, estimulando aquisições psicomotoras, intelectuais e competências sociais (Messerschmitt, 1990).

A integração gradual, parcial ou total, em **Escolas de Ensino regular**, desde a idade pré-escolar, seria possivelmente o objectivo mais desejado para a criança Autista mas implica a adaptação de meios e de Técnicos com preparação adequada, favorecedores de estimulação global, não estigmatizante, promovendo a socialização gradual através de relações estáveis e gratificantes.

Essa integração implicaria a existência de equipes multi-disciplinares, com articulação entre Educadores, Médicos, Psicólogos e Família de forma a que todos os intervenientes no processo educativo pudessem actuar em sinergia, com eficiência. Seria essencial a avaliação contínua da criança para adaptação individualizada e dinâmica do plano educativo, evitando alterações bruscas dos métodos e das técnicas envolvidas. Seria conveniente a existência de Salas de Apoio Permanente com características adaptadas à criança, possibilitando períodos de contacto com o grupo alargado e actividades comuns e orientadas, evitando a sua marginalização ou isolamento. Fundamental seria o acompanhamento continuado da criança (e família) ao longo do desenvolvimento com vista a um treino profissional e desenvolvimento de autonomia e competências sociais que lhe permitissem uma integração gradual na comunidade.

Integração na Comunidade

A integração do Autista Adulto na comunidade implica o desenvolvimento de meios que permitam uma adaptação laboral e social.

É essencial uma avaliação prévia das competências e dificuldades do jovem Autista, sua orientação vocacional e interesses preferenciais, além da avaliação dos recursos e capacidades da família.

Seria desejável a criação de esquemas de integração laboral em estruturas protegidas em que fosse possível uma formação e avaliação contínua.

A criação de recursos habitacionais e sociais em pequenas comunidades tem sido tentada em alguns países, oferecendo um suporte relacional importante (ex: Estados Unidos).

No nosso País os meios disponíveis ainda são escassos e pouco organizados. Nota-se a carência de informação, preparação dos Técnicos e a falta de articulação entre os recursos disponíveis, não havendo legislação específica que proteja estas crianças.

8. EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Nas últimas décadas tem vindo a encarar-se o Autismo como uma Perturbação de Desenvolvimento passível de melhorar com técnicas de intervenção adequadas, tendo aumentado o investimento na investigação, diagnóstico precoce e terapêutica.

À medida que se vai modificando e aperfeiçoando a forma de intervir com a criança Autista, sendo cada vez mais precoce o Diagnóstico e a estimulação, tem vindo a melhorar o prognóstico (anteriormente muito reservado). O Autista deixou de ser considerado como uma criança irremediavelmente incapaz de contactar os outros. Começou a ser visto como alguém que é capaz de sentir e comunicar mas que o faz de forma diferente, necessitando ainda mais do contacto dos outros para poder sair de si próprio. É preciso saber chegar até à criança Autista para que ela saiba chegar até nós – como se vivesse rodeada por «muros de vidro» que não se notam mas impedem o contacto a menos que sejam quebrados pelo lado de fora para depois serem quebrados pelo lado de dentro...

O prognóstico depende de factores relativos:

- **à criança** (existência ou não de patologias associadas, QI, idade de aquisição da linguagem, severidade do quadro e evolução da capacidade de comunicação/socialização);
- **ao meio** (suporte familiar, precocidade e qualidade da intervenção, terapêuticas associadas, oportunidades de integração social).

As expectativas actuais para uma criança Autista com **factores favoráveis de prognóstico** (quadro pouco severo, sem patologias associadas, com QI normal a défice intelectual ligeiro, linguagem adquirida antes dos 5 anos e intervenção adequada iniciada antes dos 3 anos, inserida num meio sócio-familiar estimulante e gratificante) são positivas.

É de esperar que consiga realizar a escolaridade básica e atingir um grau satisfatório de aprendizagem que lhe permita uma integração profissional adequada às suas características, competências e interesses (Rapin, 1997). A capacidade de socialização e comunicação tende a evoluir favoravelmente, assim como a linguagem e o comportamento, diminuindo a instabilidade e a agressividade (Messerschmitt, 1990). Há tendência para a persistência de interesses restritos e estereotipados, rigidez e peculiaridades no discurso, com alguma dificuldade na adequação e controlo das emoções e na interpretação dos sinais emocionais dos outros. Pode haver persistência de estereotípias e tendência para o isolamento com dificuldade na adaptação a situações novas e na partilha dos afectos. A nível cognitivo nota-se maior limitação na capacidade de abstracção e antecipação.

A evolução para esquizofrenia é rara (Wing, 1997) mas pode ocorrer o desenvolvimento de quadros de tipo obsessivo (Koupernik, 1978).

Nos casos de pior prognóstico, geralmente associados a grande atraso intelectual e ausência de linguagem, a integração escolar e profissional tem de ser feita através de instituições especializadas e protegidas, sendo muito limitada a inserção na comunidade. Em qualquer das situações o apoio familiar é determinante para ajudar a criança a quebrar os seus «muros de vidro».

9. FACTORES DE RISCO – PREVENÇÃO

• FACTORES PRÉ-NATAIS E PERI-NATAIS

Alguns estudos revelam maior frequência de problemas pré ou perinatais em crianças Autistas com início precoce da sintomatologia, encontrando-se mais casos de rubéola, toxoplasmose, prematuridade e pós-maturidade ou outros factores de risco (Kolvin, 1971; Mason-Brothers et al., 1987)).

Um estudo retrospectivo de Lobascher et al. (1970) revelou que a pós-maturidade e complicações perinatais eram mais frequentes em Autistas do que nos grupos controlo. Também no grupo de Autistas se encontravam mais antecedentes familiares de Alcoolismo, Atraso Mental e Perturbação psiquiátricas.

Knobloch e Pasamanick (1975) – compararam os antecedentes de 50 crianças Autistas, tendo verificado que tinham maior frequência de complicações neonatais, toxemia e hemorragias ou baixo peso quando comparadas com crianças normais mas a frequência era idêntica quando comparadas com crianças com outros problemas de desenvolvimento.

Folstein e Rutter (1977), estudando 21 gémeos (sendo uma das crianças Autista) verificaram que o gémeo afectado era o que tinha tido mais complicações pré ou perinatais. Finegan e Quarrington (1979), por sua vez, verificaram que a taxa de complicações (parto distócico, baixo peso, baixo Apgar, etc.) era maior nos Autistas do que nos seus irmãos. Do mesmo modo, Torrey et al. (1975) encontram maior percentagem de hemorragias pré-parto nos antecedentes de crianças Autistas

Deykin e MacMahon (1980) referem maior frequência de viroses ou uso de medicação durante a gestação de crianças que vêm a revelar Síndrome Autista. Num outro registo, Tsai e Stewart (1983) encontraram relação com a idade materna superior a 35 anos na altura da gravidez.

Assim, dos factores de risco identificados, os mais frequentes são idade da mãe, prematuridade, dismaturidade, hemorragias, toxemia, viroses durante a gestação. No entanto, segundo a maioria dos Autores (Nelson, 1991), não se pode encontrar uma relação causal directa e especificamente relacionada com Autismo de forma a poderem adoptar-se medidas de prevenção eficazes.

- **FACTORES PÓS-NATAIS**

Para além da associação de casos de Autismo a atecedentes de infecções ou outras patologias com atingimento do SNC (Edelson, 1998), alguns Autores referem possibilidade de influência de alergias alimentares ao glúten (Edelson, 1998) sugerindo medidas dietéticas preventivas.

A ocorrência de regressões de tipo Autista pós-epilépticas tem sido descrita por vários Autores (Stefanatos et al., 1995; Rapin, 1995) referindo a importância da terapêutica precoce da Epilepsia como fundamental para a prevenção daquele tipo de evolução.

De acordo com a perspectiva psicogénica admite-se a existência de Autismo secundário por falha na capacidade materna em dar uma resposta adaptativa às necessidades do seu bebé, o que levaria a uma fragilização do Eu que poderia reagir com retraimento Autista quando confrontado com experiências traumatizantes (Gonçalves, 1985). Nesse sentido, realçam a importância de atender às relações afectivas precoces e à existência de factores de stress na 1ª Infância como aspectos a ter em conta na prevenção da Evolução Autista.

De qualquer forma torna-se pertinente alargar a divulgação de informação aos Pais, Educadores e Pediatras relativamente aos sinais de Alarme no Desenvolvimento Infantil, possibilitando a detecção e orientação precoce das situações de risco assim como o acompanhamento e apoio das Famílias no sentido de permitir uma acção preventiva, pelo menos, a nível secundário.

10. HIPÓTESES ETIOPATOGÉNICAS

- INTEGRAÇÃO DAS DIFERENTES PERSPECTIVAS

- I. Genética

- II. Neuropsicológica

- III. Neurofisiológica

- IV. Psicogénica

I – Perspectiva Genética

Em vários estudos se têm encontrado dados que sugerem o forte componente genético do Autismo:

Smalley (1988) encontrava uma concordância em irmãos de cerca de 2%, Bolton (1994) refere uma taxa de 2,9% e Szatmai (1993) encontra uma taxa de 5,3% (50 a 100 vezes mais do que na população geral: 4/10.000). No que respeita aos estudos com gémeos verifica-se muito maior concordância nos gémeos monozigóticos (MZ) do que nos dizigóticos (DZ).

Folstein e Rutter (1977) encontraram 36% de concordância em MZ para 0% em DZ. Steffenburg (1989) registou uma concordância de 91% em MZ para 0% em DZ. Bailey encontrou uma concordância de 69% para MZ e 0% para DZ, tendo calculado uma hereditabilidade de 91% para uma maior vulnerabilidade para desenvolver Autismo.

Folstein e Rutter (1977) notaram que mesmo nos pares de gémeos monozigóticos em que não havia concordância para Autismo havia concordância para algumas características (défice cognitivo e perturbação da linguagem). Este achado poderia sugerir, segundo os Autores, que talvez não fosse herdado o Autismo mas sim algum tipo de perturbação a nível cognitivo não apenas restrito ao Autismo.

Os estudos familiares sugerem fortemente que uma certa predisposição genética para algum tipo de perturbação a nível cognitivo e na socialização, similar ao Autismo mas menos incapacitante (Bolton et al., 1994; Folstein & Riven, 1991; Rutter et al., 1993), Bolton et al. (1994) encontrou 12 a 20% de irmãos de Autistas com estas características.

Landa et al. (1991), Wolff et al. (1988) e Siliman et al. (1989) detectaram resultados idênticos com maior frequência, em familiares de autistas, de transmissão de certas características: falta de empatia e responsividade social e emocional, hipersensibilidade, perturbação da comunicação e interesses restritos.

Estes achados sugerem que o fenótipo da alteração genética subjacente ao Autismo se alargou muito para além do diagnóstico restrito, levando a um quadro similar em qualidade mas não em intensidade, em indivíduos com inteligência normal. O facto de haver maior concordância destas características em gémeos monozigóticos e uma carga familiar à que é encontrada em grupos controle (ex: com familiares de Síndrome de Down) aponta para a possibilidade de corresponderem ao Espectro Autista em termos genéticos, embora com apresentação fenotípica mais ténue.

Smalley et al. (1995) registou uma maior frequência de carga familiar de perturbações afectivas em familiares de Autistas (três vezes mais frequente).

É possível que a variante mais ligeira deste «Quadro tipo Autista» (com ausência de défice intelectual e epilepsia) corresponda a uma menor carga genética levando apenas a uma «predisposição» que necessitam de outro(s) factor(es) desencadeante(s) para se expressar no Síndrome Autista propriamente dito.

- **Associação com outras perturbações genéticas / Heterogeneidade genética**

Alguns estudos apontam para a associação frequente de Autismo e algumas outras condições genéticas como a Esclerose Tuberosa e Síndromes X-Frágil (Gillberg et al., 1992) uns dados mais recentes apontam para uma menor frequência dessa associação (Bailey, 1993; Piven et al., 1991).

Einfeld et al. (1989) examinou grupos de autistas e não-autistas e não encontrou diferenças quanto à frequência de X-Frágil. Fisch (1990) encontrou maior frequência de X-Frágil em grupos de não-autistas com atraso mental severo do que em autistas.

Bailey (1993) encontrou uma incidência de X-Frágil em autistas inferior a 5% e, actualmente aponta-se para uma taxa de 2,5%, muito inferior às taxas encontradas por Gillberg (1992) anteriormente (16%). Estes dados sugerem que associação básica de

X-Frágil é com défice intelectual severo, sendo secundária e indirecta a associação com Autismo (também com Atraso severo).

Da mesma forma, vários estudos apontam para a associação frequente entre Esclerose Tuberosa e comportamentos autistas, em 50% dos casos (Hunt e Dennis, 1987, 61% para Gillberg) principalmente quando é acompanhada por Atraso Mental e Epilepsia. Os dados sugerem que o risco de Autismo aparece através da perturbação cerebral que acompanha a esclerose tuberosa, mais do que por proximidade dos locus genéticos.

- **Modo de transmissão genética:**

Um estudo desenvolvido por Ritvo (1985) sugere herança autossómica recessiva mas não num modelo multifactorial embora, algumas limitações metodológicas levem à necessidade de prevalência na interpretação dos resultados.

A forte preponderância no sexo masculino sugere uma condição ligada ao cromossoma X.

Um modelo multigenético poderá explicar as frequentes anomalias (cognitivas e sociais) que se encontram em familiares de Autistas. Outros factores como género, QI e factores pré e peri-natais poderão influenciar esta predisposição genética potencial, sendo essencial continuar a pesquisa a nível genético.

II – Perspectiva Neuropsicológica

Nos anos 60 ainda se pensava que as capacidades psicológicas dos autistas não eram testáveis. No entanto, desde os trabalhos pioneiros de Hermelin e O'Connor (1970), várias investigações nesta área têm permitido aumentar o conhecimento sobre esta questão. A maior parte dos estudos sugere que cerca de 3/4 dos Autistas têm $QI < 70$. Estudos de follow-up revelam que esses níveis de QI são estáveis ao longo do tempo, independentes do nível sócio-educativo dos pais e não relacionados com a incapacidade de socialização (Rutter, 1983). A reforçar a evidência de disfunção cognitiva básica existem alguns

estudos como o de Bolton (1994) que demonstra a relação inversa entre a carga familiar pesada para Autismo e o nível de QI.

A principal questão a investigar nos últimos anos tem sido saber como está relacionado o défice cognitivo com o défice na socialização e restantes características típicas do Autismo?, Existe um défice específico de base ou não?

A noção de défice sensorio-perceptivo tem vindo a ser substituída pela hipótese de disfunção e um nível cognitivo superior.

Hermelin e O'Connor (1970) compararam grupos de crianças com e sem Autismo, emparelhados em diferentes áreas de desenvolvimento. Encontraram, no primeiro grupo, limitações a nível da codificação, sequenciação e abstracção (Frith et al., 1970; Hermelin & O'Connor, 1970; Baron-Cohen, 1987). No entanto este défice não justifica as dificuldades a nível da socialização e da linguagem (Rutter, 1983).

A tentativa de estudar o défice no processamento da informação dos sinais sociais e emocionais tem sido outra linha de investigação desenvolvida. Sigman e Mundy (1995) demonstraram que autistas em idade pré-escolar não parecem ser capazes de entender e expressar comportamentos sociais (apontar, dar atenção, mostrar) e experiências emocionais subjectivas, principalmente a nível inter-pessoal.

Estudos sobre o processamento dos sinais faciais demonstraram que existem diferenças nas crianças autistas uma vez que utilizam mais os sinais parcelares do que a configuração global da face (Hobson et al., 1988; Langdell et al., 1978; Bouaher & Lewis, 1992) havendo dificuldade na discriminação da idade e género das figuras (Hobson, 1988).

Num estudo anterior, Weeks e Hobson (1987), notaram que crianças autistas tinham dificuldade em perceber directamente as expressões faciais em fotos, além de apresentarem dificuldade geral na percepção da informação sobre o estado emocional do próprio e dos outros e a nível da sua própria expressão corporal e facial adequada (Hobson et al., 1993; Macdonald et al., 1989; Yirmiya et al., 1989).

Outro tipo de estudos incidiram sobre a incapacidade das crianças autistas perceberem o «estado mental» do outro. Leslie (1987) refere que o desenvolvimento dos processos cognitivos (no 2º ano de vida) responsáveis pela produção de metarepresentações (imagens mentais e jogo simbólico) estaria comprometido no autismo, o que levaria a dificuldade na elaboração de representações mentais relacionadas com crenças, desejos, imaginação e compreensão dos estados mentais. Com base nestes conceitos Baron-Cohen (1987) tentou testar esta hipótese em autistas em idade pré-escolar, partindo do princípio que o défice básico no autismo seria «dificuldade em entender os estados mentais» – base da **Teoria da mente**. Desenvolveu uma experiência na qual a criança testemunhava a transferência de um objecto de um local para outro sem que esta fosse presenciada por um actor. Ao serem questionadas sobre o local em que o actor deveria procurar o objecto, as crianças autistas indicavam sempre o **2º local**, incapazes de prever o que o outro pensaria com os **dados** de que dispunha. Curiosamente crianças com diferentes tipos de atraso intelectual eram capazes de ter êxito na tarefa, independentemente das limitações relacionadas com o QI.

Uma perspectiva mais alargada, considera a existência não de um défice específico mas de múltiplas dificuldades no plano de controle superior do comportamento. Os fundamentos desta hipótese baseiam-se na similitude entre os comportamentos autistas e aqueles observados em pacientes com lesões a nível do lobo frontal (Damasio e Maurier, 1978; Dennis, 1991). Estes pacientes têm baixos resultados em testes que pesquisam as «**funções executivas de processamento**» que têm sido definidas como o conjunto de capacidades para resolver um determinado problema. Algumas dessas capacidades seriam:

- distanciar-se do contexto externo
- inibir respostas inapropriadas
- planear sequências de acções e organizá-las
- manter-se dentro do plano de acção
- avaliar e utilizar os efeitos resultantes da acção
- flexibilidade de atenção
- criatividade e capacidade de antecipação.

Algumas dificuldades nestas tarefas estão presentes em crianças autistas, nomeadamente a possibilidade de planear, organizar, criar, antecipar e flexibilizar (Ozonoff, 1991; Hughes, 1994; Rumsey & Hamburger, 1988; Larrold, 1994, Turner, 1995).

Enquanto a hipótese anterior diz respeito ao comportamento (output), existe outro modelo explicativo que tem a ver com a entrada dos estímulos (input) e dificuldades no seu processamento. Este modelo corresponde à «**Teoria da Coerência Central Fraca**» (Frith, 1989). Pressupõe uma anomalia global em várias funções psicológicas (linguística, social e perceptiva). Frith e Happé (1994) sugerem que os autistas têm tendência para processar a informação por elementos separados do contexto, ao contrário do que é habitual, o que dificultaria a construção e a evocação de significados e conceitos mais complexos. Esta característica permite-lhes resistir ao efeito gestáltico que dificulta habitualmente a discriminação perceptiva em alguns testes para a maior parte das pessoas (ex: são capazes de localizar figuras escondidas numa gravura, etc.).

Coloca-se a questão de saber se estes défices são ou não específicos do Autismo. Sabe-se por exemplo que em certas patologias como a Esquizofrenia (Cutting, 1994), Prosopagnosia (De Kosky, 1980) e certos atrasos mentais, também existe dificuldade na percepção das emoções e expressões faciais. A teoria da mente parece ser, até agora a que revela maior especificidade para o Autismo embora não esclareça o tipo de perturbações de **linguagem** que se notam no síndrome.

No que respeita às dificuldades na realização do **jogo simbólico**, as hipóteses da teoria da mente e de funções executivas de processamento) parecem oferecer uma explicação para essa incapacidade. De acordo com Leslie (1987) ela deve-se à disfunção no sistema de metarepresentações.

Relativamente à justificação dos **comportamentos repetitivos e interesses restritos**, pode-se considerar a teoria de Damasio e Maurier (1991) como uma boa tentativa de explicação embora não seja suficiente para esclarecer a restrição quase obsessiva de certos interesses e actividades e a reacção intensa à mudança. Também as

outras teorias não oferecem um esclarecimento consistente para esta característica. Turner (1995) através de entrevistas feitas aos pais, sugere que estes comportamentos repetitivos podem surgir quando a criança não é capaz de planejar uma actividade alternativa e construtiva.

As teorias psicológicas consideram que o défice intelectual não é uma característica obrigatória no autismo embora os dados empíricos confirmem a forte associação das duas condições. Por outro lado sabe-se que o fenótipo «ligeiro» de autismo não está habitualmente associado a atraso intelectual.

A maior parte dos testes psicológicos aplicados a autistas revela grande discrepância nos padrões encontrados. São frequentes os perfis atípicos com picos em determinadas capacidades, podendo mesmo ter valores acima da média (hiperlexia, hipercalculia, talento especial para a música ou desenho). Goode (1994) afirma que 1/4 de indivíduos com autismo, apesar de apresentarem limitação a nível do QI global, revelam algum talento especial (pelo menos um desvio padrão acima da população geral). Por vezes esse talento é muito superior à média (O'Connor & Hermelin, 1991) e pode estar relacionado com os interesses restritos e repetitivos típicos do autista, não sendo habitualmente utilizado de forma construtiva no seu dia-a-dia.

Uma tentativa de explicar estas discrepâncias nos resultados dos testes, seria admitir que o autismo envolve uma tendência para a informação fragmentada (Pring, Hermelin & Heavey, 1995) o que também seria sustentado pela «Teoria da Coerência Central Fraca».

Há alguns estudos que sugerem uma relação entre o QI verbal e a severidade dos sintomas (Bolton, 1994).

Enquanto alguns autores consideram que os défices cognitivos estão na origem de todos os sintomas do autismo, outros afirmam que esses défices são independentes e variados. Uma hipótese seria considerar que a «Teoria da Mente» (incapacidade de perceber os estados mentais) explicaria a alteração da função executiva de processamento. No entanto a hipótese contrária também seria plausível, uma vez que as capacidades exigidas para as Funções Executivas de Processamento também são necessárias para «entender os estados mentais». Até à data estas associações ainda não foram comprovadas

empiricamente (Frith, 1994). Aqueles que defendem que há uma sequência causal entre estas duas teorias, sugerem que as dificuldades a nível da atenção poderiam estar na base dos défices sociais (Ozonoff et al., 1991).

III – Perspectiva Neurobiológica

Ao longo dos anos, têm vindo a considerar-se os défices a nível de linguagem e socialização como consequência de anomalias primárias, no Autismo, embora os achados orgânicos não tenham sido conclusivos até ao momento; no que respeita a localizações específicas a nível central em relação com a sintomatologia.

Em contexto com os estudos genéticos e neuropsicológicos, tem sido difícil a replicação dos achados neurobiológicos (Bailey et al., 1993), provavelmente por insuficiência metodológica e heterogeneidade dos sujeitos.

A identificação da ligação entre achados neurobiológicos e sintomatologia numa perspectiva desenvolvimental geneticamente influenciada é extremamente difícil até porque os genes podem ter efeitos pleiotrópicos, sendo fundamental a influência ambiental.

ESTUDOS NEUROANATÓMICOS / NEUROIMAGEM.

Courchesne et al. (1987) relataram a existência de hipoplasia posterior do vermis cerebeloso em RM de Autistas com elevado nível de funcionamento, essencialmente a nível dos lóbulos VI e VII.

Este estudo, num grupo de 18 Autistas tornou-se num dos mais consistentes relativamente a achados neuro-anatômicos em Autistas. No entanto, protocolos de investigação semelhantes realizadas posteriormente não permitiram ainda a sua replicação (Garber & Ritvo, 1992; Halttum et al., 1992; Kleinman et al., 1992; Piven et al., 1992). Um estudo recente de Hashimoto (1995) confirma em parte os achados de Courchesne embora haja algumas imprecisões metodológicas, na opinião de Bailey (1993).

Um outro estudo relatado por Ciesielski e Knight (1994) refere que crianças (autistas e não autistas) tratadas com radioterapia por leucemia, apresentavam hipoplasia cerebelosa sendo, no entanto, diferentes os padrões cognitivos e emocionais em ambos os grupos o que levanta dúvidas quanto à ligação entre a sintomatologia e a anomalia no cerebelo.

Outras investigações baseadas em estudos post-mortem que revelam alterações a nível do lobo temporal e estruturas afins, merecem especial relevância. Foram assim relatadas dilatações a nível do corno ventricular temporal esquerdo (Hauser et al., 1975) e anomalias no hipocampo (DeLong, 1992; Bauman & Kemper, 1994) com dilatação nos ventrículos laterais (Damasio et al., 1980). Estes resultados, no entanto, raramente foram confirmados por TAC cerebral (Jacobson, 1998), tornando-se pouco claro o seu significado. Alguns estudos confirmam dilatação no 3º ventrículo (Campbell, 1982; Jacobson et al., 1988) mas raramente se encontra alteração no 4º ventrículo (Gaffney et al., 1987).

Gaffney et al. detectaram alterações a nível dos núcleos lenticulares, não confirmadas por outros estudos (Creasey et al., 1986).

No que respeita a alterações corticais apenas foram descritas por Courchesne et al. (1993) tendo sido observada uma aparente redução do lobo parietal num subgrupo de indivíduos com Autismo. Dois estudos, apontam para aumento do volume cerebral comparando com grupos de controlo (Piven et al., 1995; Filipek et al., 1992).

Nos *estudos post-mortem*, que são escassos, há a realçar o trabalho de Bauman e Kemper (1985), que descobre alterações no cerebelo (diminuição de densidade das células de Purkinje) apontando para uma alteração precoce no desenvolvimento de indivíduos Autistas (com Atraso Mental + Epilepsia). Williams em 1980 também notou um achado idêntico num Autista com Epilepsia. O significado destas observações ainda não é claro uma vez que a perda de células de Purkinje pode ser uma das sequelas de Epilepsia.

Outros estudos apontam para lesões microscópicas nas estruturas mediais do lobo temporal. Bauman e Kemper (1994) descrevem neurónios anormalmente pequenos e

condensados no hipocampo, septo e amígdala, tentando relacionar-se estas alterações com a sintomatologia descoberta no Autismo (Kemper & Bauman, 1993; Delay, 1992).

No entanto, não foram encontradas anomalias consistentes nas estruturas mediais do lobo temporal nos estudos realizados por Williams (1980), Coleman (1985) e Darby (1976).

Os cérebros dos estudos de Bauman e Kemper tinham todos peso superior aos do grupo controlo, em contraste com o que se passa nos Atrasos Mentais simples (Cole, 1994).

- **Estudos de Imagem**

Catorze estudos com TAC e RM envolvendo 283 autistas, procurando investigar o volume, densidade, assimetrias dos hemisférios, tálamo, gânglios basais, estruturas límbicas e ventrículos.

Estes estudos não revelam alterações estatisticamente significativas. Detectou-se alargamento dos ventrículos laterais e 3º ventrículo em alguns Autistas (Gaffney et al.).

Doze estudos com *TAC e RM* em indivíduos Autistas revelaram alterações a nível do cerebelo (vermis ou hemisfério): Piven, 1991; Courchesne, 1987, 1988, 1991; Nowell, 1990; Ciesielski, 1990; Murakami, 1989; Garber, 1989; Gaffney, 1987; Bauman, 1985; Jacken & Van den Berghe, 1984).

Vários estudos *microscópicos*, post-mortem, citados por Bailey (1996), confirmaram estas alterações (Bauman, 1991; Ritvo, 1986; Bauman & Kemper, 1986; Williams, 1980), nomeadamente referindo-se a perda de células de Purkinje (nem sempre detectadas antes por neuro-imagem provavelmente por falta de sensibilidade deste método). A localização das alterações é idêntica tanto nos estudos microscópicos como radiológicos (vermis – lóbulos VI e VII e hemisférios neurocerebelosos), apontando para uma perturbação do desenvolvimento com hipoplasia de etiologia desconhecida. O padrão destas alterações é diferente do encontrado no Síndrome de Rett ou outras patologias genéticas ou metabólicas. Sabe-se que o neocerebelo e o paleocerebelo diferem em termos de neurogénese e é possível que alterações na migração das células de Purkinje para o

posterior possa também afectar a neurogénese de estruturas do sistema límbico (hipocampo, subiculum, septum e amígdala). Evidência clínica sugere a importância do cerebelo como acontece por exemplo no Síndrome de Soubert (em que são notáveis os traços Autistas no comportamento).

Por outro lado a investigação demonstra que lesões do cerebelo podem provocar: perturbação nos movimentos de seguimento ocular, mutismo, alterações na motricidade (que podem aparecer em crianças Autistas), alterações na activação do sistema reticular e alterações nos níveis serotoninérgicos, dopaminérgicos e noradrenérgicos, alterações na modulação de actividade do sistema límbico e função hipotalâmica (que se admitem disfuncionais no Autismo). Sabe-se ainda que o cerebelo e certas áreas dos lobos frontais são importantes para algumas funções linguísticas e há lesões do cerebelo que podem perturbar os comportamentos motivados e as inter-acções sociais.

Estudos por neuroimagem têm de ser aperfeiçoados e complementados por estudos metabólicos por aumentar a sensibilidade. A utilização de PET tem sugerido a possibilidade de haver falha na interacção coordenada entre os sistemas cortical e sub-cortical envolvidos na direcção do foco da Atenção. De qualquer modo o *cerebelo* parece ser a única estrutura anatómica, até à data, que revela anomalias consistentes no Autismo, confirmadas em vários estudos tanto microscópicos como radiológicos o que aponta para novas linhas de investigação.

ESTUDOS NEUROFISIOLÓGICOS

Embora os estudos anatómicos sejam importantes não o são menos as investigações funcionais que têm vindo a ser desenvolvidas. A constatação do aparecimento frequente de Epilepsia em Autistas (Rutter, 1970) forma a primeira indicação clara de alteração funcional, confirmada por estudos posteriores (embora com resultados variáveis no que respeita à frequência de casos de Epilepsia). Todo o tipo de crises tem sido descrito, com maior frequência de crises parciais complexas para Olsson (1988) e maior incidência no início da Adolescência (Rutter, 1984). Anomalias no EEG foram encontradas em cerca de 50% de Autistas (Minshew, 1991). Small (1975) notou uma

associação entre estas alterações e baixo QI. Não há indicação até à data de padrões específicos de EEG associados a Autismo. Recentemente têm sido descritas regressões Autistas, nomeadamente na linguagem, associadas a ESES (ponta-onda no sono).

Investigações com PET (tomografia por emissão de positrões) e SPET (scanning de PET) têm detectado a actividade cerebral através das mudanças do fluxo sanguíneo e metabolismo. Rumsey refere aumento do metabolismo (1985) não confirmado por Herold (1988) e George (1992). Gillberg et al. (1993) observou aparente diminuição da perfusão do lobo temporal. George et al. (1992) descreveu resultado similar no lobo temporal direito e lobos frontais. Zilbovicius et al. (1995) relatou diminuição de perfusão nos lobos frontais em crianças com 3-4 anos, não replicada 3 anos depois, com SPET.

Rumsey et al. (1985) refere grandes variações nos estudos com PET em Autistas, com assimetrias e resultados mais heterogêneos do que nos grupos controlo (De Volder, 1987; Siegal, 1992), com diminuição das taxas de metabolismo nos Autistas (Horwitz et al., 1988). Apenas um estudo (Schifter, 1994) combinou investigação imagiológica e funcional tendo detectado coincidências subtis nas anomalias corticias (RM) e diminuição de perfusão (PET).

Diversos estudos neurofisiológicos revelaram alteração a nível do córtex de associação (EEG/PET). Resta saber se o défice no processamento de informação resulta de anomalia primária do córtex de associação ou é secundária a perturbação da chegada de informação que vem do cerebelo e sistema límbico.

Os potenciais evocados revelaram condução normal dos estímulos a nível sub-cortical. Por outro lado os estudos neuropsicológicos não revelam alterações específicas a nível da recepção sensorial, mecanismos básicos de atenção e memória básica. Estes dados apontam segundo Minshew (1991) para a possível disfunção intrínseca a nível do córtex de associação (parietal e frontal) o que é suportado pela Clínica (défice nas funções superiores): défice no comportamento social, linguagem prosodica, pragmática e não verbal, abstracção. A discrepância com os dados histoanatómicos que revelam alterações a nível do hipocampo e outras estruturas sub-corticais poderá ser aparente admitindo a hipótese de serem consequência do défice da rede neural cortical.

São muito prometedores os estudos com *potenciais evocados* para investigar a integridade do processamento de informação nos indivíduos Autistas (respostas corticais eléctricas e estímulos sensoriais). A investigação com *potenciais evocados auditivos* ainda não revelou dados precisos ou específicos, tendo sido detectadas anomalias a nível do P300. Courschesne (1985) descreve diminuição do P300 em resposta a estímulos auditivos numa larga amostra, não confirmado por Erwin em 1991.

Courschesne et al. têm usado os potenciais evocados para estudar a atenção selectiva e mudança do foco de Atenção em Autistas. Sugerem que a lesão cerebelosa está associada com Perturbação de Atenção.

Os potenciais evocados permitem também fazer um estudo de condicionamento pela associação de dois estímulos (som e luz), permitindo analisar distúrbios na integração das percepções (Lelord, 1988 & Martineau, 1988). Enquanto numa criança normal as percepções sensoriais e sensitivas são rapidamente associadas após condicionamento (uma estimulação eléctrica na área visual cortical poderá obter-se por estimulação auditiva) nas crianças Autistas este processo está francamente perturbado, dificultando a integração perceptiva e, conseqüentemente, a capacidade de antecipação.

Outros estudos fisiológicos têm sido desenvolvidos, incidindo em diferentes componentes desde a frequência cardíaca (James & Barry, 1980), reactividade electro-dérmica (Van Engeland et al., 1981), REM – movimentos rápidos dos olhos – no sono (Tanguay et al., 1976), movimentos vestibulares dos olhos (Ornitz, 1985), respostas evocadas retinianas (Ritvo et al., 1988), tendo resultados pouco consistentes.

ESTUDOS NEUROBIOQUÍMICOS

São difíceis de interpretar os resultados bioquímicos relativamente à possibilidade de participação etiológica no Autismo.

Várias revisões foram feitas sobre essa matéria (Cook, 1990; Narayan, 1993) nomeadamente sobre estudos dos sistemas dopaminérgicos, noradrenérgicos e serotoninérgicos.

Panksepp (1979) referia que havia aumento de opioides endógenos cerebrais nos Autistas, inibindo o desenvolvimento de comportamentos sociais, o que não foi confirmado empiricamente (Gillberg et al., 1995). A hiperserotoninemia encontrada frequentemente em Autistas aponta para algumas linhas de investigação. Por outro lado o tratamento com fenfluramina (que diminui a serotoninemia) tem tido resultados favoráveis na redução de comportamentos alterados e estereotipados nos Autistas. Também é significativo o facto de haver elevada taxa de perturbações afectivas em familiares de Autistas (Schifter, 1994; Bolton, 1995; Smalley, 1995) apontando para distúrbios no sistema serotoninérgico.

Um modelo bioquímico proposto por Chamberlain e Herman procura associar o Autismo a uma disfunção no eixo pineal-hipotalâmico, sugerindo que a hipersecreção de melatonina pineal levam a hiposecreção de propiomelanocortina (POMC) e hipersecreção de peptídeos opioides no líquido céralo-raquidiano (LCR) e serotonina (plasma e hipotálamo). O aumento da melatonina levaria ainda a diminuição de hormona hipotalâmica de libertação de corticotrofina (CRH) com consequente diminuição de β -endorfina pituitária e de ACTH (e cortisol) no plasma.

Na verdade têm sido detectados elevados níveis de serotonina no plasma (Ritvo, 1970) e de opioides peptídeos no LCR (Gillberg, 1985) em grande percentagem de Autistas.

Os estudos pré-clínicos com Animais apontam para a possibilidade do aumento de serotonina e dos opioides cerebrais levarem à *diminuição* da coesão social e de outros sinais de apego (ex: choro/vocalização perante o stress de separação). Estes sintomas (idênticos aos que aparecem no Autista) parecem melhorar com a administração do Naltrexona (antagonista dos opiáceos) e de Fenfluramina (que diminui a serotonina). Estes dados têm sido confirmados na Clínica por alguns estudos em crianças Autistas (Herman, 1986; Campbell, 1988; Ritvo, 1983) mas não por outros (Gillberg, 1995). Vários trabalhos sugerem ainda a importância do Naltrexona (bloqueia a acção dos opioides cerebrais) na diminuição dos comportamentos auto-agressivos e estereotípias em Autistas (Sandman, 1983; Bernstein, 1987; Sandyk, 1985).

IV – Perspectiva Psicogénica

As Teorias Psicogénicas englobam na mesma linha evolutiva as Psicoses Infantis e o Autismo embora sem precisar com clareza os seus limites. De acordo com Ajuriaguerra e Marcelli (1984), todas elas admitem um conjunto de traços psicopatológicos comuns – **núcleo estrutural psicótico** – eventualmente relacionado ou não com processo patogénico orgânico, levando a um conjunto de sintomas comuns a este tipo de patologia que perturbariam a capacidade relacional. Salientam então a existência de:

- Angústia primária de aniquilamento (que se traduziria na Clínica por crises extremas de angústia).
- Não distinção entre o eu e o não eu (a tradução clínica poderia ser a ausência do sorriso e da angústia ao Estranho).
- Ruptura com a Realidade – a Realidade externa confunde-se com a Interna (levando à necessidade de «identidade», não tolerando as mudanças).
- Prevalência dos processos primários sobre os secundários (necessidade de descarga imediata dos afectos o que explicaria a agressividade e as estereotipias motoras).
- Ausência de ligação entre as pulsões libidinais e as pulsões agressivas (podendo levar a fantasmas de aniquilação explicando as crises de angústia).
- Utilização de mecanismos de defesa arcaicos nomeadamente a **identificação projectiva** (traduzida na clínica pela inversão pronominal, sem ser capaz de se constituir como sujeito do seu discurso) e a **clivagem** (fragmentação da vida afectiva, sem continuidade).

Esta linha de defesa constitui aquilo a que Klein (1972) chama de «posição esquizo-paranoide» que, na criança Autista ou psicótica persistiria para além do período normal, devido à intensidade das pulsões agressivas que impede o acesso à «ambivalência neurótica» e acentua as defesas arcaicas.

Tustin (1977) refere-se a um «sentimento de ruptura de continuidade» contra o qual a criança luta por meio de mecanismos de tipo enquistamento ou retracção Autista.

Meltzer (1980) propõe um processo de:

- «identificação adesiva» (sem limite entre pessoa e o objecto) que explicaria, a necessidade de algumas crianças Autistas tocarem a superfície dos objectos, ignorando o interior, e estaria na origem do comportamento do «pegar na mão de outrem como um prolongamento de si» para alcançar os objectos, sem apontar;
- «desmantelamento» (processo passivo que consistiria em «se deixar ir» pelas linhas da sensorialidade para chegar a uma colecção dispersa de estímulos unissensoriais).

Para Bettelheim (1967) a causa do Autismo não seria, como afirmam os Autores Kleinianos, resultante da projecção do Eu agressivo da criança, mas resultaria de retraimento por medo dos afectos negativos com os quais as pessoas significativas a confrontam.

Mahler (1971) estudou a evolução da relação mãe-filho à luz dos trabalhos de Spitz e Hartman (1945). Considera que todas as crianças passam por uma **fase autista inicial**, sem consciência da sua individualidade, oscilando entre fases de satisfação e necessidade. Pouco a pouco tem acesso à **fase simbiótica** quando se torna capaz de esperar e antecipar com confiança a satisfação graças aos traços mnésicos do prazer da gratificação. Assim, a necessidade fisiológica torna-se «desejo», surgindo o início do eu e do objecto simbiótico, com o qual se confunde inicialmente. Uma terceira fase de **separação-individuação** (6 a 30 meses) surge à medida que a criança se vai tornando mais autónoma (iniciando pequenas tentativas de se afastar da mãe). Gradualmente, a interiorização e a aquisição da permanência de objecto libidinal (mais difícil e tardia do que a noção de permanência do objecto no Sentido Piagetiano) vão permitindo a autonomia e individuação.

Para Mahler a Psicose é concebida como resultado de fracassos neste processo e que poderão ter origem na atitude da mãe ou do filho «incapacidade inata do Ego de neutralizar as pulsões, defeito da capacidade perceptiva do Ego ...». Para defender-se da

angústia massiva a criança utilizaria «mecanismos de manutenção» que impediriam o desenvolvimento. No caso das psicoses Autistas esse mecanismo seria uma «conduta alucinatória negativa» anulando a percepção do mundo externo (incluindo a Mãe). No caso das psicoses Simbióticas «o princípio maternante» é reconhecido mas a criança oscilava entre o desejo da fusão absoluta e o temor de aniquilamento, tornando-se patente a psicose quando a «ilusão de unidade mãe-filho» não pudesse mais ser mantida (início de separação/autonomia). Progressivamente, porém, Mahler foi tornando menos nítida a distinção entre estes dois tipos de psicoses, admitindo numerosas formas de transição.

Para Winnicott (1975) a origem da Psicose/Autismo encontra-se na falta de adaptação recíproca entre mãe e a criança que vai então experimentar uma «desilusão» e, consequentemente, uma angústia extrema. Para se defender da angústia a criança desenvolveria defesas patológicas de desintegração, despersonalização ou criação de um «Estado Autista».

Lebovici e Diatkine (1969) consideram que existe uma falha no desenvolvimento da relação objectal precoce. A criança seria invadida por «fantasmas primitivos» (incorporação, rejeição e fragmentação do objecto materno). A fantasmaticização do real estaria intimamente ligada aos distúrbios do relacionamento objectal e conduziria a uma alteração da própria realidade.

O papel das características parentais foi salientado por alguns Autores. Kanner (1943) descrevia um perfil particular nos pais das crianças autistas que, segundo ele, se caracterizariam por um nível sócio-económico elevado, frieza, mecanização e obsessivização: «observam seus filhos mais do que os amam». Estas características não vieram a confirmar-se em trabalhos posteriores como salientam Rutter (1971), e outros. Independentemente do valor dado a estas hipóteses etiológicas torna-se artificial a definição de uma tipologia para os pais destas crianças até porque, actualmente, à luz da perspectiva transaccional sabe-se como as reacções dos pais podem ser reflexo do comportamento da própria criança. Para Soulé (1976) a mãe da criança Autista «não conseguiria fazer luto do seu filho imaginário, dada a sua incapacidade de estabelecer uma comunicação mutuamente satisfatória com a criança real», o que perturbaria ainda mais a interacção.

Escalona (1963) afirma que a controvérsia para determinar se o Autismo é «devido a um relacionamento materno inadequado» ou devido a deficiências inatas perde o significado pois «ele é resultado de uma falta de experiências vitais para a síntese do Ego».

Ruttenberg (1971) considera que a criança Autista falha no desenvolvimento da relação objectal e na modulação das pulsões instintivas. Enfatiza, no entanto, a relação entre factores etiológicos intrínsecos orgânicos e psicológicos ambientais.

David Beres (1960) refere que «somente com o desenvolvimento da capacidade de criar representações mentais do objecto ausente a criança realmente progride da resposta imediata, afectiva, afectomotora e sincrética, para a resposta conceptualizada, abstracta e protelada, caracteristicamente humana». Essa representação mental do «objecto simbiótico temporariamente ausente» serviria de catalizador que permitiria a maturação do Ego e o desenvolvimento do afecto.

Enquanto para alguns Autores existe impossibilidade da criança Autista organizar comportamentos de vinculação (Mahler, 1952; Bowlby, 1973) para outros (Victor, 1983) esses comportamentos organizam-se de forma intensa e bizarra. Nesta segunda perspectiva o Autismo seria encarado como resultante de experiências prolongadas e intensas de separação com reacções posteriores inadequadas por parte das figuras de vinculação. Esta opinião não foi até à data confirmada empiricamente (Gillberg et al., 1990).

Para outros Autores (Tinbergen & Tinbergen, 1972; 1983) o Autista vive num estado de permanente ansiedade dominado por um conflito motivacional (aproximação-evitamento) porque teria mais facilidade em responder aos estímulos que provocam reacções de evitamento do que aos que provocam aproximação, o que explicaria o evitamento do contacto visual.

Segundo Stern (1971), talvez os bebés Autistas apresentem uma falha na organização de certas estruturas pré-determinadas e inatas que os incapacitem de «estar com o outro». O «self» emergente integrador das várias percepções não funciona e existe como que um «desmantelamento sensorio-perceptivo» no conceito de Meltzer (1980). Esta perturbação como salienta Gonçalves (1990) determina alterações graves da resposta do meio num ciclo vicioso de comunicação.

A perspectiva psicogénica admite a existência de um «Autismo Secundário» – paragem ou regressão no desenvolvimento com retraimento Autista como consequência da falha na relação primária por incapacidade materna de dar uma resposta adaptativa e interpretativa às características e necessidades do bebé (Gonçalves, 1985). O desenvolvimento destas crianças não permitiria a organização de limites entre um «self próprio» e o outro (self inter-subjectivo de Stern), podendo, perante uma situação de stress (doença, separação) dar-se uma fragmentação do Eu fragilizado. A evolução do quadro dependeria, de acordo com Gonçalves (1985) da precocidade de início e da possibilidade da criança já ter englobado partes sadias do «self» da figura de vinculação (internalização do bom objecto – em paralelo com o conceito de Psicose Simbiótica de Mahler).

A incapacidade do Ego para criar a imagem intra-psíquica ou a perda de uma «precária» representação mental do objecto simbiótico estariam na origem do desenvolvimento Autista ou Psicótico, para a maioria dos Autores psicogenicistas (Mahler, 1979). No caso particular do Autismo esta falha levaria à perturbação ou ausência do desenvolvimento dos processos de vinculação (de acordo com esta perspectiva) e implicaria a necessidade de criar uma «neo-relação estruturante terapêutica» (Ruttemberg, 1971).

11. LINHAS DE INVESTIGAÇÃO – INTEGRAÇÃO GLOBAL

A tentativa de integração dos diferentes dados científicos representa um objectivo a nível de Clínica e de Investigação.

Vários autores propuseram diferentes modelos conceptuais integrativos.

Morton e Frith (1995) propõem um sistema de 4 níveis no qual factores biológicos inespecíficos causariam alterações cerebrais com respectiva disfunção a nível cognitivo, conativo e comportamental. As limitações a este modelo consistem na sua pouca precisão e especificidade na articulação entre os factores causais e no facto de partir do princípio que o déficite cognitivo é constante.

Rourke (1995) insiste na ligação entre anomalias cerebrais e disfunção cognitiva, baseando-se na possível lesão de substância branca interferindo com a comunicação inter-hemisférica. Embora arrojado o modelo carece de confirmação empírica e ignora os mecanismos genéticos.

Courchesne, Townsend e Chase (1995) sugerem um modelo que tenta articular a estrutura, função e manifestações comportamentais no Autismo. Propõem que anomalias a nível do cerebelo e córtex parietal originam disfunção a nível do processamento de informação resultante de atenção, perturbando a comunicação social. Embora valorizem os aspectos do desenvolvimento neural não entram em linha de conta com os factores genéticos.

Bachevalier (1994) (com base em estudos com animais) propõe que anomalias a nível do lobo temporal medial (complexo amígdala), levam a perturbação de memória e dos comportamentos socio-emocionais.

A limitação principal é a dificuldade em extrapolar para os seres humanos os resultados considerando a perturbação de funções superiores como a linguagem.

Pennington e Welsh (1995) valorizam a perspectiva neuropsicológica e a necessidade de articulação com dados neurobiológicos mais precisos.

Bailey (1996) refere a necessidade de saber se o Síndrome Autista representa de facto uma unidade clínica ou se existe apenas uma aparente coesão de diferentes quadros, sendo essencial definir os limites do diagnóstico. Reforça a importância de desenvolver algum tipo de marcador diagnóstico e do desenvolvimento de baterias de testes neuropsicológicos para identificar déficits mais específicos.

Aponta para o interesse de combinar métodos imagiológicos funcionais (SPET/PET) com baterias de testes neuropsicológicos avaliando por exemplo a validação da Teoria da Mente e relação entre possíveis áreas cerebrais e a realização de determinadas tarefas (em grupos de Autistas e sub-grupos com características clínicas particulares). São necessárias mais investigações nomeadamente a nível de genética molecular que tente responder a várias questões ainda em aberto.

De qualquer forma, à luz dos conhecimentos actuais, considera-se que o Autismo consiste num síndrome comportamental, inserido numa perturbação global do desenvolvimento que, embora possa relacionar-se com diferentes factores etiológicos, representa uma disfunção comum específica envolvendo determinadas áreas a nível cerebral e a nível bioquímico, possivelmente correspondendo a predisposições genéticas, com diferentes expressividades fenotípicas.

É possível que esta disfunção origine um défice nas capacidades necessárias ao desenvolvimento de simbolização e da representação mental o que perturbaria o desenvolvimento afectivo e relacional.

Qualquer que seja a perspectiva pela qual se encara o Autismo torna-se evidente a necessidade da integração dos conhecimentos em projectos articulados de investigação. A «solução» a existir, estará provavelmente nos pontos comuns e não nos divergentes ...

Assim sendo, provavelmente o essencial é encontrar os pontos de convergência entre as abordagens sócio-cognitiva, comportamental e afectiva, integrando os conhecimentos neurobiológicos e neuropsicológicos disponíveis.

Só numa perspectiva integrativa e transaccional se poderá entender uma patologia tão complexa e global como o Autismo que será, provavelmente o protótipo de patogenia para a qual contribuem múltiplos factores, o que terá de ser tido em conta não só na Avaliação Diagnóstica como na Intervenção Terapêutica.

PARTE II

AUTISMO E PROCESSOS DE
VINCULAÇÃO

«É uma sorte para a sobrevivência dos bebés que a Natureza os tenha ensinado a seduzir e a escravizar as mães».

Bowlby

The Nature of the Child's Tie to His Mother

1. TEORIA DA VINCULAÇÃO

1.1. FUNDAMENTOS DA TEORIA DA VINCULAÇÃO

A teoria da vinculação foi originalmente desenvolvida por Bowlby e apresentada, em seus traços essenciais, na célebre trilogia «Attachment and loss» (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

O Autor integrou conceitos de vários modelos do Desenvolvimento, da Psicanálise e da Teoria Geral dos Sistemas, à luz da perspectiva etológica. Nesse contexto salientou a importância dos comportamentos da vinculação, determinados por necessidades instintivas de apego primário que desempenhariam funções adaptativas ligadas à sobrevivência.

Bowlby (1969) considera que a criança evidencia uma predisposição instintiva para procurar e manter a proximidade com a mãe (figura de vinculação) para protecção em situações de insegurança. Estas expectativas contribuem para o desenvolvimento de estratégias interactivas organizadas na base de sistemas representacionais acerca do próprio e dos outros, revelando formas específicas do sujeito regular as suas emoções. Estes sistemas representacionais, com origem na interacção constituíram os «modelos dinâmicos internos de funcionamento» que passariam a constituir parte integrante da Personalidade.

A vinculação do bebé à mãe tem por base sistemas de comportamento característicos da espécie, relativamente independentes um dos outros no início e que, no decurso do Desenvolvimento, em função das interacções recíprocas mantidas com a figura materna se vão integrando e estruturando. Esses comportamentos, de base instintiva, têm como objectivo manter a proximidade da mãe como função de protecção. Podem ser

comportamentos de **sinalização** (chorar, sorrir, balbuciar, chamar) e comportamentos de **aproximação** (sugar, agarrar, aproximar, seguir).

Em termos evolutivos, como refere Bowlby, o sistema da vinculação terá conferido uma vantagem selectiva à nossa espécie ao permitir que a criança, na fase de maior vulnerabilidade à adversidade do meio, se mantivesse próxima do Adulto protector.

Em 1984, na reedição do 1º volume da trilogia «Attachment and loss», Bowlby considera que os processos da vinculação são controlados por um sistema comportamental que seria activado de acordo com as condições interna ou externas. Enquanto estrutura instintiva o sistema comportamental pode ser activado por vários factores:

- condições internas da criança (fadiga, fome, dor, doença);
- localização e respostas da mãe (ausência, desencorajamento, afastamento, alarme);
- características ambientais (rejeição, alarme, estranheza do meio).

Para Bowlby a criança ao nascer já vem equipada com sistemas (inicialmente pouco discriminados) que são activados pelo meio e se articulam entre si, servindo de base ao desenvolvimento da vinculação.

Este desenvolvimento processar-se-ia em quatro fases (Bowlby, 1969/1984):

- 1ª fase** – «Orientação e sinais com discriminação limitada das figuras» (0-12 semanas): a capacidade de discriminar pessoas nesta fase limita-se a estímulos visuais e auditivos mas já permite o início da diferenciação entre o familiar e o estranho.
- 2ª fase** – «Orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas» (3-6 meses): o comportamento é preferencialmente orientado para a figura da vinculação.
- 3ª fase** – «Manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e sinais» (6-24 meses): a criança orienta mais a actividade

para a mãe, procurando manter a proximidade e reagindo à sua ausência ou regresso. Existe já uma discriminação nítida em relação ao estranho e um intuito vincutivo à mãe.

4ª fase – «Formação de uma relação recíproca corrigida para a meta» (após 24 meses): A criança já interioriza a imagem da mãe como constante no espaço e no tempo mas percebe que a sua permanência junto dela não depende apenas da sua vontade. Passa a adoptar comportamentos mais flexíveis e adaptados aos objectivos, de acordo com a previsão relativamente aos comportamentos da mãe e às metas a atingir.

Todo o processo de maturação deste sistema depende da interacção com a figura da vinculação que vai aprendendo a interpretar e a responder aos sinais da criança com maior ou menor sensibilidade e disponibilidade, sendo fundamental esta experiência subjectiva de «segurança» para a futura regulação das respostas emocionais e desenvolvimento psico-afectivo (Sroufe et al., 1985). De acordo com esta conceptualização conclui-se que as diferenças na qualidade de interacção levam a diferentes qualidades ou padrões da vinculação.

A criança vai progressivamente construindo um conhecimento acerca dos outros, de si própria e do meio que lhe servirá de «filtro» relativamente à forma como irá decodificar os sinais interactivos. Estas informações passarão a estar disponíveis na organização dos processos de vinculação, aumentando a eficiência do sistema de forma progressiva.

As observações de Bowlby sobre as consequências da privação materna precoce, publicados em 1951 no relatório «Maternal Care and Mental Health» elaborado a pedido da Organização Mundial da Saúde, foram determinantes no desenvolvimento da Teoria da Vinculação.

Baseou-se nos registos feitos por Anna Freud e Dorothy Burlingham, durante a II Guerra Mundial, sobre comportamentos atípicos em crianças institucionalizadas e ainda

nos trabalhos de Spitz e Wolf (1946) acerca da «Depressão anaclítica» em resultado da separação precoce da mãe.

Para além da revisão da literatura baseou-se também nas suas próprias observações e registos de antecedentes da privação afectiva precoce em delinquentes presos por furto. Estes estudos levaram-no a formular a hipótese de que a privação precoce de cuidados maternos, a perda da figura de vinculação, seria determinante no desenvolvimento, podendo levar a atrasos (especialmente na responsividade social e linguagem) e a perturbações no funcionamento futuro da Personalidade (dificuldade nas relações interpessoais e na adaptação social). Estas consequências dependeriam da intensidade, frequência e duração da separação (sendo o período mais vulnerável entre os 6 e os 18 meses).

As reacções à ausência materna passariam por três fases:

- **Protesto** – a criança reage activamente à separação geralmente com choro intenso.
- **Desespero** – Os movimentos activos da procura da mãe diminuem de intensidade, assim como o choro, revelando uma aparente quietude e tristeza numa fase de luto profundo.
- **Desapego** – A chegada da mãe é vivida com indiferença ou distância. No caso de se perpetuar a ausência, estabelece interacções sociais pobres e superficiais, enveredando por um desinvestimento relacional progressivo.

Este estado de aparente alheamento e desapego (Bowlby, 1969/1984) pode em certos casos simular um Quadro Autista (Wing & Attwood, 1987), melhorando gradualmente com a reposição da relação afectiva o mais precocemente possível. Este aspecto confirma a importância da vinculação no desenvolvimento das capacidades da interacção social (Bowlby, 1953).

Bowlby baseou-se de certa forma no conceito da Depressão Anaclítica (Spitz & Wolf, 1946), segundo a qual a criança (após os 6 meses de idade) pode entrar num estado de Depressão, apatia e alheamento, em consequência da separação da mãe. **Spitz** refere a

importância da Angústia do 8º mês como indicador do reconhecimento da Identidade Materna, marcando o início do «Estado Objectal» (6º-8º mês). Nesta altura a criança já conserva os traços mnésicos do rosto materno e compara-os com os do estranho reagindo à diferença com «angústia da perda do objecto» (Spitz, 1946).

Paralelamente M. Mahler (1965) fala da fusão inicial do bebé com a sua mãe num estado de dependência absoluta. A função de «Maternage» permitiria um investimento sensorio-perceptivo progressivo, com a diferenciação do Eu e do Não-Eu, por volta do 6º mês quando o objecto parcial adquiriria especificidade.

Para Winnicott (1896-1971) os cuidados maternos gratificantes (mãe «suficientemente boa») também são essenciais para o desenvolvimento afectivo. Pressupõe a capacidade da identificação da mãe ao recém-nascido (preocupação maternal primária): capacidade de se colocar no lugar do filho e perceber os seus sinais e desejos, condicionando a estruturação progressiva do Ego do bebé. Considera como essenciais as funções maternas:

- Holding (suporte; protecção) → importante na diferenciação do Self
- Handling (manipulação) → importância na interrelação psicossomática
- Object-presenting (colocar o objecto à disposição) → importância no desenvolvimento das relações objectais.

Enquanto os Autores psicanalistas interpretavam as necessidades do apego como secundárias às necessidades básicas e consequente obtenção de prazer, Bowlby considera aquelas necessidades como primárias e instintivas. Baseou-se também nos trabalhos de Heiroth (1910) e Lorenz (1935; 1937) sobre o «imprinting» «... fenómeno pelo qual uma ave nidífuga recém-nascida, nas horas que sucedem à eclosão se impregna das características da mãe e da espécie» (Montagner, 1993) que reforçam que a motivação para seguir a figura materna parece ser inata e determinada por pressão selectiva com vantagens adaptativas ao meio.

1.2. VINCULAÇÃO E SITUAÇÃO ESTRANHA

Com o objectivo de avaliar as diferenças na qualidade da vinculação, Ainsworth e Wittig (1969) desenvolveram um procedimento laboratorial com base no pressuposto de que os comportamentos de vinculação são activados face à ausência da mãe, em particular perante situações ou pessoas desconhecidas.

Designado por «Situação Estranha» este procedimento é constituído por oito episódios de 3 minutos de duração durante os quais expõe a criança a níveis crescentes de stress (introdução em ambiente não familiar, interacção com o adulto não familiar e duas separações da figura de vinculação).

Quadro 4 – SITUAÇÃO ESTRANHA

(Resumo do Procedimento)

Episódio	Participantes (1)	Duração	Descrição da Acção
1	M, B, E	30 s	E mostra a sala a M e B e sai
2	M, B	3 m	M deixa B a explorar
3	E, M, B	3 m	E entra: 1º minuto: E senta-se calado 2º minuto: E conversa com M 3º minuto: E aproxima-se de B M sai discretamente
4	E, B,	3 m ou menos	E responde a B (pode confortar)
5	M, B	3 m	M entra e E sai; M saúda/conforta B M instiga B a voltar a brincar M sai despedindo-se
6	B	3 m ou menos	B fica sózinho
7	E, B	3 m ou menos	E entra e interage com B
8	M, B	3 m	M entra, saúda e paga em B. Sai E

(1) Participantes (M = Mãe; B = Bêbé; E = Estranho; O = Observador) (in Soares, 1992).

Quadro 5 – CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO (EPISÓDIOS DE REUNIÃO 5º E 8º)
in Lopes dos Santos (não publicado)

Classificação	Terminologia	Procura de Proximidade	Manutenção do Contacto	Evitamento	Resistência
A	Evitante	Baixo	Baixo	Alto	Baixo
B	Seguro	Alto	Alto	Baixo	Baixo
C	Resistente	Alto	Alto	Baixo	Alto

A primeira aplicação da Situação Estranha permitiu observar três tipos de reacção nos episódios de separação:

- a) «perturbação escassa»
- b) «perturbação evidente»
- c) «maladaptativa» (manifestações contraditórias de Ansiedade).

Posteriormente, centrando a atenção nos episódios da Reunião, avaliaram em escalas de 7 partes os seguintes comportamentos (procura da proximidade; manutenção de contacto; evitamento; resistência; procura da mãe; distância na interacção).

Com base nos padrões de comportamento nos episódios de Reunião, Ainsworth, Blehar et al. (1978) desenvolveram uma investigação que permitiu obter três classificações de segurança na vinculação (Quadro 3):

- A primeira diz respeito às **crianças com vinculação segura (Padrão B)** – atingindo 65% dos sujeitos. A criança segura procura a proximidade da mãe após a separação, utilizando-a como fonte de conforto e «base segura» para exploração. Revela satisfação com o regresso da mãe, podendo saudá-la ou sorrir (B1 e B2) ou procurando activamente a proximidade e o contacto (B3 ou B4).
- O **segundo grupo – crianças inseguras-evitantes (Padrão A)** – corresponde a 20% das amostras típicas de Ainsworth. Neste caso a criança mostra evitamento da

proximidade e do contacto, não revelando reacção à chegada da mãe (ou revela-a com atraso).

- O terceiro grupo (Padrão C) – **Crianças inseguras-resistentes** (15% das amostras típicas) – foi denominado de ambivalente nas primeiras classificações porque neste caso as crianças revelam por um lado preocupação com a ausência da mãe mas, por outro lado, reagem com resistência ou irritação perante o seu regresso. As crianças do subgrupo C1 demonstram comportamentos de procura e manutenção de proximidade combinados com comportamentos de resistência. As crianças do subgrupo C2 combinam este comportamento com passividade.

Após a distribuição das amostras pelos padrões referidos detectou-se um grupo de crianças que não era classificável em nenhum dos padrões. Este grupo foi estudado por Main e Solomon (1990), tendo sido classificado como «**inseguro-desorganizado/ /desorientado**» (Padrão D). Estas crianças apresentam comportamentos contraditórios, desorganizados ou bizarros, sem propósito ou orientação aparentes. Supõe-se que este tipo de vinculação esteja ligado à activação simultânea do medo e apego em relação à figura da vinculação podendo levar a uma situação de conflito com angústia extrema, originando a desorganização comportamental e emocional (Main & Hesse, 1990). Os estudos retrospectivos de Ainsworth e Eichberg (1991) ou de Main e Hesse (1990) sugerem a hipótese de que este padrão possa estar ligado a experiências traumáticas não resolvidas durante a infância da mãe (perdas precoces, maus tratos), revelando o peso transgeracional das interações primordiais. Na verdade, sabe-se como as representações mentais, mais ou menos conscientes, do passado afectivo vão influenciar a capacidade de transmitir o afecto – «apenas podemos falar nas linguagens que aprendemos». Assim, é frequente que a criança insegura se torne uma mãe pouco securizante, a criança mal tratada se torne uma mãe maltratante. O que se torna relevante no Padrão D é o comportamento contraditório, bizarro ou desorganizado como se não houvesse uma descodificação clara e coerente dos sinais de comunicação e interacção.

Neste sentido não é surpreendente que seja este o tipo de padrão mais frequentemente encontrado na criança Autista, tão difícil de classificar (Capps, 1994).

1.3. VINCULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

De acordo com os diferentes tipos de vinculação vão sendo internalizados sistemas representacionais que codificam a informação acerca do Self e dos outros e organizam padrões de regulação emocional. Assim, uma criança que estabelece uma vinculação segura é capaz de explorar o meio com confiança, expressa as emoções directamente com função de comunicabilidade e desenvolve expectativas positivas acerca do outro e das suas próprias capacidades (Ruiter & Van Ijzendoorn, 1993).

Uma criança que experiencia uma relação da vinculação como rejeitante provavelmente construirá um modelo representacional de si própria como inaceitável ou desprezível. Vários estudos realizados com amostras de alto risco (baixo NSE, maus tratos, negligência e psicopatologia materna: PMD/comportamentos aditivos) revelaram altas percentagens de crianças inseguras (Cummings & Cichetti, 1990; O'Connor, Sigman & Kasari, 1992; Spieker & Booth, 1988; Carlson, Cichetti, Barnett & Braunwold, 1989; Crittenden & Ainsworth, 1989).

Processos defensivos podem interferir com o desenvolvimento das representações quando a experiência provoca angústia ou sofrimento. Bowlby considera que existe um mecanismo de exclusão defensiva relacionado com a memória que permite excluir a experiência angustiante, à semelhança do conceito de «recalcamento» Freudiano.

Os indivíduos que desenvolvem uma vinculação segura, normalmente tiveram pais apoiantes que encorajaram a autonomia e a auto-estima, favorecendo a passagem destes modelos para a geração seguinte (teoria da transmissão intergeracional da vinculação) valorizando estes aspectos a nível representacional.

Há uma capacidade inata para a relação, de certa forma relacionada com o equipamento genético mas também dependente do meio físico e humano envolvente. É fundamental o conjunto de capacidades pessoais e segurança relacional da própria mãe de forma a permitir uma interacção positiva e eficaz com o seu bebé (suficientemente «boa» no conceito de Winnicott, para fornecer segurança interna ...) mas também é importante o contributo da própria criança, na perspectiva transaccional (Sameroff & Chandler, 1975).

Na perspectiva organizacional acredita-se que vários mecanismos estão subjacentes à continuidade do funcionamento individual, num processo que envolve auto-regulações orgânicas e ambientais. Assim, considera-se que a criança participa activamente na sua experiência:

- porque se comporta de forma a eliciar respostas que suportam adaptação anterior (ex: isolando-se porque se acha rejeitada);
- porque escolhe selectivamente aspectos do meio que reforçam um comportamento particular;
- porque interpreta situações ambíguas de forma consistente com experiências anteriores.

Na perspectiva desenvolvimental estas estruturas e mecanismos auto-reguladores são vistos como modos característicos de regulação dos afectos e expectativas associadas a crenças internalizadas de padrões diádicos.

A vinculação pode então ser equacionada como uma experiência de ordem afectiva, à luz da qual os indivíduos estruturam gradualmente os padrões da sua intencionalidade (Lopes dos Santos, 1995).

Muito antes de saber falar a criança começa a organizar uma rede de sinais, emoções, afectos e comportamentos que permitem e resultam da interacção com a mãe, favorecendo o desenvolvimento da vinculação como matriz do seu próprio desenvolvimento.

Bowlby (1973) enfatiza que as transacções interpessoais significativas na infância vão sendo internalizadas sob a forma de modelos representacionais (internal working models). Estas representações, codificando os aspectos qualitativos da experiência afectiva, constituem um sistema de significados que vão servir de base à formação de auto-conceito e ao modo como o indivíduo interpreta os sinais de outros parceiros da interacção. Estes modelos tendem a funcionar no registo incosciente e a resistir à mudança, tendo

implicações importantes no desenvolvimento futuro da capacidade de se relacionar com os outros.

Como salienta Sroufe (1989) a partilha da experiência afectiva precoce serve como um reservatório de sentimentos positivos que suportam a relação mãe-filho e coordenam o desenvolvimento de esquemas interactivos futuros e a regulação das emoções.

De acordo com a teoria da vinculação, as primeiras interacções moldam na criança modelos dinâmicos internos que terão impacto nas experiências subsequentes, influenciando o processamento da informação, memória e conceptualização, criando reforços que tendem a estabilizar os modelos (Main & Weston, 1981).

Vários estudos, inspirados na perspectiva organizacional, procuram determinar as sinergias na organização dos processos de vinculação e desenvolvimento noutras áreas, especialmente a nível cognitivo (Ruiter & Van Ijzendoorn, 1993).

A criança segura utiliza a figura de vinculação como «base segura» (Ainsworth, 1973) para a exploração do meio de forma mais confiante e autónoma do que a criança insegura. A sua confiança (em si e no outro) permite solicitar ajuda quando necessário, favorece o aumento do fluxo da informação e parece afectar os processos metacognitivos (Main, 1991).

Uma vinculação segura é marcada pelo aumento de atenção à interacção que se desenvolve de forma mais harmoniosa, promovendo a competência cognitiva, o que tem sido salientado em vários trabalhos (Cichetti, 1990; Coster, Gersten, Beeghly & Cichetti, 1988). Na segunda metade do primeiro ano de vida a criança desenvolve muito a sua capacidade de coordenar uma variedade de respostas comportamentais adaptativas e flexíveis. As interacções diádicas marcadas pela sincronia, resistência ao stress e trocas afectivas apropriadas são associadas a adaptações e a resoluções problemáticas com êxito (Ruiter & Van Ijzendoorn, 1993).

Matas, Arend e Sroufe (1978) observaram que as crianças seguras revelavam mais envolvimento, persistência, entusiasmo e cooperação no jogo simbólico com desempenho mais satisfatório do que as crianças inseguras.

A relação entre a qualidade da vinculação e o desempenho parece perdurar no tempo. Ruiter e Van Ijzendoorn (1993) salientam que os alunos «seguros» tendem a apresentar maior cooperação, maior auto-estima e maior motivação para a mestria o que se reflecte nos resultados académicos.

Bus e Van Ijzendoorn (1988) verificaram as mães das crianças seguras tendem a monitorizar e a avaliar verbalmente o desempenho dos filhos, reforçando-os positivamente. Gus et al. (1993) procuraram estudar a relação entre a segurança na vinculação e a emergência das capacidades de leitura. Concluíram que as crianças mais seguras eram mais capazes de se interessar pela leitura, com menos distractibilidade, assim como se verificou que as suas mães eram mais competentes e interessadas na interacção durante a leitura. Segundo Moss, Parent, Gosselin e Dumont parece haver uma convergência complementar entre as teorias de Bowlby e Vygotsky (Bus & Van Ijzendoorn, 1988). Bowlby salienta a importância da qualidade na vinculação para o desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento, Vygotsky enfatiza que as funções psicológicas complexas são internalizadas a partir das interacções sociais com o adulto (capaz de detectar e estimular o potencial da zona proximal do desenvolvimento de forma adequada). A qualidade de vinculação pode assim aumentar ou inibir o desenvolvimento cognitivo através da interacção social (Meins, 1997). Esta interdependência é especialmente evidente a partir do terceiro ano com o desenvolvimento da linguagem e da capacidade da criança comunicar os seus planos e negociar com o adulto num contexto de colaboração.

Tanto Bowlby como Vygotsky pressupõem que há uma gradual transferência das funções sociais e cognitivas interpessoais para as intrapessoais através de um processo de internalização. Ambos aceitam que os padrões precoces de co-regulação mãe-criança são fundamentais para a adaptação de comportamentos de colaboração posteriores. Tanto um como outro salientam que a representação interna é um mediador de continuidade desenvolvimental funcionando como um modelo organizacional co-constutivo. Assim, não só os modelos representacionais influenciam as capacidades metacognitivas que emergem da interacção social como «são influenciados continuamente por esta interacção».

«Se nos dispomos a descrever um bebé, chegamos à conclusão de que estamos a descrever um bebé e mais alguém».

(Winnicott, 1987)

1.4. VINCULAÇÃO E INTERACÇÃO

No primeiro volume da trilogia «Attachment and loss» (1969) Bowlby sustenta a importância dos modelos da relação entre a criança e os seus pais na organização dos processos de vinculação. Defendia a necessidade de se identificarem as características do comportamento parental que poderiam influenciar essa organização.

Ainsworth et al. (1978) foram os primeiros a estudar a importância dos factores de interacção mãe-filho no desenvolvimento da qualidade da vinculação, utilizando a Situação Estranha. As medidas usadas para caracterizar o comportamento interactivo das mães incluíam quatro escalas (pontuadas de 1 a 9 pontos). Estas escalas eram aplicadas a características básicas do estilo de interacção:

- **Sensibilidade** – capacidade do Adulto «perceber e interpretar adequadamente os sinais implícitos no comportamento da criança ... e de lhes responder prontamente de forma adequada» (ao estado emocional e nível de desenvolvimento).
- **Aceitação** – refere-se à capacidade da mãe conseguir um «equilíbrio entre os seus sentimentos positivos e negativos relativos ao bebé» e a forma como consegue integrar e resolver esses conflitos.
- **Cooperação** – refere-se ao «respeito pela autonomia do bebé» e a aceitação da sua individualidade, evitando o excesso de controlo ou intervenção directiva.
- **Acessibilidade** – pressupõe «estar disponível para atender aos sinais e necessidades da criança». Implica uma disponibilidade física e psicológica (a mãe inacessível está demasiado centrada nas suas actividades ou preocupações).

Os resultados demonstraram que havia uma associação entre os padrões de vinculação da criança e as características da mãe, principalmente no que respeita à **sensibilidade**.

Outros estudos posteriores (Belsk, Rovine et al., 1984; Grossman, Grossman et al., 1985; Isabella, 1993) replicaram estes resultados, valorizando a importância da sensibilidade materna.

Goldsmith e Alansky (1987) na primeira meta-análise sobre o tema alertam para a possibilidade desta correlação entre segurança na vinculação e sensibilidade materna não ser assim tão forte. De Wolf e Van Ijzendoorn (1997) referem que, apesar da sua inegável importância a sensibilidade parental não constitui o único factor determinante no desenvolvimento da vinculação. Na meta-análise realizada a partir da literatura sobre o tema, realçam o peso de outras variáveis como por exemplo: a **mutualidade** (trocas interactivas orientadas para o mesmo objectivo), a **sincronia** (grau de reciprocidade e gratificação mútua), a **atitude positiva** (expressão materna de afecto positivo) e a **estimulação** (acções dirigidas ao bebé).

De qualquer forma torna-se evidente que a qualidade da interacção desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da vinculação.

Recentemente vários trabalhos têm vindo a ser desenvolvidos na tentativa de prevenir ou corrigir perturbações na vinculação, embora os seus resultados sejam controversos (Van Ijzendoorn et al., 1995). Enquanto alguns estudos consideram fundamental a sensibilidade parental outros enfatizam a importância das representações mentais dos próprios pais sobre a vinculação, relativamente à sua auto-biografia (Main, Kaplan & Carsidy, 1985). Neste sentido foram desenvolvidos dois tipos principais de intervenção: um com base comportamental e outro com base na abordagem representacional.

Um exemplo do primeiro tipo de intervenção é o trabalho de Anisfield, Casper, Nozyn e Cunningham (1990) que parte do pressuposto de que aumentando o contacto físico entre a mãe e o bebé haveria aumento a nível da sensibilidade materna e, conseqüentemente da segurança na vinculação. Embora houvesse de facto um aumento na

percentagem de crianças seguras comparativamente ao grupo controlo, o aumento na sensibilidade materna não foi significativo.

Outros trabalhos nesta linha são os de Jacobson e Frye (1991) fornecendo suporte social, visitas domiciliárias (Beckwith, 1988) ou outro tipo de apoios aos pais, com vista ao ensino de estratégias e informações para melhorar a interacção mãe-criança, a nível comportamental.

Relativamente ao segundo tipo de abordagem, baseia-se nos trabalhos de Fraiberg et al. (1975) de psicoterapia mãe-criança, analisando as vivências da própria mãe e as suas representações mentais da vinculação. No seu desejo de ter um filho a mulher experimenta uma forma de «dupla identificação» (Brazelton, Cramer, 1989). Ela identificar-se-à ao mesmo tempo com a própria mãe e com o feto, desempenhando deste modo o papel de mãe e de filha, com base em experiências passadas consigo própria quando bebé.

Como diz Lebovici toda a mãe carrega em cada gestação «três bebés» (o filho imaginário, o filho fantasmático e o filho real), iniciando o processo de «vinculação ao seu bebé» muito antes do nascimento. Neste sentido, ao tentar intervir na organização da vinculação, será essencial a análise das vivências e representações mentais da própria mãe.

Os trabalhos de Lieberman, Westorn e Pawl (1991) são exemplo deste tipo de intervenção que procura «quebrar o ciclo de transmissão intergeracional de vinculações inseguras» (Carter, Osofsky & Hann, 1991; Cramer et al., 1990; Wright, 1986). Lieberman estudou os efeitos da intervenção terapêutica numa amostra de 93 mães, após avaliação inicial da segurança na vinculação dos filhos com a Situação Estranha e reavaliação após 24 meses. Encontrou valores significativos no aumento da responsividade e sensibilidade materna mas não ao nível da segurança na vinculação. Egeland e Erickson (1993) referem resultados da intervenção em mães de alto risco, através da modificação da sua representação mental da vinculação (STEEP PROJECT). Referem que houve aumento a nível da sensibilidade e competência das mães mas não foi significativa a influência na segurança da vinculação das crianças comparativamente ao grupo controlo.

De acordo com a meta-análise destes estudos realizada por Van Ijzendoorn et al. (1995) realçam-se as seguintes conclusões:

- ① As intervenções podem ser efectivas na melhoria de qualidade de sensibilidade materna aos sinais da criança.
- ② Parece haver ligeira melhoria na qualidade da vinculação.
- ③ Intervenções dirigidas e em curto período parecem mais eficazes do que as intervenções mais longas e menos dirigidas (sem foco estreito).
- ④ A melhoria a nível comportamental e na segurança da vinculação não implica necessária mudança na representação materna da vinculação. Concluiu ainda que, embora a sensibilidade materna se relacione directamente com a segurança na vinculação não é condição suficiente para que esta se desenvolva. Será importante, então, encontrar outros factores e meios de favorecer essa segurança.

Se os pais apenas adquiriram estratégias comportamentais para lidar com a criança poderão não ser capazes de se adaptar a ela à medida que se fôr desenvolvendo e alterando as suas necessidades vinculativas. Podemos presumir de forma optimista que, a longo prazo, as alterações comportamentais poderão provocar alterações favoráveis no plano representacional, até pelas interacções positivas que a criança mais segura e responsiva provoca na relação com os pais.

Bowlby enfatiza que estes padrões de interacção tendem a estabilizar e internalizar-se partindo do plano inter-pessoal para o plano intra-pessoal. Numa perspectiva transaccional (Sameroff & Chandler, 1975) a criança pode reforçar o comportamento e sensibilidade da mãe, podendo quebrar o ciclo inter-generacional de vinculação insegura ao permitir experiências vinculativas positivas que alteram as representações mentais da própria mãe (Fraiberg et al., 1975).

Sem dúvida que mais pesquisas e estudos longitudinais são necessários mas será certamente fascinante a possibilidade de favorecer uma evolução positiva, a nível de interacção precoce, na construção de um vínculo securizante, como base do desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo.

2. AUTISMO E VINCULAÇÃO

2.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO

Desde a descrição inicial de Kanner (1943) sobre o Autismo tem vindo a focalizar-se a atenção sobre a dificuldade relacional e aparente «ausência de vinculação» da criança Autista. As teorias psicanalíticas consideravam que existiria uma perturbação ou incapacidade no desenvolvimento de vinculação.

Para Despert (1937) o Autismo constituía um síndrome particular de «ausência do Desenvolvimento afectivo».

Mahler (1958) considerava que existiria no Autismo uma «fixação ou regressão a um estado arcaico de indiferenciação perceptiva» de forma que a mãe, «enquanto representando o mundo exterior, não seria percebida pela criança».

Betheleim (1967) referia que o «Autista desinveste do mundo exterior activamente para suprimir o desespero por não poder ser entendido o seu desejo».

Winnicot (1953) considerava que o «Autismo resulta do insucesso na adaptação do ambiente maternal» que leva à incapacidade de desenvolver relações objectais.

Todos estes Autores encaravam o Autismo como resultante da perturbação a nível da interacção mãe-filho com repercussão na incapacidade de desenvolver processos da vinculação.

Rutter (1979) descrevia as crianças autistas como incapazes de ter comportamentos de apego e consequentemente incapacidade na vinculação. Mais recentemente Cohen, Paul e Volkmar (1987) referem que a dificuldade na socialização resulta de «incapacidade de demonstrar apego às pessoas familiares». Contrariamente a estes conceitos, tem havido evidencia empírica que comprova que as crianças autistas são **capazes de formar vinculação** embora de forma diferente das crianças normais. Vários estudos recentes revelam que crianças autistas podem reagir à ausência da figura de vinculação, aumentando a proximidade quando ela regressa e distinguindo-a de um estranho (Rogers, Ozonoff & Maslin-Cole, 1991; Shapiro, Sherman, Coleman & Koch, 1987; Sigman & Mundy, 1989).

Tronick e Gianino (1986) usaram o modelo de «regulação mútua» para descrever a tarefa da criança relativamente à regulação do seu estado interno e externo (vivência e regulação dos estímulos externos), processo que, segundo estes autores, poderia estar deficitário na criança autista. Como refere Field (1986) se tanto do lado da criança como dos pais houver falta de responsividade, resultará perturbação no desenvolvimento de vinculação.

Frith (1989) descreve o défice na «partilha de atenção» na criança Autista, com dificuldade em distinguir o que está na sua mente e na dos outros o que perturbaria o desenvolvimento da empatia e vinculação. Sabe-se ainda como a diminuta responsividade da criança autista pode influenciar a gratificação e responsividade materna perturbando ainda mais o ciclo de comunicação (Hopper & Harris, 1990).

2.2. DIFERENTES CONTRIBUTOS

Até à data, poucos estudos procuraram classificar a segurança na vinculação de crianças autistas, comparando-as com crianças com outro tipo de patologias. Destes estudos concluiu-se que as crianças autistas apresentavam, na sua maioria sinais de vinculação segura embora com características peculiares (Rogers et al., 1991) comparativamente às categorias tradicionais.

Atendendo às características particulares da criança Autista poderiam levantar-se algumas questões metodológicas na avaliação da vinculação como salienta Buitelaar (1995): por um lado a Situação Estranha foi desenvolvida a partir da observação de crianças ditas normais entre 12 e 24 meses, idade inferior à das Autistas habitualmente avaliadas, o que poderia implicar ajustes do procedimento relativamente ao desenvolvimento e idade mental (por sua vez difícil de classificar nesta Patologia). Por outro lado seria importante, como enfatiza o mesmo Autor, atender ao processo da sincronização mãe-filho, habitualmente deficitário na criança Autista o que pode distorcer a organização da vinculação.

Finalmente seria provavelmente de grande interesse o estudo do desenvolvimento dinâmico do processo de vinculação nas crianças em risco de vir a apresentar Autismo (Shirataki et al., 1994). Baron-Cohen et al. (1996) estão a desenvolver um instrumento para detecção precoce destas crianças em risco a partir dos 18 meses o que parece muito promissor.

Shapiro et al. (1987), utilizando a Situação Estranha adaptada, referem que os processos da vinculação em crianças Autistas evidenciavam uma organização coerente, tendo identificado cerca de 47% de sujeitos seguros e 53% de inseguros-evitantes.

Sigman e Mundy (1989) e Sigman e Ungerer (1984) estudaram os comportamentos da vinculação, utilizando a Situação Estranha modificada em crianças Autistas. Verificaram que aquelas cuja reactividade era maior nos episódios da reunião e da separação estavam em níveis mais avançado de desenvolvimento do Jogo Simbólico (de notar que a amostra englobava crianças com 52 meses de idade, capazes de estabelecer a permanência do objecto, não havendo dados conclusivos quanto ao comportamento em idades mais precoces).

Dissanayake e Crossley (1996) compararam 16 crianças Autistas com 16 crianças com Síndrome de Down e um grupo de crianças normais (emparelhadas em idade e sexo) utilizando a Situação Estranha modificada e a observação de comportamentos de «Proximidade e Socialização». Constataram que não havia diferenças significativas no que respeita à manutenção da proximidade e orientação dos comportamentos da vinculação para a mãe.

Capps, Sigman et al., (1994) procuraram realizar a classificação da vinculação num grupo de crianças Autistas, utilizando as categorias A (inseguro-evitante), B (seguro), C (inseguro-ambivalente/resistente) e D (inseguro-desorganizado/desorientado) adaptando neste caso os critérios de Main e Solomon (1990). Observaram ainda a interacção mãe-filho em situação de jogo livre com o objectivo de se avaliar as respostas infantis através da ESCS (Escala desenvolvida por Seibert e Hogan, 1982) e a sensibilidade materna pela ERIC (Escala desenvolvida por Crawley e Spider, 1983).

No trabalho desenvolvido por Capps, verificou-se que as crianças autistas com vinculação mais segura eram também mais capazes de iniciação de contacto, maior responsividade e capacidades linguísticas mais desenvolvidas do que as crianças com vinculação insegura ou não classificável. Este estudo avaliou um grupo de 15 crianças (3 do sexo feminino e 12 do sexo masculino), cujo padrão de vinculação foi classificado como pertencente ao **Grupo D** (desorganizado/desorientado). Dentro desse grupo detectaram-se subclassificações, encontrando-se seis das crianças com vinculação segura (mostravam angústia no momento de separação da mãe e revelavam prazer e/ou contacto com olhar no momento de reunião). O procedimento utilizado consistiu na adaptação da situação estranha de Ainsworth gravada em video. A classificação da vinculação era feita por um perito em vinculação utilizando o sistema de avaliação de Ainsworth.

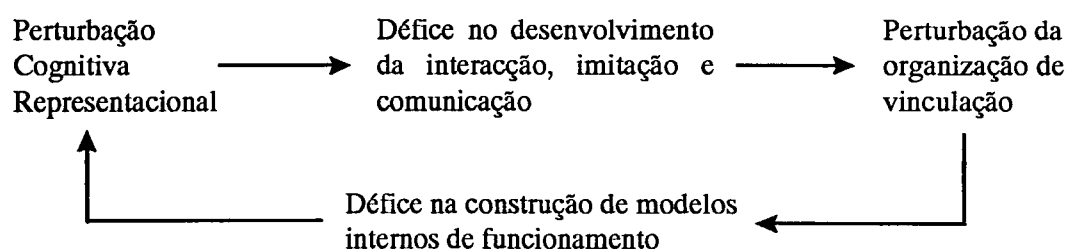
Segundo os Autores verificou-se uma correlação entre o grau de segurança na vinculação e o grau de sensibilidade e responsividade das mães. De acordo com a sua interpretação, a associação destas correlações sugere que a maior sensibilidade e responsividade parental poderão promover maior segurança na vinculação e favorecerão avanços nos domínios cognitivo e socio-emocional, promovendo por outro lado uma maior gratificação para os pais enriquecendo o ciclo de comunicação. Com base na literatura (Sroufe, 1988; Main, Kaplan & Carsidy, 1985; Matas et al., 1978) presume-se que maior segurança na vinculação promove o desenvolvimento de sistemas representacionais e ajuda à diferenciação do sentido do self (Lewis & Brocks-Gunn, 1979) favorecendo a evolução social e cognitiva (simbolização/abstracção), em indivíduos normais. De acordo com aquele trabalho será de considerar também essa possibilidade nas crianças autistas na medida em que se detectou uma correlação entre a maior segurança na vinculação e as capacidades representacionais e linguísticas no grupo avaliado (Capps, 1994).

3. ESTUDO EXPLORATÓRIO

3.1. INTRODUÇÃO

À luz da perspectiva organizacional, é possível considerar a hipótese de que a disfunção existente no Autismo (possivelmente de origem desenvolvimental) origina um défice nas competências necessárias ao desenvolvimento da simbolização e, consequentemente, das representações mentais dos afectos, perturbando a organização dos processos de vinculação e a interacção.

Por outro lado, partindo do princípio enunciado por Bowlby de que as primeiras interacções moldam a construção de modelos internos de funcionamento que influenciam o desenvolvimento cognitivo e social, pode-se inferir que o défice básico no Autista irá desencadear um processo de retroacção com auto-agravamento cíclico:



Assim, e tendo em conta os estudos anteriormente apresentados que revelam uma correlação positiva entre a segurança na vinculação, responsividade materna e competências representacionais na criança Autista (Capps, 1994) será admissível propôr uma tentativa de intervenção terapêutica que entre em linha de conta com estes factores, visando quebrar o ciclo de perturbação na interacção.

Nesse sentido temos vindo a propôr uma **estratégia global de intervenção** que procura utilizar as figuras de vinculação como principais estimuladores da criança Autista, através de um reforço apoiado e estruturado de interacção, desenvolvido essencialmente em duas fases:

1ª fase – promover organização da vinculação.

2ª fase – utilizar a figura de vinculação como intermediário da estimulação (apoia-
da por Técnico de Ensino Especial) visando o desenvolvimento gradual de:

- vínculo
- identidade
- imitação
- representação mental/conceptualização
- comunicação/linguagem
- autonomia
- socialização.

Vários autores como M. Mahler (1983), Fraiberg (1975) e, posteriormente Brazelton e Cramer (1989) entre outros, salientaram a importância do envolvimento dos pais no processo terapêutico.

*«Um bebé não pode existir sozinho,
é parte essencial de uma relação.»*

(Winnicott, 1987)

Este aspecto também foi enfatizado por Greenspan, no seu modelo de intervenção no desenvolvimento (Greenspan, 1989) ao descrever a influência dos factores constitucionais-maturativos nos padrões da interacção familiar e vice-versa. Realça a importância de atender às fases do processo do desenvolvimento numa perspectiva interactiva salientando 4 níveis essenciais:

1. *Partilha da Atenção e envolvimento* (0-4 meses): o bebé aprende a olhar, ouvir e partilhar prazer no contacto com a figura de vinculação protectora.
2. *Comunicação nos dois sentidos* (4-8 meses): início do «diálogo sócio-emocional» adicionado ao prévio «diálogo sensório-motor».
3. *Partilha de significados* (18-24 meses): a criança aprende a usar representações (imitação, jogo simbólico).

4. *Pensamento emocional* (> 24 meses): início da diferenciação representacional e emocional, quando a criança aprende a categorizar e inter-relacionar significados.

Segundo Greenspan é possível intervir no sentido de ajudar os pais a compreender os seus próprios padrões de interacção e a desenvolver competências que promovam o desenvolvimento ao longo destas fases da forma mais adequada à «sua criança».

O **objectivo** desta dissertação que pretende apenas ser um estudo exploratório, não é o de testar o tipo de intervenção (atendendo às limitações metodológicas) mas apenas o de tentar avaliar a existência de correlação entre a evolução positiva a nível da organização de comportamentos da vinculação, interacção mãe-criança e evolução clínica, avaliando a díade mãe-criança em dois momentos diferentes do processo de intervenção.

Passaremos então a descrever sucintamente a Estratégia Global de Intervenção utilizada e que serviu de base ao desenrolar do Estudo que vamos apresentar.

Estratégia Global de Intervenção

1ª Fase – ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO

*«Eu te olharei com teus olhos
e tu me olharás com os meus»*

(Moreno)

Durante a 1ª fase do processo procura fazer-se a sensibilização e esclarecimento dos pais relativamente à patologia da criança, tipo de dificuldades comunicacionais e possibilidades de intervenção.

É essencial uma avaliação prévia completa do desenvolvimento global da criança, definição de diagnóstico (equipa multidisciplinar) e elaboração do plano de investigação e

intervenção. Nesta **1ª fase** procura avaliar-se as expectativas da família, suas capacidades e recursos, de forma a poderem ser integrados estes dados no plano de intervenção. Para além das etapas de Avaliação/Diagnóstico e Esclarecimento, um dos objectivos desta fase é consciencializar os pais da sua importância e potencialidade como principais estimuladores da criança, fornecendo-lhes um apoio e reforço numa mensagem positiva quanto às possibilidades de evolução da mesma.

Durante este período que se inicia na **1ª consulta** e evolui ao longo das consultas seguintes inicia-se logo o contacto com os técnicos de Ensino Especial que apoiarão a estimulação da criança, seguindo-se o princípio de que é essencial a articulação entre os diferentes elementos participantes no processo. Desde a **1ª consulta** começam a ser fornecidas aos pais algumas indicações quanto à forma como devem promover o contacto com a criança, começando por responder às suas dúvidas e angústias relativamente às dificuldades vivenciadas. Simultaneamente é facultado o acesso a informações, instituições de suporte e possibilidades de contacto em caso de emergência ou crise.

Relativamente às **indicações** fornecidas (em conjunto com os técnicos de Ensino Especial a partir do momento em que são contactados) destacam-se as seguintes, no sentido de promover a **organização de vinculação**:

→ **Introdução – Mensagem aos pais:**

«O seu filho tem dificuldade em processar e organizar a informação por isso não entende os sinais de comunicação, não sabendo, consequentemente, responder aos mesmos. É como se vivesse num mundo caótico rodeado por «paredes de vidro». Com a nossa ajuda e, principalmente, com a ajuda dos pais, servindo-lhes de intérpretes dos sinais externos, ele poderá começar a organizar-se e a adaptar-se. De contrário tenderá a isolar-se em atitudes repetitivas numa tentativa de organização estereotipada. Os pais, como principais estimuladores, podem funcionar como intermediários entre a criança e o meio, ajudando-a aos poucos a «quebrar os vidros por fora» para poder depois «quebrá-los por dentro» e saber iniciar sózinha a comunicação com o mundo. Os pais, com o seu carinho, persistência e contacto diário, são as principais figuras neste longo

processo de construção vinculativa e relacional que servirá de base à evolução cognitiva e sócio-emocional».

→ Após a transmissão desta mensagem inicial, de forma a ser entendida pelos pais, fornecem-se **linhas básicas de orientação** simples e directas:

- **O contacto visual é essencial** – procurar gradualmente, de forma suave e não invasiva, estabelecer o contacto visual frequente, sempre que pretenda alguma forma de comunicação ou ensino, procurando associar esse contacto ao prazer físico (carícias, tonalidade de voz, etc.).
- **Evitar o isolamento** – A criança tende a isolar-se mesmo no meio dos outros. Deverá evitar-se, sempre que possível, esse isolamento, promovendo-se o contacto, não invasivo, através de estímulos que à partida lhe agradem (implica um trabalho prévio de observação e conhecimento do que agrada a **essa** criança).
- **Adaptação à criança** – Antes de lhe ensinar algo de novo é preciso adaptarmo-nos a ela e descobrir os seus interesses, partindo destes para a descoberta gradual de outros estímulos (numa fase posterior). É importante perceber quais os canais de comunicação e vias sensoriais privilegiadas pela criança ⇒ audição (ex: música), tacto (ex: água), etc.
- **Evitar mudanças bruscas de contextos, estímulos, rotinas ou contactos** – É fundamental manter um ambiente estável, securizante e organização em rotinas estruturadas (tempo, espaço, sequências, relações, sons...). É através das sequências e organização do meio que a criança vai aprender a organizar-se. As alterações bruscas vão perturbá-la levando-a por vezes a crises de agitação ou refúgio em atitudes estereotipadas. Quando isso acontece deve levar-se a criança para um ambiente calmo, estruturado, já conhecido, com estímulos familiares que a tranquilizem.
- **Contacto físico** – Além do contacto visual, a promoção do contacto físico gradual, suave e não invasivo, é importante. Deve associar-se ao prazer (carícias,

massagens), sendo o momento do banho privilegiado nesse sentido. O contacto mais ou menos ritualizado com a água, num ambiente agradável e tranquilo, permite um relaxamento regressivo que pode servir de base para o estabelecimento dum vínculo securizante. Vários Autores descreveram as vantagens da balneoterapia em crianças autistas (M. Mahler). Este momento que, nesta fase, servirá essencialmente para promover o contacto e a vinculação, poderá permitir posteriormente a introdução de novos estímulos e aprendizagens (ex: conhecimento do corpo).

- **Suporte de segurança** – Deve mostrar-se à criança a possibilidade de poder recorrer à mesma pessoa (mãe/pai) sempre que necessite de ajuda ou conforto, fornecendo estes apoios nas situações em que tal se justifique da forma mais imediata (pelo menos na fase inicial embora, posteriormente, se pretenda que ela aprenda a pedir ajuda). Neste item o que se pretende é que a criança comece a identificar de forma clara a figura de vinculação e aprenda a sentir a sua falta. Deverá associar-se aos poucos o nome «mãe», «pai» às respectivas figuras assim como a identificação gradual da criança, chamando-a sempre pelo nome (preparação para o trabalho posterior de construção da identidade).

2ª Fase – UTILIZAÇÃO DA FIGURA DE VINCULAÇÃO COMO PRINCIPAL ESTIMULADORA
(APOIADA POR TÉCNICO DE ENSINO ESPECIAL)

*«Só se conhecem as coisas que
se cativam»*

Saint-Exupéry
(In «O Príncipezinho»)

Pretende-se nesta fase que a figura de vinculação sirva de intermediária entre a criança e o meio ajudando-a a organizar, seleccionar e descodificar os estímulos que a rodeiam.

Os pais são apoiados por Técnicos de Ensino Especial que têm contacto directo com a criança pelo menos duas ou três vezes por semana. Procura-se que os pais assistam a estas sessões e desenvolvam depois em casa um programa de estimulação adaptado à sua criança.

Atendendo à disparidade de formação e diferentes origens dos Técnicos de Ensino Especial (espalhados por toda a Zona Norte do País) enfatiza-se a necessidade de articulação permanente entre os diferentes elementos envolvidos no processo. As indicações dadas aos pais na 1ª Fase são também fornecidas aos Técnicos procurando-se que as adaptem ao seu processo de estimulação, delineando-se um programa de intervenção em conjunto, tentando-se o máximo de uniformização mas também a adaptação individualizada a cada caso, evitando esquemas rígidos ou pré-concebidos.

Nos casos estudados nesta amostra constatou-se que, mais do que a formação profissional prévia, foram o investimento relacional e a disponibilidade dos técnicos, os factores determinantes no sucesso do seu trabalho e capacidade de comunicar com a criança.

- Periodicamente realizam-se reuniões gerais dos pais de todas as crianças para esclarecimento, partilha de vivências e suporte emocional. Realizam-se também reuniões entre todos os técnicos que apoiam as crianças para troca de experiências, dúvidas e gratificações, funcionando como suporte positivo num longo e árduo trabalho de intervenção.

- Ao longo desta 2ª Fase de intervenção procura adaptar-se as estratégias de estimulação de cada Técnico a cada criança, tendo como base as linhas de orientação propostas na primeira fase ajustando o plano de acção às capacidades e características dos pais.

O processo de estimulação vai percorrendo um percurso de construção relacional privilegiando vários momentos:

- ① Organização do **vínculo criança-terapeuta** como protótipo relacional para outros vínculos. Esta fase depende muito do investimento e capacidade de inter-acção do próprio Técnico. A par deste processo desenvolve-se o reforço do

vínculo entre a criança e os pais através do efeito positivo que vai surgindo na interacção.

- ② A construção gradual da **identidade** vai-se fazendo à medida que a criança percebe a sua existência e a do outro sentindo a falta deste quando se ausenta, dependendo portanto da organização da vinculação. O contacto visual e físico servem de suporte a esta construção, utilizando-se a estimulação corporal, imagem no espelho, balneoterapia e outras técnicas similares.
- ③ A promoção da capacidade de **imitação** é uma meta fundamental que servirá de base ao desenvolvimento da representação mental e da linguagem. A utilização dos principais canais sensoriais de cada criança, motivando-a com actividades lúdicas da sua preferência permitem desenvolver gradualmente esta capacidade através da repetição de atitudes e gratificação subsequente (sons, ritmos, gestos simples, etc.).
- ④ O desenvolvimento da **representação mental e conceptualização**, associando sons e imagens de forma repetida, sequencial, concretizada, de acordo com os interesses e motivações de cada criança. Podem utilizar-se objectos, jogos, imagens ou brinquedos simples que representem a realidade externa e sirvam de transição para essa mesma realidade.
- ⑤ À medida que se vão processando as fases anteriores a **comunicação** da criança com o meio vai-se desenvolvendo. Mais uma vez se deve privilegiar o contacto físico e a interacção visual, ensinando-lhe formas simples de comunicação (saudação, troca, pedido de ajuda, etc.). A repetição de sons (lalação), eventualmente com utilização de música e outros estímulos motivadores vai permitindo o desenvolvimento gradual da linguagem e da expressão emocional (gestos/expressões).
- ⑥ A par de todo o processo vai-se estimulando a **autonomia** da criança com tarefas simples que devem ser repetidas através de rotinas organizadas com gratificação posterior (em casa e na escola).

- ⑦ Com base na **relação dual** inicial (criança/mãe ou criança/professor) vai-se promovendo o contacto gradual com outros pares. Inicialmente a mãe (pai ou técnico) servirá de intermediário mas, progressivamente, tenta promover-se o contacto entre a criança e outro elemento dando-lhe oportunidades de interacção semi-estruturada. Gradualmente tenta-se uma **socialização** mais alargada, sempre com base na organização de rotinas, tempos e espaços, evitando o isolamento e a alteração brusca de estímulos ou contextos.

Como já foi salientado não é objectivo desta dissertação testar o tipo de intervenção uma vez que há grande diversidade de métodos e características de estimulação utilizadas pelos diferentes técnicos, sendo impossível avaliar com rigor os factores responsáveis pela melhoria em cada caso. O que se pretende avaliar neste estudo, de carácter exploratório, é a existência ou não de **correlação** entre as características da vinculação, responsividade da criança e da mãe e evolução clínica, em dois momentos diferentes do processo da intervenção, durante o qual se utilizou a estratégia global descrita anteriormente.

A avaliação é feita por um perito em vinculação que observa as gravações em vídeo da interacção mãe-criança, em cada caso, em dois momentos diferentes do processo (com pelo menos seis meses de intervalo entre as gravações).

Durante a gravação é utilizada a «situação estranha» adaptada a um momento da interacção livre entre a mãe e a criança, à volta de um brinquedo que serve de elemento de continuidade entre os dois momentos. Na avaliação da vinculação é utilizado o esquema desenvolvido por Ainsworth, de acordo com a metodologia descrita em capítulo posterior.

3.2. MÉTODO

3.2.1. RECRUTAMENTO DA AMOSTRA

• Apesar do grupo inicialmente observado ser de 16 crianças (12 meninos e 4 meninas) optou-se por retirar 5 crianças por não cumprirem totalmente os critérios determinados para a selecção neste estudo, uma vez que apresentavam patologias associadas ao Quadro Autista que interferiam bastante no Desenvolvimento podendo perturbar a interpretação dos resultados. Assim se explica a discrepância encontrada na relação sexo masculino / sexo feminino na Amostra estudada, enquanto na Amostra global a relação era próxima da encontrada na literatura (3 meninos / 1 menina).

- Os **critérios** de selecção foram:
 - idade à data da 1ª observação entre 3 e 6 anos ($\pm$ 6 meses);
 - ausência de patologias associadas que interferissem com o Desenvolvimento Global;
 - diagnóstico de Síndrome Autista confirmado por critérios clínicos (pelo menos 2 observadores), critérios de DSM-IV e resultados obtidos na CARS (Escala de Avaliação do Autismo Infantil) > 30 ;
 - crianças seguidas em consulta no Hospital de S. João (consultas de Desenvolvimento / Pedopsiquiatria, dos Serviços de Pediatria e Psiquiatria).

3.2.2. SUJEITOS

A amostra avaliada (Quadros 6 e 7) no âmbito do presente estudo era composta por 11 crianças diagnosticadas com Síndrome Autista e as respectivas 11 mães. O diagnóstico foi estabelecido por um Pedopsiquiatra, um Pediatra e um Psicólogo especialistas em Desenvolvimento Infantil de acordo com os critérios de DSM IV (Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais – 4ª revisão) e da CARS (Escala de Avaliação do Autismo Infantil).

As crianças, 10 do sexo masculino e uma do sexo feminino, eram seguidos na Consulta de Desenvolvimento e Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital de S. João. No início do estudo, a sua idade estava compreendida entre os 2 e os 6 anos, sendo a média etária de 4,1. A idade de início da sintomatologia variava entre os 18 meses e os 3 anos e a idade da primeira consulta entre os dois e os 4 anos. Tomando como referência o início do quadro clínico, os sintomas mais comuns eram o isolamento (11 casos), indiferença aos outros, incluindo ausência de reacção à saída da mãe (10 casos), perturbação da linguagem (4 casos), ausência de linguagem (7 casos), estereotipias (6 casos) e instabilidade (9 casos). Os valores obtidos na CARS dispersavam-se entre os 32 e os 47 pontos. De acordo com as pontuações desta escala, 3 casos apresentavam Autismo ligeiro a moderado (valores da CARS ≤ 36) e 8 casos Autismo grave (valores da CARS ≥ 37).

Do total das 11 crianças, 7 apresentavam alterações no EEG com existência de ponta-onda generalizada, 4 tinham suspeita de ESES (Epilepsia ponta-onda no sono) e uma possuía antecedentes de convulsões tónico-clónico-generalizadas. De acordo com a investigação clínica complementar que foi efectuada não havia, em qualquer dos casos, suspeita de outras patologias associadas.

Os dados da anamnese não revelaram praticamente antecedentes familiares relevantes. Neste contexto exceptuavam-se dois casos relativamente aos quais se constatou a existência de atraso de linguagem em familiares directos.

A avaliação do nível sócio-económico das famílias, feita através da escala de Graffar revelou que 3 dos casos pertenciam ao nível elevado, 7 ao médio e 1 ao nível baixo.

Verifica-se que não há correlação entre os valores de QD (Quociente de Desenvolvimento avaliado com a Escala de Griffiths ⁽¹⁾ e os valores iniciais da CARS como se pode ver no gráfico seguinte (Gráfico 1).

⁽¹⁾ De acordo com a maioria dos Autores é questionável a avaliação do QD em crianças Autistas (Rapin, 1995) mas utilizou-se esta medida apenas como ponto de referência.

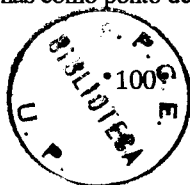
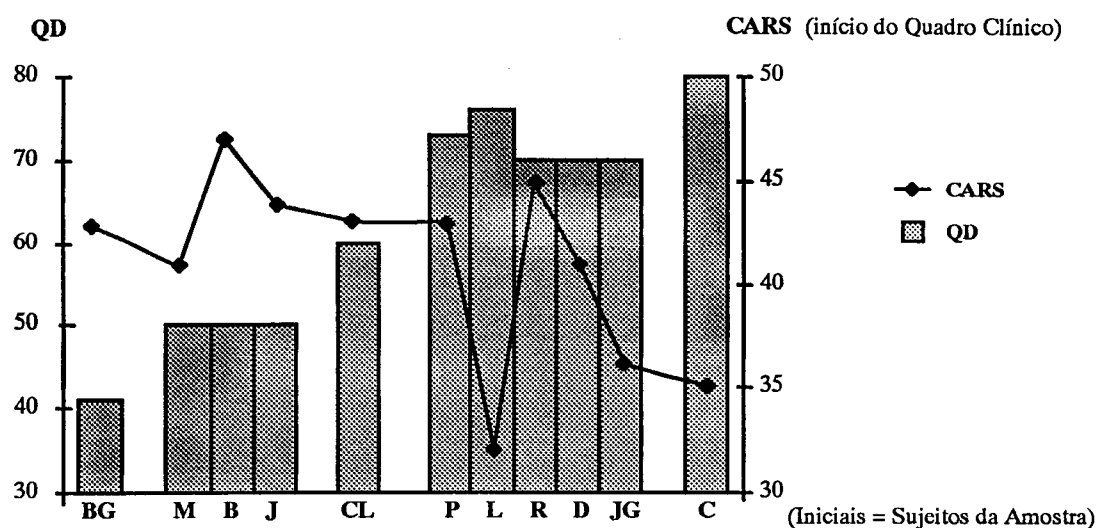


Gráfico 1

• **Distribuição do QD/CARS:**



Legenda do Gráfico 1:

BG	– (QD = 41	CARS = 43)
M	– (QD = 50	CARS = 41)
B	– (QD = 50	CARS = 47)
J	– (QD = 50	CARS = 44)
CL	– (QD = 60	CARS = 43)
P	– (QD = 73	CARS = 43)
L	– (QD = 76	CARS = 32)
R	– (QD = 45	CARS = 70)
D	– (QD = 70	CARS = 41)
C	– (QD = 80	CARS = 35)
JG	– (QD = 70	CARS = 36)

- Constata-se que 5 casos têm QD < 70 e 6 casos têm QD ≥ 70.
- Há apenas 3 casos de Autismo ligeiro a moderado (valores de CARS ≤ 36) e 8 casos são de Autismo grave (valores de CARS ≥ 37).

Quadro 6

Ident.	Sexo	Idade	Início de Sint.	Pedo- psiq. 1ª Obs.	Sintom.	A.P. Relev.	A.F. Relev.	Intervenção	Est. Complem.	CARS	QD	Doenç. Assoc.	Terapeut.
C.	M	3	18 m	2 A	Isolamento Indiferença Não falava Birras	Ø	Ø	Estimulação específica Orientação pais Infant. (3 A) C. Desenv. C. Neurop.	EEG sono Ponta-onda g. RM - N PEA - ↓ bilat. Cariót. - N Est. metab. - N	35	80	Ø	Valproato Clobazam
P.	M	3	2,6 A	3 A	Isolamento Indiferença Não falava Estereotipias	Ø	Ø	" "	EEG sono Pontas e poli- pontas-onda g. Restante estudo normal	43	73	Ø	Valproato Clobazam
L.	M	3	18 m	2,6 A	Isolamento Ecolalia Medos	Ø	Tio pat. alt. fala	" "	Estudo negativo	32	76	Ø	—
M.	M	3	18 m	2,6 A	Isolamento Indiferença Não falava Estereotipias	Ø	Ø	" "	EEG sono Ponta-onda g. Restante estudo negativo	41	50	Ø	Valproato Clobazam
B.G.	M	2,6	18 m	2 A	Isolamento Linguagem Ø Estereotipias Indiferença Agitação	Ø	Ø	" "	EEG sono Ponta-onda g. RM - N PEA - N Restante estudo negativo	43	41	Ø	Valproato
D.	M	5	3 A	4 A	Isolamento Indiferença Não olhava Não falava	—	Tio pat. c/ atraso da fala	Estimulação específica Infant. c/ apoio Orientação pais C. Desenvolv.	EEG, RM e restante estudo complem. Negativo	41	70	—	—

Quadro 7

Ident.	Sexo	Idade	Início de Sint.	Pedo-psiq. 1ª Obs.	Sintom.	A.P. Relev.	A.F. Relev.	Intervenção	Est. Complem.	CARS	QD	Doenç. Assoc.	Terapeut.
Cl.	F	4	2 A	4 A	Regressão cognitiva e na linguagem ↑↑ hipercinesia Ecolalia Difíc. socialização	Convulsões aos 9 m e 4 A F. stress aos 2 A (internamen to)	—	Infant. c/ apoio + Estimulação específica Orientação dos pais C. Ped./Neurop. e Pedopsiq.	EEG sono Pontas e poli-pontas-onda generalizadas RM-N restante estudo negativo	43	60	—	Vigabatrina Clobazam Tiordazina
R.	M	5	3 A	5 A	Isolamento Medos Estereotípias S/ contacto visual S/ linguagem comunicativa Ecolalia Reacção à mudança	Internam. c/ Pneum. aos 3 A c/ forte reacção de stress	—	» » »	EEG sono Poli-pontas ondas (r. temp. esq.) RM-N estudo negativo	45	70	—	Valproato
B.	M	5	2 A	3 A	S/ linguagem Isolamento Indiferença Estereotípias Hiperactivo	—	—	» » »	EEG sono Normal PEA ↓ bilat. Restante estudo negativo	47	50	—	Valproato
J.	M	6,6	3 A	4,6	Isolamento Ecolalia Estereotípias Instabilidade Intolerância às mudanças	—	—	Infant. c/ apoio Estimulação específica Orientação pais C. Desenvolv. e neurop.	EEG sono Alt. focais R. temp. esquerda RM-N PEA - ↓ Dir. Restante estudo negativo	44	50	—	Valproato Clobazam
J.G.	M	3	2	2,6	Isolamento Não falava Indiferença Hipercinesia	—	—	Infant. c/ apoio E.E. Orientação pais C. Desenvolv.	Estudo compl. Negativo	36	70	—	—

3.2.3. *PROCEDIMENTOS*

O procedimento utilizado no contexto do presente trabalho inscreveu-no no quadro de um **procedimento geral** de abordagem clínica cujos aspectos centrais importa antes de mais referir.

Inicialmente é realizado o Exame Clínico, Neurológico e Psicopatológico de cada criança, pedindo-se os respectivos Exames Complementares, de acordo com o Protocolo de Investigação anexo (pág. 105).

- Desde as primeiras sessões que se faz o esclarecimento dos pais relativamente ao diagnóstico, respectiva orientação de acordo com as linhas de intervenção anteriormente descritas, fazendo-se o encaminhamento da criança para intervenção específica e os contactos necessários com os técnicos de Ensino Especial e Infantário. Após o contacto com os técnicos faz-se uma reunião entre o técnico de Ensino Especial, Educadora do Infantário, pais e Pedopsiquiatra, onde após uma colheita de dados relativamente aos recursos e expectativas da família, se começa a delinear um plano de intervenção. Este plano deve ser reavaliado e reajustado de acordo com a evolução da criança, de 3 em 3 meses.
- A criança é avaliada pelo Pedopsiquiatra mensalmente, na presença dos pais, fazendo-se reavaliação com a CARS de 3 em 3 meses e reavaliação pelo Pediatra de 6 em 6 meses.
- Mantém-se contactos regulares com os técnicos envolvidos no processo, pelo menos de 3 em 3 meses.
- Há uma reunião entre todos os técnicos que estimulam as crianças autistas, de 6 em 6 meses, para suporte e troca de experiências, procurando-se uma uniformização na Avaliação e Intervenção.
- Há uma reunião de todos os pais das crianças seguidas em consulta com o Diagnóstico de Autismo, de 6 em 6 meses. Estas reuniões têm o objectivo de fornecerem um suporte relacional e partilha de vivências, para além de esclarecimentos gerais.

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

- 1 – História clínica detalhada com particular atenção à pesquisa de factores de risco e história do desenvolvimento / Avaliação sócio-familiar:
 - recursos
 - expectativas
 - grau de colaboração
- 2 – Observação clínica
 - (Pediatra/Pedopsiquiatra/Psicólogo)
 - Exame físico
 - Exame psicopatológico
 - Exame neurológico (eventual colaboração de Neuropediatria)
- 3 – Avaliação do Desenvolvimento – Escala de Griffiths
- 4 – Escala de Diagnóstico de Autismo Infantil – CARS
- 5 – Registos em video da interacção mãe-criança e reacção à saída da mãe (procedimento laboratorial inspirado na Situação Estranha adaptada) na presença do observador
- 6 – Escala de Envolvimento Parental / Prestadores de cuidados – P/CSI
- 7 – Entrevistas semi-estruturadas à mãe (no início e após intervenção) → não analisadas para este estudo
- 8 – Estudo complementar:
 - Análises
 - Sangue – Ác. úrico, ác. láctico, ác. pirúvico
 - Metabolismo das purinas, fenilalanina
 - Serologia vírica, Fosf./Ca/Mg/T3/T4/TSH
 - Serotonina, Mucopolissacarídeos (*)
 - Urina – Serotonina, VMA, Ác. úrico (*)
 - EEG de sono
 - Ressonância Magnética
 - Cariótipo (com pesquisa de X frágil)
 - Potenciais evocados auditivos

(*) Quando possível e/ou justificado pela Clínica.

Procedimento Específico:

Relativamente à **amostra estudada**, as crianças foram no início avaliadas (individualmente e na presença da mãe) por um Pedopsiquiatra, uma Pediatra e um Psicólogo especializados em Desenvolvimento Infantil. Nas duas primeiras sessões procedeu-se ao exame clínico, neurológico e psicopatológico de cada caso, tendo sido pedidos os respectivos exames complementares. Na primeira sessão, entre outros procedimentos foi aplicada a Escala de Avaliação de Autismo Infantil (CARS). Nessa mesma sessão ou na seguinte era administrado um procedimento experimental inspirado na Situação Estranha de Ainsworth et al. (1978).

Atendendo às características da amostra, ao risco potencial de se deixar a criança sózinha, além das limitações inerentes às perturbações do comportamento demonstradas por alguns dos nossos sujeitos (hipercinesia, auto-agressividade) optamos por instituir 3 e episódios com cerca de 3 minutos cada um. Passaremos a descrevê-los sucintamente.

1º Episódio – A mãe e a criança entravam na sala onde iniciavam um jogo de interacção na presença do observador, utilizando um objecto intermediário (casinha de brincar). Durante este episódio admitia-se a participação da mãe sem qualquer recomendação prévia, permitindo-se que iniciasse a interacção livremente uma vez que, atendendo às limitações da criança, havia dificuldade em ser esta a iniciar o processo.

Ao fim do 2º minuto o observador tentava interagir verbalmente com a criança e por volta do 3º minuto fazia sinal à mãe para sair de forma a que a criança se apercebesse (podendo despedir-se dela).

2º Episódio – A criança permanecia na sala sem que inicialmente o observador tentasse interagir com ela. Caso não se verificasse choro ou procura activa da mãe ausente, o observador dirigia-se à criança, sensivelmente a meio do episódio, formulando-lhe a questão «onde está a mãe?». No final do episódio era dada indicação verbal à mãe para entrar e saudar o filho sempre na presença do observador. Se a criança reagisse à saída da progenitora chorando ou manifestando sinais evidentes de perturbação o episódio era encurtado solicitando-se à mãe para entrar novamente.

3º Episódio – A mãe regressava, desenvolvendo então com o filho jogo livre de interacção. O observador mantinha-se na sala sem interferir.

Todos os episódios eram gravados em vídeo para serem posteriormente analisados.

Atendendo às características do quadro clínico apresentado pelas crianças e aos objectivos do presente estudo que pretende apenas avaliar a existência de correlação entre a organização de alguns comportamentos de vinculação, a responsividade da mãe e a evolução clínica, não nos pareceu necessário nem possível (com os meios disponíveis) a realização dos 8 episódios da Situação Estranha tal como foi originalmente concebido. O facto destas crianças ficarem muito perturbadas pela alteração das rotinas e pela participação de pessoas diferentes do habitual levou à decisão de mantermos apenas **um observador** (já conhecido mas não familiar) na sala e que, neste caso, funcionaria como «o Estranho», de forma a evitar comportamentos disruptivos por parte da criança.

Tendo, como já dissemos, lugar na primeira ou segunda consulta, o procedimento foi repetido e novamente gravado em video cerca de 8 meses depois, com cada díade mãe-criança.

Utilizando estas gravações um observador treinado no uso das **escalas interactivas de Ainsworth** cotou os comportamentos de procura da proximidade, manutenção do contacto, evitamento, resistência e procura da mãe nos dois momentos (1ª e 2ª gravação).

Esses mesmos registos videográficos foram também vistos a fim de se avaliarem os comportamentos maternos de acordo com a **escala de Farran**. O trabalho em causa foi efectuado por uma Psicóloga especializada em Desenvolvimento.

Os observadores que cotavam as condutas de vinculação e os comportamentos da mãe não conheciam as crianças e ignoravam a evolução clínica de cada caso.

Na altura em que o procedimento experimental foi administrado efectuou-se, por Pedopsiquiatra e por Psicólogo com experiência em casos de Autismo, uma observação clínica através da aplicação da **CARS**. À semelhança do que sucedera na primeira consulta ambos realizaram a observação desconhecendo os resultados obtidos pela avaliação do

outro. Nos raros casos em que se verificou algum desacordo na pontuação atribuída, as diferenças foram discutidas de modo a chegar-se a um resultado consensual.

Estes dois técnicos fizeram igualmente a observação dos vídeos das duas sessões de gravação procurando estabelecer de acordo com critérios definidos uma pontuação para as seguintes **unidades de análise**: Contacto físico, contacto visual, tentativa de comunicação e reacção à saída da mãe.

3.2.4. INSTRUMENTOS

Conforme referimos ao longo da secção anterior as mães e as crianças foram avaliadas em duas sessões, separadas por 8 meses de intervalo, através de vários instrumentos. Passaremos agora a descrevê-los.

A. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AUTISMO INFANTIL – CARS (Schopler & Reichler, 1971)

A Escala de Avaliação do Autismo Infantil (Childhood Autism Rating Scale – CARS) é uma escala com 15 itens desenvolvida em 1971 por Schopler e Reichler para identificar crianças com Autismo, através de critérios objectivos de Diagnóstico que permitissem simultaneamente avaliar o seu grau de severidade. Os itens dizem respeito aos seguintes tópicos:

I – Relação com as Pessoas – A perturbação nesta área é considerada como uma das principais características do Autismo em toda a literatura, sendo apresentada como critério primário nos 5 sistemas de classificação (Kanner/Creak/Rutter/NSAC e DSM-III-R) referidos na pág. 9.

II – Imitação – Este item faz parte da escala por se ter constatado que muitas crianças com severas dificuldades de linguagem também têm perturbação da capacidade de imitar. Esta capacidade é considerada como

essencial para o desenvolvimento da linguagem e para a educação em geral. Assim, apesar de não ser apresentado como um critério primário também é incluído na CARS. A imitação aparece considerada como critério secundário nas classificações de Kanner e Rutter, não surgindo nos restantes 3 sistemas referidos.

III – Resposta Emocional – Inicialmente o Autismo foi considerado como um distúrbio no contacto afectivo. Actualmente considera-se como fundamental a existência de respostas emocionais inadequadas. Este aspecto consiste num critério primário para Kanner, Creak, Rutter e DSM-III-R, sendo referido como secundário na NSAC.

IV – Movimentos do Corpo – Movimentação peculiar e estereotipias gestuais têm sido referidos por vários clínicos e especialistas. É considerado um critério primário para Creak, NSAC e DSM-III-R, sendo secundário para Kanner e Rutter.

V – Utilização dos Objectos – Uso inapropriado dos objectos, como brinquedos ou outros, está muitas vezes associado a perturbações na inter-relação com as pessoas, sendo frequentemente registado nas descrições clínicas dos Autistas. É considerado um critério primário para Kanner, Rutter, NSAC e DSM-III-R embora seja apontado como secundário por Creak.

VI – Adaptação à Mudança – Esta dificuldade na adaptação à mudança foi identificada por Kanner e sustentada por vários dados empíricos, sendo considerada um critério primário nos 5 sistemas de classificação.

Os itens VII, VIII, IX são medidas de peculiaridades sensoriais que foram sustentadas empiricamente por Goldfarb (1961) e Schopler (1965). Demonstram preferências por determinados estímulos sensoriais e olfactivos e evitamento de certos

estímulos visuais e auditivos. Ornitz e Ritvo (1968) identificaram uma perturbação de inconstância perceptual afectando os sistemas sensoriais.

Estes itens relacionam-se com as selecções de estímulos identificados por Schreibman e Lovaas (1973). Os itens sensoriais foram incluídos na CARS devido à sua importância na avaliação e implicação para o planeamento educacional.

VII – Resposta Visual – Evitamento do contacto visual durante as inter-acções pessoais foi largamente identificado nas crianças autistas. Este critério foi considerado como primário nas classificações de Kanner, Creak, NSAC, DSM-III-R e secundário para Rutter.

VIII – Resposta Auditiva – Refere-se a reacções peculiares a estímulos auditivos, com claras implicações na aprendizagem. É considerado um critério primário para Creak e secundário nos restantes sistemas de classificação.

IX – Resposta ao Paladar, Cheiro e Tacto – Relacionada com preocupações ou peculiaridades em saborear ou cheirar certos objectos além de respostas bizarras aos estímulos dolorosos. Surge como um critério primário para Creak, NSAC e secundário para Kanner, Rutter (não incluído na DSM-III-R).

X – Medo ou Ansiedade – Embora não seja uma característica primária de Autismo as reacções de medo anormais ocorrem com frequência suficiente para justificarem consideração, sendo um critério primário para Creak e secundário para as restantes classificações.

XI – Comunicação Verbal – Avalia a gradação das perturbações de linguagem desde a ausência às bizarras ou linguagem sem sentido. Tem sido considerado um critério primário nos 5 sistemas de classificação.

XII – Comunicação não Verbal – Avalia o tipo de gestos ou outras formas de comunicação não verbal, sendo útil para classificar a capacidade de comunicar, na ausência da linguagem. Considerado critério primário para Rutter, NSAC é tido como secundário para Kanner, Creak e DSM-III-R.

XIII – Nível de Actividade – É frequentemente observada na criança autista uma actividade anormal que pode interferir com o seu desempenho e estruturação do ambiente, apesar de não ser considerado um critério primário. É um critério secundário para NSAC, não sendo considerado nas restantes classificações.

XIV – Nível e consistência de resposta intelectual – Este item representa uma expansão dos critérios iniciais de Kanner uma vez que inclui desde o atraso intelectual até discrepâncias nas respostas intelectuais (com níveis superiores em algumas áreas). Critério primário para Kanner e Creak, secundário para NSAC, DSM-III-R e Rutter.

XV – Impressão Global – Consiste numa apreciação global do grau de Autismo, em termos de julgamento qualitativo e quantitativo, relativamente aos comportamentos observados na sessão diagnóstica.

Métodos de Observação e Avaliação em Cada Item

As avaliações dos itens da CARS podem ser feitas a partir de relatos dos pais ou de registos clínicos, desde que estas informações contenham os dados requeridos para a classificação em todos os itens. Pode ser útil ir anotando observações relevantes relativamente aos comportamentos em cada item, no espaço reservado para tal. O observador deve estar familiarizado com a escala e com os itens a observar antes de iniciar a avaliação.

Durante a observação o comportamento da criança deve ser comparado com o esperado para uma criança normal da mesma idade. A peculiaridade, frequência, intensidade e duração dos comportamentos anómalos devem ser consideradas. O objectivo desta escala é avaliar comportamentos sem recorrer a explicações causais. Como alguns dos comportamentos da criança autista se encontram noutras perturbações infantis é importante avaliar o grau de desvio dos comportamentos. A pontuação total e o tipo de incapacidades distinguirá o autismo das outras perturbações. Para pontuar os itens pode usar-se uma classificação de 1-4 com possibilidade de pontos intermédios:

- 1 – dentro dos limites normais para idade
- 1,5 – ligeiramente acima do normal para idade
- 2 – ligeiramente anormal para idade
- 2,5 – ligeira a moderadamente anormal para idade
- 3 – moderadamente anormal para idade
- 3,5 – moderada a gravemente anormal para idade
- 4 – gravemente anormal para idade

Interpretação da Pontuação Obtida

A classificação final obtém-se pela soma dos resultados obtidos nos 15 itens, podendo os totais ir de 15 a 60.

Foi estabelecido um sistema de categorização diagnóstica a partir da comparação das pontuações com avaliações clínicas por especialistas em mais de 1.500 citações.

Usando este sistema classificam-se as crianças com pontuação total < 30 como não autistas, enquanto as que têm valores ≥ 30 são consideradas autistas. Neste último caso identificam-se como casos moderados as pontuações entre 30 e 36,5 e como severas aquelas que têm pontuação $\geq 37-60$.

Como o uso da CARS em 1.500 citações observadas na divisão TEACH identificaram-se cerca de 46% de não autistas (< 30) e 54% de autistas (27% casos leves e 27% casos graves).

Usando o ponto de corte (cut off point) na pontuação = 30, obtiveram-se taxas de concordância com outros critérios clínicos de 87%, com 14,6% de falsos negativos e 10,7% de falsos positivos. No ponto de corte para autismo grave (37) obteve-se uma concordância de 88,85 com uma taxa de falsos negativos de 14,4% e falsos positivos de 10,3%.

Considera-se que a CARS não pode ser usado como único meio de Diagnóstico admitindo que este envolve todo um processo com recurso a diferentes fontes de informação e observação clínica.

B. ESCALAS INTERACTIVAS DE AINSWORTH (Ainsworth et al., 1978)

Em ordem a distinguir as diferenças na qualidade da vinculação à mãe entre os 12 e os 18 meses, Ainsworth e colaboradores desenvolveram um procedimento laboratorial designado por «Situação Estranha» (Ainsworth et al., 1978). Destinado a avaliar os padrões comportamentais da segurança ou insegurança vinculativa, este procedimento avalia as respostas da criança mediante um certo número de itens e escalas. Tendo em conta os objectivos do nosso trabalho, a consistência conceptual e a sua importância no sistema de avaliação dos padrões de vinculação, seleccionámos 5 escalas que foram aqui usadas para pontuar as reacções infantis de acordo com os critérios propostos pelos autores supra mencionados. As escalas, que dizem respeito a comportamentos típicos de vinculação são as seguintes:

1. Procura da Proximidade e do Contacto

Esta escala considera a intensidade e persistência dos esforços da criança para obter contacto ou proximidade para com a mãe. De acordo com as características observadas, o desempenho da criança pode ser classificado de 1 a 7 pontos. No primeiro caso considera-se o esforço como inexistente, no segundo considera-se máximo.

Cada nota da escala é operacionalizada por critérios específicos que permitem um bom nível de objectividade nas pontuações estabelecidas.

As outras quatro escalas possibilitam também estabelecer pontuações de 1 a 7 através de critérios igualmente detalhados e específicos.

2. Manutenção de Contacto

Avalia a intensidade e persistência dos esforços da criança para manter contacto físico com o adulto (depois de o ter obtido), quer esse contacto tenha sido alcançado por iniciativa da criança ou do adulto. Inclui respostas como subir ao colo, agarrar-se ou resistir a ser pousado no chão.

3. Evitamento da Proximidade da Interação

Avalia a intensidade, a persistência e a duração do evitamento da criança face à aproximação e tentativas de interação por parte do adulto. Inclui virar as costas ou a cabeça, evitar o olhar, esconder a cara ou ignorar a pessoa mesmo quando esta a solicita (ainda que eventualmente à distância).

4. Resistência ao Contacto

Avalia o comportamento de resistência provocado pela tentativa de aproximação ou de interação. Inclui manifestações como a irritação, amuo, zanga, empurrar brinquedos oferecidos, bater ou chorar para resistir ao contacto, protestar e expressões faciais de protesto ou desagrado.

5. Procura da Mãe

Durante os episódios de separação esta escala avalia a intensidade e a persistência das tentativas de contactar com a mãe ausente. Inclui respostas como seguir a mãe até à porta, olhar demoradamente por onde ela saiu ou para os seus objectos, tentar abrir a porta...

C. ESCALA DE FARRAN (Parent / Caregiver Involvement Scale) (Farran, Kasari, Comfort & Jay, 1986)

Este instrumento foi desenvolvido com vista a poder avaliar o envolvimento global entre o prestador de cuidados e a criança, em termos de quantidade, qualidade e adequação de interacção.

Foi desenvolvida a partir de uma escala prévia (Joy & Farran, 1979) para crianças dos 3 aos 5 Anos, tendo sido posteriormente adaptada para crianças com menos de 3 Anos. Os Autores acreditam que a pontuação obtida estará relacionada com o posterior desenvolvimento social da criança.

A Escala centra-se no prestador de cuidados e nos comportamentos que utiliza na interacção com a criança.

→ Divide-se em **11 tipos de comportamentos** e respectivas características (quantidade, qualidade e adequação) pontuadas de 1 a 5:

1 – Envolvimento Físico – Procura avaliar a quantidade de contacto corporal (inclui apoiar, tocar, segurar) e qualidade em manejar e posicionar a criança de forma mais adequada à interacção.

2 – Envolvimento Verbal – Avalia a quantidade de envolvimento verbal (iniciar ou responder ao comportamento verbal), sua qualidade (ajustamento para a compreensão) e adequação à criança.

3 – Responsividade – Avalia a quantidade de responsividade (às iniciativas e solicitações da criança), sua qualidade (intensidade) e adequação (tempo/sincronia).

4 – Interacção no Jogo – Avalia a quantidade de interacção lúdica, sua qualidade (interesse e entusiasmo) e adequação (aos interesses e desenvolvimento da criança).

5 – Ensino de Comportamento – Avalia a quantidade (foco e tempo) de ensino de comportamentos, sua qualidade (flexibilidade e espontaneidade) e adequação (aos interesses e capacidades da criança).

6 – Controlo sobre as Actividades – Avalia a quantidade de controlo das actividades da criança, sua qualidade (rigidez ou flexibilidade) e adequação (ao desenvolvimento da criança).

7 – Directividade – Avalia a quantidade de directivas em relação à criança, sua qualidade (intensidade) e adequação (razoabilidade).

8 – Relação entre Actividades – Avalia a quantidade da conexão entre actividades que interessam à criança pela perspectiva desta, sua qualidade (intensidade e suavidade) e adequação (aos interesses da criança).

9 – Demonstrações Positivas – Avalia a quantidade de demonstrações verbais e não verbais positivas expressas (palmas, abraço, sorriso), sua qualidade (intensidade) e adequação (tempo/sincronia).

10 – Demonstrações Negativas – Avalia a quantidade de demonstrações negativas expressas (disciplina, ameaça, agressão) sua qualidade (intensidade) e adequação (tempo/sincronia)

11 – Definição de Objectivos – Avalia a quantidade de comportamentos de definição de objectivos para o comportamento da criança, sua qualidade (ajuste e flexibilidade) e sua adequação (à possibilidade de realização).

12 – Impressão Global da Interação – Avalia a disponibilidade (atenção e envolvimento), aceitação geral e

aprovação relativamente à criança e atmosfera geral da interacção (mais ou menos conflituosa, indiferente ou harmoniosa).

Com base nas pontuações obtidas nas 11 primeiras escalas é possível obterem-se scores globais nas três dimensões dos itens (quantidade, qualidade e adequação). Estes scores correspondem às médias (para a quantidade, qualidade e a adequação) das notas obtidas nos 11 itens em causa.

D. UNIDADES DE ANÁLISE DE OBSERVAÇÃO

Conforme tivemos ocasião de referir os videos eram analisados numa perspectiva de avaliação clínica através de quatro unidades de análise:

1. Contacto físico
2. Contacto visual
3. Tentativa de comunicação
4. Reacção à saída da mãe

Cada unidade era objecto de uma apreciação global que se concretizava na atribuição de uma nota segundo escala que ia de 1 a 3 pontos. A pontuação era assim explicitada:

Contacto físico:	1 – não observado;	2 – ocasional;	3 – repete-se de forma clara
Contacto visual:	1 – não observado;	2 – ocasional;	3 – repete-se de forma clara
Tentativa de comunicação:	1 – não observada;	2 – ocasional;	3 – repete-se de forma clara
Reacção à saída da mãe:	1 – não observada;	2 – pouco evidente;	3 – claramente presente.

3.3. RESULTADOS

Atendendo ao reduzido número de casos na amostra estudada e ao carácter exploratório do nosso estudo a análise dos resultados será efectuada mediante uma estratégia unidimensional e pelo recurso a estatísticas não paramétricas. Os valores de significância que doravante apresentaremos referir-se-ão sempre ao modelo unicaudal ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Embora a natureza exploratória do presente trabalho nos tivesse levado a não operacionalizar hipóteses específicas (o que, em princípio justificaria o recurso a testes bi-caudais) a verdade é que os dados da literatura e os elementos da nossa evidência clínica suportavam expectativas precisas acerca da configuração dos resultados. Daí a nossa opção pelo modelo unicaudal. Afigurou-se-nos também que tal escolha poderia maximizar as possibilidades de rejeição da hipótese nula o que é um factor a não desprezar quando o tamanho da Amostra é reduzido.

Apesar de todos os itens seguidamente descritos se enquadrarem na Evolução Clínica Global, por questões de facilidade os resultados serão apresentados diferenciadamente em três secções. Na primeira analisaremos a evolução da severidade da sintomatologia autista, recorrendo para isso aos dados da CARS (Schopler, 1971) e às medidas obtidas com as unidades de observação. Na segunda avaliaremos a evolução dos padrões interactivos das mães, para na última examinarmos a evolução dos comportamentos de vinculação das crianças⁽¹⁾

I – EVOLUÇÃO DA SEVERIDADE DA SINTOMATOLOGIA AUTISTA (DE ACORDO COM A CARS: ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AUTISMO INFANTIL – SCHOPLER, 1971)

Entre a 1ª e a 2ª observação (Figura 1 e Quadro 8) houve, em média, uma diminuição significativa dos valores alcançados na CARS (Wilcoxon: $p < 0.03$). A diferença entre as médias cobre alguma dispersão das evoluções individuais, havendo 6 crianças com diferenças > 10 pontos e 2 crianças com diferenças ≤ 5 pontos.

Quadro 8
CARS

	1ª Observação	2ª Observação	Significância
CARS (média total)	41.455	31.6	$p < 0.003$

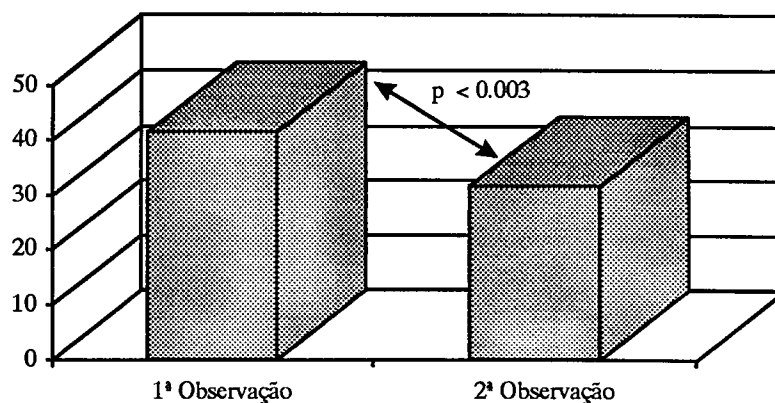


Figura 1.

⁽¹⁾ Os resultados individualizados serão apresentados em Anexo.

Dado o seu significado é de notar que em todos os casos notou-se melhoria no 1º item da Escala (relação com as pessoas), entre a 1ª e a 2ª observação.

Esta evolução clínica foi confirmada pelos resultados das **Unidades de Análise** (contacto físico, contacto visual, tentativa de comunicação e reacção à saída da mãe). Efectivamente, como se pode apreciar no Quadro 9, as diferenças foram significativas nos quatro itens considerados.

Quadro 9

	(valores em média)		Significância (Wilcoxon)
	1ª Observação	2ª Observação	
Contacto físico	1.8	2.9	p < 0.002
Contacto visual	1.8	2.7	p < 0.005
Tentativa de comunicação	1.4	2.7	p < 0.003
Reacção à saída da Mãe	1.4	2.9	p < 0.003

II – EVOLUÇÃO DOS PADRÕES DE INTERACÇÃO DA MÃE

A avaliação do comportamento interactivo das mães através da **Escala de Envolvimento dos Pais/Prestadores de Cuidados** (Farran, Kasari, Comfort e Jay, 1986), mostrou que se registaram globalmente alterações significativas.

De facto, as médias obtidas nos diferentes itens para as dimensões da **quantidade, qualidade e adequação** (Quadro 11) registam evoluções positivas relativamente a um número grande de itens. No caso da quantidade, essa evolução não foi significativa no envolvimento verbal, nos comportamentos de ensino, no controlo das actividades, nas directivas e na definição de objectivos. Em relação à qualidade e à adequação, as mudanças parecem ter maior extensão, já que só nas demonstrações negativas não foi possível detectar diferenças estatisticamente significativas.

Globalmente, registaram-se alterações nas três dimensões. Como a figura 2 revela, foi igualmente possível observar a mesma tendência para a **impressão geral**.

Podemos, assim, afirmar que ao fim de 8 meses de intervenção o comportamento interactivo das mães revelava mudanças importantes. Essas alterações foram particularmente salientes nos aspectos qualitativos e no nível de adequações das respostas, sendo menos acentuadas na dimensão quantitativa.

Quadro 10

	1ª Observação	2ª Observação	Significância (Wilcoxon)
Quantidade	3.06	3.64	$p < 0.005$
Qualidade	2.83	4.05	$p < 0.003$
Adequação	2.76	4.06	$p < 0.003$
Impressão Geral	2.75	4.22	$p < 0.003$

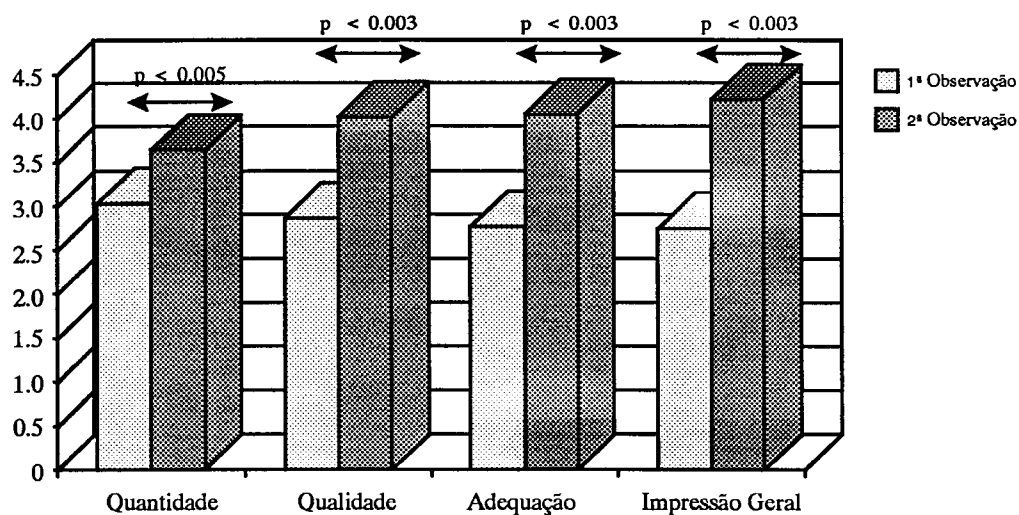


Figura 2.

Quadro 11

	1ª Observação	2ª Observação	Significância (Wilcoxon)
Envolvimento físico			
– Quantidade	3.09	4.09	p < 00.5
– Qualidade	2.72	4.63	p < 0.03
– Adequação	3.63	5.00	p < 0.01
Envolvimento verbal			
– Quantidade	3.72	4.09	n.s.
– Qualidade	3.45	4.18	p < 0.03
– Adequação	2.91	4.36	p < 0.003
Responsividade à criança			
– Quantidade	2.64	4.45	p < 0.003
– Qualidade	2.91	4.45	p < 0.005
– Adequação	2.36	44.36	p < 0.003
Interacção no jogo			
– Quantidade	2.36	4.00	p < 0.003
– Qualidade	3.18	4.45	p < 0.003
– Adequação	2.91	4.00	p < 0.005
Ensino			
– Quantidade	3.54	3.81	n.s.
– Qualidade	2.73	4.27	p < 0.003
– Adequação	2.55	4.55	p < 0.003
Controlo das actividades			
– Quantidade	3.72	3.73	n.s.
– Qualidade	2.64	4.36	p < 0.005
– Adequação	2.45	4.00	p < 0.005
Directivas			
– Quantidade	3.27	3.36	n.s.
– Qualidade	3.18	4.64	p < 0.003
– Adequação	3.18	4.54	p < 0.003
Relação entre actividades			
– Quantidade	3.72	4.91	p < 0.003
– Qualidade	2.81	3.91	p < 0.005
– Adequação	2.45	3.82	p < 0.003
Demonstrações positivas			
– Quantidade	2.91	3.64	p < 0.05
– Qualidade	2.72	4.46	p < 0.003
– Adequação	3.09	4.64	p < 0.004
Demonstrações negativas			
– Quantidade	1.91	1.18	p < 0.05
– Qualidade	2.36	0.82	n.s.
– Adequação	2.27	0.91	n.s.
Definição de objectivos			
– Quantidade	3.64	3.55	n.s.
– Qualidade	2.73	4.73	p < 0.003
– Adequação	3.09	4.91	p < 0.001

III – EVOLUÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE VINCULAÇÃO

A avaliação dos comportamentos de vinculação efectuou-se de acordo com a análise de alguns dos itens descritos por Ainsworth et al. (1978) (procura de proximidade, manutenção de contacto, evitamento, resistência e procura da mãe durante a separação) e segundo as Unidades de Análise (contacto visual e reacção à saída da mãe) da observação clínica.

Tivemos já ocasião de apreciar a evolução registada a nível do contacto visual e da reacção à saída da mãe (Quadro 9). Os resultados da análise dos comportamentos de vinculação encontram-se no Quadro 12 e Figura 3.

Relativamente à **procura** da mãe durante a separação, notou-se que, em média, houve um aumento da 1ª para a 2ª observação, no entanto a análise estatística não conseguiu infirmar a hipótese nula (Wilcoxon: $p = 0.08$).

No que respeita à **procura de proximidade** (durante a reunião) verificou-se, em média uma alteração significativa da 1ª para a 2ª observação (Wilcoxon: $p < 0.02$).

Obtiveram-se também resultados significativos relativamente à **manutenção de contacto** (durante a reunião) que aumenta, em média, da 1ª para a 2ª observação (Wilcoxon: $p < 0.02$).

A diminuição do **evitamento** (após separação) é também significativa, da 1ª para a 2ª observação (Wilcoxon: $p < 0.01$), contudo, no que toca à **resistência** não houve alterações significativas entre os dois momentos.

Quadro 12

	1ª Observação	2ª Observação	Significância
Procura de proximidade	1.33	3.36	(Wilcoxon $p < 0.02$)
Manutenção de contacto	1.11	2.90	(Wilcoxon $p < 0.02$)
Resistência	2.00	2.54	Não significativa
Evitamento	3.77	1.455	(Wilcoxon $p < 0.01$)
Comportamento de procura após separação	2.72	4.273	Não significativa

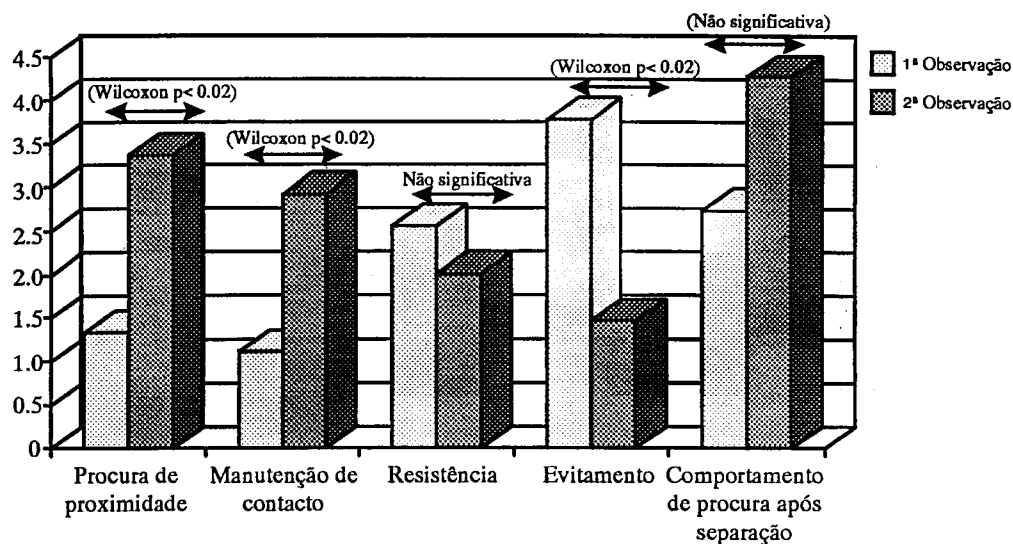


Figura 3.

AUTISMO / VINCULAÇÃO / INTERACÇÃO

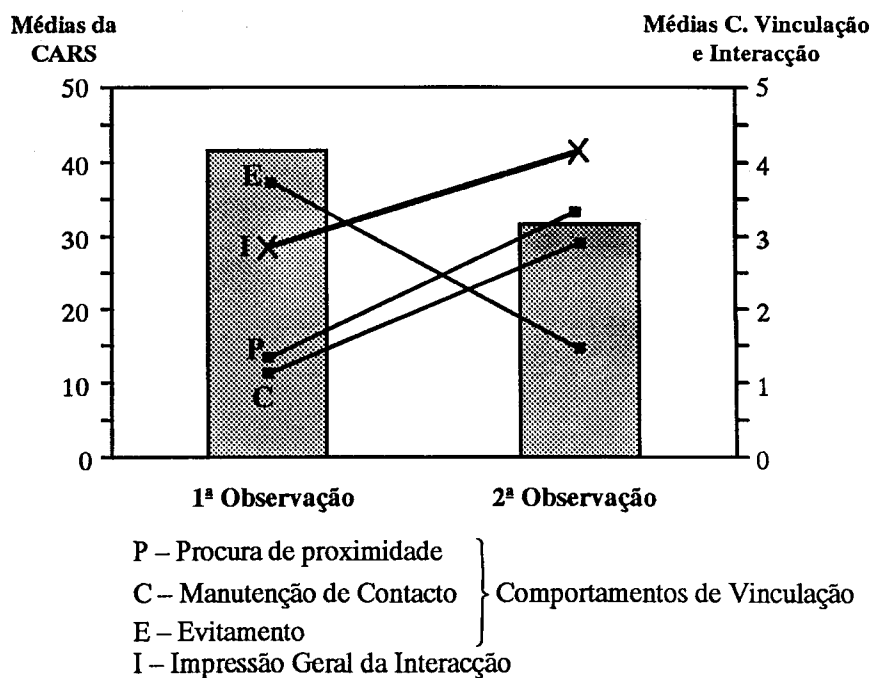


Figura 4.

Constata-se que, da 1ª para a 2ª observação, houve diminuição, em média, dos valores obtidos na CARS (barras), traduzindo melhoria clínica, a par de aumento nas médias da Impressão Geral da Interacção (I) e dos Comportamentos de Vinculação (P,C) com diminuição do Evitamento (E).

3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo, inserido em contexto clínico, não pretendeu testar hipóteses específicas, revestindo-se antes de um carácter exploratório. Com efeito, visávamos apenas avaliar a possibilidade de correlação entre diferentes variáveis, ao longo do tempo, dentro de um grupo específico de sujeitos. Neste sentido observámos uma amostra de 11 crianças portadoras de Síndrome Autista (Diagnóstico de acordo com critérios clínicos / DSM-IV / CARS) em dois momentos da sua evolução clínica (intervalo de 8 meses) procurando avaliar a existência da correlação entre:

- **Evolução da sintomatologia Autista** (utilizando os dados de análise clínica e a CARS – Escala de Avaliação do Autismo Infantil – Schopler, 1971).

- **Evolução do comportamento interactivo das mães** (utilizando a P/CSI – Escala de Avaliação do Envolvimento dos Pais/Prestadores de cuidados – Farran, Kasari, Confort e Jay, 1986).

- **Evolução dos comportamentos de vinculação** (utilizando o sistema de Avaliação de Ainsworth e Unidades de Análise adaptadas a um procedimento laboratorial que tem como inspiração a «Situação Estranha»).

As três avaliações foram realizadas por técnicos diferentes que utilizaram os mesmos critérios entre a 1ª e a 2ª observação.

Embora o procedimento laboratorial utilizado tenha como base a «Situação Estranha» em termos teóricos, afasta-se na prática deste procedimento uma vez que considera apenas a existência de três momentos (mãe com criança / criança com observador / regresso da mãe). Este procedimento, de carácter menos perturbador, justifica-se, a nosso ver, pelas características clínicas dos sujeitos que dificilmente ficariam sózinhos ou mediante situações pouco habituais que poderiam levar a comportamentos disruptivos alterando a interpretação dos resultados. Por outro lado, atendendo aos objectivos do estudo, apenas nos interessaria observar alguns dos padrões de vinculação depois de

activados os mecanismos respectivos mediante a separação da mãe, tentando avaliar se existia ou não alteração significativa dos mesmos da 1ª para a 2ª observação.

Poucos estudos utilizam a «Situação Estranha» com crianças Autistas e, quando o fazem, optam pela modificação da «Situação Estranha» (Capps, 1994; Rogers, 1991; Dissanayake & Crossley, 1989; Sigman & Mundy, 1989; Shapiro et al., 1987; Sigman & Ungerer, 1984) por razões de natureza clínica (**Quadro 13**).

No que respeita à faixa etária habitualmente encontrada em estudos com crianças autistas verificamos que se aproxima do grupo etário da nossa Amostra (4,1) uma vez que é extremamente difícil o diagnóstico precoce e o trabalho laboratorial em autistas mais novos (**Quadro 13**).

Como pressuposto teórico deste estudo partimos do princípio que a organização progressiva dos processos de vinculação, reforçando a interacção por parte da figura de vinculação, poderia ajudar a criança a desenvolver a capacidade de descodificar mais adequadamente os sinais do meio, organizando a informação de forma adaptativa o que lhe permitiria criar, ela própria, estratégias de interacção, diminuindo o isolamento e a dificuldade relacional, ou seja, atenuando a sintomatologia Autista.

Assim sendo seria de esperar uma correlação positiva na evolução da sintomatologia clínica, padrões de vinculação e comportamento interactivo das mães.

De facto encontrou-se uma alteração significativa a nível dos 3 parâmetros observados o que, não se podendo interpretar em termos de causalidade, reforça o pressuposto teórico de base e aponta para novas linhas de investigação.

No que respeita à **evolução clínica** observou-se uma melhoria objectiva em todos os sujeitos traduzida por uma diminuição significativa da média dos resultados na CARS nomeadamente no valor do 1º item que se refere à «relação com as pessoas» (critério clínico Major DSM-IV).

Também foi notória a evolução positiva de acordo com a alteração nas Unidades de Análise em contexto clínico, havendo aumento significativo no contacto físico e visual, nas tentativas de comunicação com a mãe e na intensidade da reacção à sua ausência. Estas

alterações demonstram uma atenuação da sintomatologia Autista com diminuição do isolamento e alheamento, aumento do interesse pelo outro e do esforço para estabelecer «alguma forma de comunicar» (critério clínico Major na DSM-IV).

Relativamente à **evolução do comportamento interactivo** das mães constatou-se uma melhoria significativa a nível de quantidade, qualidade e adequação dos cuidados prestados à criança.

Esta evolução coincidiu com um aumento notório de gratificação das mães na interacção com a criança sendo frequentes frases como: «dantes ela não me ligava e agora só me quer a mim» ou «antes era como se eu não existisse para ela mas agora não me deixa ir embora, vê-se que precisa de mim». A recolha de elementos relativos à percepção e gratificação das mães encontra-se em curso, através de entrevistas semi-estruturadas (não analisadas ainda no presente trabalho) com base em estudos anteriores (Hopes & Harris, 1990).

De facto, segundo Field (1986) quanto maior é a responsividade de um dos elementos, mais elevada é a gratificação, havendo consequentemente, um reforço na interacção ao longo de um processo evolutivo e transaccional (Hopes & Harris, 1990).

Ao sentir-se correspondida a mãe sente-se mais competente e segura, tornando-se também mais competente e securizante.

Sem dúvida que a análise das representações mentais das próprias mães quanto às suas vivências sobre a vinculação (Fraiberg, 1975) também influenciam o comportamento das mesmas em relação à criança. No entanto, mesmo que estas representações não possam ser suficientemente analisadas ou trabalhadas em termos psicodinâmicos é de esperar que haja alguma modificação num sentido positivo quando a responsividade da criança aumenta e a auto-confiança das mães também.

No que respeita à organização dos **comportamentos de vinculação**, verificou-se uma melhoria significativa no aumento da *proximidade e manutenção do contacto*, após a separação, com diminuição do *evitamento*. Esta evolução aponta, à luz da teoria da

vinculação para uma organização mais segura dos padrões de vinculação, reforçando o pressuposto teórico de que partimos.

De notar que se confirma que a vinculação já existia na criança Autista, embora de forma não organizada, uma vez que a «procura da mãe» durante a separação nunca foi nula, assim como a procura de proximidade e manutenção de contacto. Nota-se um reforço e organização dessas respostas com aumento dos comportamentos de procura após a separação.

Quadro 13

Estudos controlados sobre a vinculação em crianças autistas

(in Buitelaar 1995 – «Attachment and Social Withdrawal in Autism: Hypotheses and findings»)

Autores	Amostra Autistas	QI	Grupo de Comparação	Método	Classificação da Vinculação	Resultados	Comentários
Sigman e Ungerer 1984	n = 14 3-5 A (4,3) DSM III	IM-2A (média)	Controlo não Autistas	Sit. Estranha Modificada	Frequência de proximidade e comportamentos sociais após separação e reunião	Sem diferenças entre os grupos	Qualidade de vinculação associada com competências no jogo simbólico
Shapiro et al. 1987	n = 15 2-5 A DSM III	QI-64.8 (média)	PDD Pert. Desenv. Défice int.	» »	Classificação de Ainsworth	Qualidade de vinculação não associada com diagnóstico	Correlação
Sigman e Mundy 1989	n = 14 média 4,2 Anos	IN-2A (média)	Normais n = 14 Atraso M. n = 14	» »	Frequência de proximidade e comport. sociais após separação/reunião	Sem diferenças entre Autistas e Atraso M.	Vinculação não associada com o nível cognitivo
Dissanayake e Crossley 1989	n = 16 média etária 4,3 Anos	?	Sínd. Dawn n = 16 normais n = 16	» »	» »	Sem diferenças entre os grupos	Autistas não deficientes nos comport. de proximidade mas sim em todos os comport. sociais
Rogers et al. 1991	n = 17 média etária 4,0 Anos	8-2.7 média	Atraso mental n = 17	» »	Sub-escolas de Ainsworth	Sem diferenças entre os grupos	Qualidade de vinculação nos Autistas associada com nível cognitivo mas não no grupo controlo
Capps et al. 1994	n = 19 3-6 A DSM III	QD-45,5 média	Ø	» » e obs. de interação mãe-criança	Classific. de Ainsworth e categoria D	n = 4 – não classificado n = 15 – tipo D n = 6 – seguro n = 9 – inseguro	Segurança na vinculação associada com maior sensibilidade nas mães e mais iniciativas sociais na criança

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainsworth considerava que o aumento dos comportamentos de vinculação em situações de stress (como a separação da mãe e entrada de um estranho) seria indicador da existência de vinculação.

Os resultados obtidos neste estudo confirmam que as crianças autistas apresentam de facto comportamentos de vinculação, à semelhança do que foi encontrado por outros Autores (Sigman & Ungerer, 1984; Sigman & Mundy, 1989 ...). De facto verificou-se aumento, em média, dos comportamentos de procura de proximidade e manutenção de contacto após a separação, logo na 1ª observação. Também se constatou que nunca foi nula a procura da mãe durante a sua ausência. Relativamente aos **objectivos** pretendidos com este trabalho comprovou-se ainda que havia uma correlação entre a evolução clínica, nomeadamente na capacidade de socialização e comunicação, a organização dos comportamentos de vinculação e a responsividade materna (interacção), à semelhança do que foi obtido em estudos anteriores (Capps, 1994).

De facto, embora não se possam demonstrar relações de causalidade é possível inferir que a maior sensibilidade e responsividade maternas podem favorecer uma evolução positiva a nível relacional e sócio-cognitivo, reforçando cada vez mais a interacção num modelo dinâmico e transaccional (Sameroff & Fiese, 1990).

Claro que seriam necessários outros estudos relativamente às estratégias maternas, suas representações mentais relativamente às vivências vinculativas e investigação sobre os fenómenos de regulação mútua, no sentido de se tirarem conclusões mais claras. Como referiu De Wolft e Van Ijzendoorn (1997) na sua meta-análise sobre vinculação e sensibilidade materna, embora a correlação entre estas variáveis seja forte não é exclusiva.

Estes achados confirmam a sugestão de Capps (1994) de que é possível que a via psicobiológica não seja suficiente, só por si, para o desenvolvimento dos modelos internos da vinculação. Esta via de desenvolvimento vai sendo enriquecida à medida que a criança se vai apercebendo das experiências emocionais e interactivas, a par da evolução das capacidades de simbolizar. É possível que a disrupção a este nível, pela falha destas

competências de perceber e organizar os sinais em representações mentais, perturbe a organização dos comportamentos vincutivos, na criança Autista.

Deste modo é reforçada a necessidade de adoptar uma perspectiva integrativa e transaccional na forma de encarar o Autismo, considerando não só a articulação dos factores neurobiológicos e neuropsicológicos mas também toda a complexidade de interacções e sistemas que influenciam o desenvolvimento patológico.

Finalmente e, embora este estudo não pretenda avaliar a segurança na vinculação da criança Autista, ao verificar-se o aumento a nível dos comportamentos da proximidade e manutenção do contacto após a separação, com diminuição do evitamento, poderá inferir-se uma evolução tendencial no sentido de segurança na vinculação, confirmando outros achados da investigação (Dissanayake & Crossley, 1989; Sigman & Ungerer, 1984; Capps, 1994) de acordo com a teoria de Ainsworth (1969).

Lamentando as limitações inerentes ao facto da realização deste estudo ter sido realizado em contexto clínico esperamos, no entanto, que sirva para apontar algumas linhas de investigação nesta área.

Seria frutuosa uma avaliação mais detalhada da evolução a nível sócio-emocional e cognitivo dentro de grupos etários mais homogéneos, parecendo-nos fundamental a integração de dados neuropsicológicos e neurobiológicos.

A avaliação das percepções, gratificação e representações mentais das próprias mães quanto à interacção e vinculação poderia ter grande interesse e utilidade na perspectiva da intervenção e desenvolvimento de estratégias de suporte à família.

Um dos principais objectivos deste estudo era o de reforçar a importância do papel dos pais na intervenção como principais estimuladores e intermediários entre a criança e o meio no sentido de a auxiliar a ir quebrando os seus «muros de vidro» ...

*«... A Criança Nova que habita onde vivo
dá-me uma mão a mim
E a outra a tudo que existe
E assim vamos os três pelo caminho que houver,
Saltando e cantando e rindo
E gozando o nosso segredo comum
Que é o de saber por toda a parte
Que não há Mistério no Mundo
E que tudo vale a pena ...»*

(F. Pessoa)
in Poemas Escolhidos

REFERÊNCIAS

- Ainsworth M, Bell e Stayton D. (1974). Infant mother attachment and social development: «socialization» as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M.P. Richards (Ed.) *Integration of a Child into a Social World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ainsworth M, Blehar M., Waters E. e Wall S. (1978). *Patterns of Attachment – A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- Adrien J.L., Barthélèmy C., Lelord G., Muh P.J. (1989). Use of Bioclinical Markers for the Assessment and Treatment of Children with Pervasive Developmental Disorders. *Neuropsychobiology* 22, 117-124.
- Ajuriaguerra J. (1986). *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*. Paris, Masson Ed.
- Bailey A., Phillips W. e Rutter M. (1996). Autism: Towards an Integration of Clinical, Genetic, Neuropsychological and Neurobiological Perspectives – *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 89-126.
- Bailey D. e Wolery M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with disabilities*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Bairrão J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: o caso da Intervenção Precocce. *Inovação*, 7, 37-48.
- Baroh-Cohen S., Leslie A.M. e Frith V.(1985). Does the Autistic Child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21, 37-46.

- Baron-Cohen S. (1989). The Theory of Mind Hypothesis of Autism: A reply to Boucher. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 199-200.
- Baron-Cohen S., Cox A., Baird G., Swettenham J., Nightingale N., Morgan K., Drew A., Charman T. (1996). Psychological Markers in the Detection of Autism in Infancy in a Large Population. *British Journal of Psychiatry*, 168, 158-163.
- Bauman M. (1991). Microscopic Neuroanatomic Abnormalities in Autism – *Pediatrics*, 87, 791-796.
- Bender L. (1942). *Childhood Schizophrenia*. *Nerv. Child.* 1, 138-140.
- Bettelheim B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the birth of the Self* – New York: Free Press.
- Berg R. e Linton J. (1989). Neuropsychological sequelae of chronic medical disorders. In C. Reynolds e E. Fletcher-Janzen (eds.), *Handbook of Clinical Child Neuropsychology*. New York: Plenum Press.
- Borges de Castro e Correia A. Os modelos terapêuticos. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 1, 87-97.
- Bormann-Kischkel C., Vilsmeier M. e Baude B. (1995). The Development of emotional concepts in Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 36, Nº 7, 1243-1259.
- Bourgondien M., Marcus L., Schopler E. (1992). Comparison of DSM-III-R and Childhood Autism Rating Scale Diagnoses of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 22, Nº 4, 493-505.
- Bowlby J. (1958). The nature of the child's tie to his mother – *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby J. (1969/1984). *Attachment and Loss: Attachment*. London, Penguin Book.

- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression*. London, Penguin Book.
- Bowlby J. (1988). *A Secure Base*. London; Routledge.
- Brauner A. e Brauner F. (1978). *Vivir con un niño Autístico*. Barcelona, PAIDOS.
- Brazellton T.B., Cramer B.G. (1989). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa, Edit. Terramar.
- Bronfenbrenner V. (1989). Ecological systems theory, *Annals of Child Development*, 6, 287-299.
- Buitelaar J.R. (1995). Attachment and social withdrawal in Autism: Hypotheses and Findings, *Behaviour*, 132, 319-350.
- Bursztejn, Ferrari P., Dreux C, Braconnier A., Lancrénon S. (1988). Metabolisme de la sérotonine dans l'autisme infantile, *L'Encéphale* XIV: 413-9.
- Capps L., Sigman e Mundy P. (1994). Attachment security in children with Autism. *Developmental Psychopathology*, 6, 249-261.
- Campbell M. (1978). Pharmacotherapy. In M. Rutter e E. Schopler (Eds.) *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. N. York: Plenum.
- Chicchetti D. (1996). Regulatory processes in development and psychopathology, *Development and Psychopathology*, 8, 1-27.
- Chamberlain R., Herman B. (1990). A novel Biochemical model linking dysfunctions in Brain melatonin, proopiomelanocortin peptides, and serotonin in Autism, *Biology and Psychiatry*: 28; 773-793.
- Courchesne E. (1991). Neuroanatomic Imaging in Autism. *Pediatrics*, 87, 781-790.

- Cummings M. e Davies P. (1996). Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8; 123-139.
- Damasio H., Maurer RC, Damasio A.R. e Chui H.C. (1980). Computerized tomographic scan findings in patients with Autistic behavior, *Archives of Neurology*, 37, 504-510.
- Dahlgren S.O. e Trillingsgaard (1996). Theory of Mind in Non-Retarded Children with Autism and Asperger's Syndrome. A research note, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 6, 759-763.
- Dawson G., Meltzoff A.N., Osterling S., Rinaldi S. (1998). Neuropsychological Correlates of Early Symptoms of Autism. *Child Development*, vol. 69, 5: 1276-1285.
- Dionisio M. (1998). A organização dos comportamentos da vinculação na criança com alterações neuromotoras. Tese de Dissertação de Mestrado, Porto: FPCE.
- Dissanayake C. e Crossley S. (1996). Proximity and Sociable Behaviours in Autism: Evidence of Attachment, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 2, 149-156.
- Eaves R. e Milnes B. (1993). The criterion-related validity of the Childhood Autism Rating Scale and the Autism Behavior Checklist, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21; 5, 481-491.
- Farran D., Kasari C., Confort M. e Jay S. (1986). Parent/Caregiver Involvement Scale Workbook. University of North Caroline. Greensboro NC 27412-5001.
- Folstein S., Piven J. (1991). Etiology of Autism: Genetic Influences, *Pediatrics*, 87, 767-773.
- Frith U. (1989). *Autism: Explaining the Enigme*. Cambridge: Basic Blackwell.
- Gillberg Cl. (1992). Autism and autistic like conditions: subclasses among disorders of empathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 33:813-842.

- Gonçalves M.J. (1990). Psicoses da 1ª Infância. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 1, 15-35.
- Graziano A.M., Baulin M.Y. (1989). *Research Methods: A process of inquiry*. New York: Harper and Row Publishers.
- Greenspan S. (1992). Infancy and Early Childhood: Pre, peri e neo-natal conditions. *Journal of Autism and Developmental Disord.* 13; 153-166.
- Greenspan S. (1992). *Infancy and Early Childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and Developmental Challenges*. International Universities Press, inc. Madison, Connecticut.
- Grossmann K.E. e Grossmann K (1991). Attachment quality as an organizer of emotional behavioral responses in longitudinal perspectives. In: C. Parkers e J. Stevenson-Hinde e P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- Hermelin B.A., O'Connor M.A. (1970). *Psychological Experiments with Autistic Children*. Oxford: Pergamon Press.
- Hobson R.P. (1993). *El Autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid. Alianza Editorial S.A.
- Hoppes K., Harris S.L. (1990). Perceptions of Childs Attachment and Maternal Gratification in Mothers of Children with Autism and Down Syndrome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 4, 365-370.
- Janetzke H.R.P. (1996). *El Autismo*. Madrid, Acento Edit.
- Kanner L. (1945). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Koupernik C., Lebovici S., Widlöcher et al. (1978). *Psicoses infantis*. Lisboa, Editorial Vega.

- Leevers H.J., Harris P.L. (1998). Drawing impossible entities: a measure of the imagination in children with Autism, children with learning disabilities and normal 4 years old. *Journal of Child Psychology. and Psychiatry*, 39, 3: 399-410
- Lelord G., Sauvage D. (1990). *Autisme de l'enfant: clinique, physiopathologie, thérapeutique*. Masson Ed. Paris.
- Lopes dos Santos P. (1990). Papel dos Factores da Interação Mãe-Filho no Crescimento Somático do Recém-Nascido (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Porto: FPCE.
- Lorente A.P., Llaberic E.D., Cuxart F. (1997). *El Impacto del Niño Autista en la Familia*. Universidade de Navarra, Ed. Rialp, S.A.
- Lord C. (1984). The development of poor relations in children with autism. In: F.S. Morrison, C. Lord e D.P. Keating (Eds.). *Applied developmental psychology* (165-229). N. York: Academic Press.
- Mahler M. (1989): *As psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre / Artes Médicas Editora.
- Main M. e Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. I.M. Greenberg, D. Cichetti e E. Cummings (Eds.). *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: Chicago University Press.
- Mazet Ph, Houzel D. (1979). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Maloine Edit.
- Meins E. (1997). *Security of Attachment and the Social Development of Cognition*. Sussex: Psychology Press.
- Meltzer (1980). *Exploration dans le Monde de l'Autisme*. Payot, Paris.
- Messerschmitt P. (1990). *Clinique des Syndromes Autistiques*, Paris, Maloine Ed.

- Minshew N. (1991). Indices of Neural Function in Autism: Clinical and Biological implications, *Pediatrics*, 87, 774-779.
- Mira Coelho J. *Psicoterapia de grupo e interimaginação*. Edit. Centro Psicoterapia de Grupo – Porto.
- Nelson K.B. (1991). Prenatal and Perinatal Factors in the Etiology of Autism, *Pediatrics*, 87, 761-766.
- Ozonoff S., Pennington B.F. e Rogers S.J. (1990). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1081-1105.
- Parks S.L. (1983). The assessment of Autistic children: a selective review of available instruments. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 13, 255-267.
- Pederson D. e Moran G. (1996). Expressions of the Attachment Relationship Outside of the Strange Situation. *Child Development*, 67, 915-927.
- Priour M., Eisenmajer R., Leekam S., Wing L., Gould S., Ong B. and Dowe O. (1998). Are there subgroups within the Autistic spectrum? A cluster analysis of a group of children with Autistic spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, nº 6, 893-902.
- Rapin I. (1995). Autistic regression and desintegrative disorder: how important the role of Epilepsy?. *Semin. Pediat. Neurol.*, Dec; 2 (4): 278-85.
- Rapin I. (1996). Preschool children with inadequate communication: Developmental language e disorders, Autism or low IQ. *Clinics in Development Medicine*, 139, London, Mac Keith Press.
- Ritvo E. (1976). *Diagnosis Current Research and Management*. New York: Spectrum Publication Inc.

- Rutter M. (1974). The development of infantile Autism. *Psychological Medicine*, 4, 147-163.
- Rutter M., Schopler E. (1987). Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17; 2, 159-186.
- Sameroff A. e Fiese B. (1990). Transactional Regulation and Early Intervention. In S. Meisels e J. Schönkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sevin J.A., Matson J.L., Coe D.A., Fee V.E., Sevin B.M. (1991). A comparison and evaluation of three commonly used autism scales. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21; 4, 417-431.
- Shapiro T., Sherman M., Calamari G. e Kock D. (1987). Attachment in Autism and other Development Disorders. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 26, 480-484.
- Shopler E., Reichler R.S., Devellis R.F., Daly K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: childhood autism rating scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10; 91-103.
- Shopler E., Reichler R.S. (1988). The Childhood Autism Rating Scale. WPS, Los Angeles, California (resumo do Manual).
- Sigman M. e Mundy P. (1989). Social Attachment in Autistic Children. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 28, 74-81.
- Smalley S.L., Asarnow R.F., Spence M.A. (1988). Autism and Genetics. *Archives General Psychiatry*, 45, 953-961.
- Spitz R.A. (1946). Depression Anaclitic. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 313-342.

- Sroufe A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*, 56; 1-14.
- Stern D. (1971). A microanalysis of mother-infant interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 501-507.
- Sturmey P., Sevin J.A., Matson J.L. (1992). Brief report: Analysis of the Internal Consistency of Three Autism Scales. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22; 2, 321-329.
- Vaneck L. (1986). *Les psychoses infantiles et leurs perspectives therapeutiques*. PUF, Paris.
- Van Ijzendoorn M., Juffer F. e Dyvesteyn M. (1995). Braking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachments-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36; 2, 225-248.
- Winnicott D.W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre. Artes Médicas Edit.
- Wing L. (1995). *Autistic spectrum disorders: an aid to diagnosis*. London: The National Autistic Society.
- Wing L. (1997). The Autistic Spectrum. *Lancet*, 350, 1761-66.
- Yirmiya N., Sigman M., Zacks D. (1994). Perceptual perspective-taking and seriation abilities in high-functioning children with Autism. *Development and Psychopathology*, 6, 263-272.
- Zigler E. e Hodapp R. (1986). *Understanding Mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXOS

C.A.R.S. – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AUTISMO INFANTIL
(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

(E. Schopler, R. Reichler, 1971)

► MÉTODOS DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO EM CADA ITEM

As avaliações dos itens da CARS podem ser feitas a partir de relatos dos pais ou registos clínicos, desde que estas informações contenham os dados requeridos para a classificação em todos os itens. Pode ser útil ir anotando observações relevantes relativamente aos comportamentos em cada item, no espaço reservado para tal (obs.). O observador deve estar familiarizado com a escala e com os itens a observar antes de iniciar a avaliação.

Durante a observação o comportamento da criança deve ser comparado com o esperado para uma criança normal da mesma idade. A peculiaridade, frequência, intensidade e duração dos comportamentos anormais devem ser consideradas. O objectivo desta escala é avaliar comportamentos sem recorrer a explicações causais. Como alguns dos comportamentos da criança autista se encontram noutras perturbações infantis é importante avaliar o grau de desvio dos comportamentos. A pontuação total e o tipo de incapacidades distinguirá a criança autista das outras perturbações. Para pontuar os itens pode usar-se uma classificação de 1-4 com possibilidade de pontos intermédios:

- 1 – dentro dos limites normais para idade
- 1,5 – ligeiramente acima do normal para idade
- 2 – ligeiramente anormal para idade
- 2,5 – ligeira a moderadamente anormal para idade
- 3 – moderadamente anormal para idade
- 3,5 – moderada a gravemente anormal para idade
- 4 – gravemente anormal para idade

Assim, deverá fazer-se a avaliação em cada item, do seguinte modo:

I – *Relação com as Pessoas* – Avaliar como a criança se comporta em situações de interacção, estruturadas ou não. Considerar a forma como a criança reage às tentativas de contacto e a quantificação do esforço necessário para captar

a atenção da criança. Notar como a criança reage ao contacto físico, carícias ou castigos.

Reparar no tipo de vinculação aos familiares e na forma como a criança tem ou não iniciativa nas interacções, espontaneidade ou retraimento. Tendo em conta estas considerações podem pontuar-se de 1 a 4:

- 1 – Sem evidência de anomalia ou dificuldade na relação com as pessoas: comportamento apropriado à idade. Alguma timidez, agitação ou aborrecimento podem observar-se mas não a um grau superior ao esperado para uma criança da mesma idade.
1,5
- 2 – Relação ligeiramente anormal: a criança pode evitar olhar nos olhos do adulto, evitar o adulto ou zangar-se se a interacção é forçada, pode ser excessivamente tímida ou mais ligada aos pais do que o que seria esperado para a idade.
2,5
- 3 – Relação moderadamente anormal: a criança mostra-se distante, ignorando os adultos e parecendo ausente por momentos. São necessários esforços para prender a sua atenção. O contacto iniciado pela criança é mínimo e pouco pessoal.
3,5
- 4 – Relação severamente anormal: a criança está distante e desinteressada do que o adulto está a fazer. Quase nunca inicia ou responde ao contacto com o adulto. Somente esforços muito persistentes conseguem obter alguma atenção da criança.

II – Imitação – Avaliar a capacidade de imitação verbal e não verbal devendo o comportamento a imitar estar dentro das capacidades previstas para a criança. Pode ser útil tentar que a criança imite gestos que já tinha demonstrado antes. A imitação verbal pode envolver a repetição de sons ou longas frases. A imitação física envolve movimentos com as mãos, corpo ou objectos.

É necessário certificar se a criança compreendeu que deve imitar. Notar, por

exemplo se ela retribui um aceno de despedida, movimento de bater palmas, ou repete sons. Tentar reconhecer se a criança não imita porque não é capaz de imitar, ou não é capaz de compreender a necessidade de imitar ou não é capaz de realizar a actividade que se pretende que seja imitada. É importante alargar o leque de situações a imitar e verificar o tempo que decorre entre a situação modelo e a imitação.

Pontuação possível:

- 1 – Imitação apropriada: é capaz de imitar sons, palavras e movimentos de forma adequada às suas capacidades.
1,5
- 2 – Imitação ligeiramente anormal: imita comportamentos simples como bater palmas ou sons simples na maior parte das vezes. Ocasionalmente pode imitar somente depois de muito estimulada ou com algum tempo de atraso.
2,5
- 3 – Imitação moderadamente anormal: imita só parte do tempo, requerendo uma grande persistência e ajuda do adulto. Pode frequentemente imitar após algum tempo de atraso.
3,5
- 4 – Imitação severamente anormal: raramente imita ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com a ajuda do adulto.

III – Resposta Emocional – Avaliar como a criança responde a situações agradáveis e desagradáveis, verificando se as emoções expressas são apropriadas ou não às situações. Interessa o tipo e intensidade de resposta.

Avaliar como a criança responde a estímulos agradáveis tais como carícias ou elogios, brinquedos ou guloseimas.

Avaliar como a criança responde a estímulos desagradáveis como ralar, criticar, retirar brinquedo preferido, etc..

Resposta inapropriada ou mudanças imprevisíveis do humor sem razão

aparente deverão ser notadas assim com anormal grau de intensidade (↓↑) de reacção.

Pontuação:

- 1 – Respostas emocionais adequadas à idade e à situação. A criança mostra um tipo e grau de resposta adequada, revelada por alteração na expressão facial, postura e modo/atitude.
1,5
- 2 – Resposta emocional ligeiramente anormal. Ocasionalmente desenvolve um tipo ou grau de reacção emocional desajustada. As reacções muitas vezes não estão relacionadas com os objectos ou acontecimentos à sua volta.
2,5
- 3 – Resposta emocional moderadamente anormal. Tipo e/ou grau de resposta desajustada. Reacções muito apagadas ou excessivas e outras vezes não relacionadas com a situação. Pode gritar, rir, sem motivo aparente.
3,5
- 4 – Resposta emocional severamente anormal. Raramente a resposta é adequada à situação; o humor mantém-se independentemente da alteração dos acontecimentos. Por outro lado, pode manifestar diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.

IV – *Movimentos do Corpo* – Este item avalia coordenação e adequação dos movimentos. Inclui desvios tais como alterações de postura, rotações, bater os braços ou os dedos, balanceio, andar em bicos de pés, auto-agressão, etc..

Interessa observar actividades motoras como recortar, desenhar, completar puzzles além de actividades físicas. Importa avaliar a frequência, intensidade e grau de persistência (resistência à mudança) dos comportamentos bizarros.

Pontuação:

- 1 – Movimento do corpo apropriado à idade. Move-se com a mesma

facilidade, agilidade e coordenação da criança normal na mesma idade.

1,5

- 2 – Movimento do corpo ligeiramente anormal. Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como uma criança desajeitada, movimentos repetitivos, coordenação pobre, ou aparecimento raro de movimentos invulgares referidos no ponto 3.

2,5

- 3 – Movimento do corpo moderadamente anormal. Notados comportamentos nitidamente estranhos e não usuais para esta idade. Pode incluir movimentos finos dos dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, auto-agressão, balanceio, rodopiar, emolar/entrelaçar de dedos, marcha em bicos de pés.

3,5

- 4 – Movimento do corpo severamente anormal. Movimentos descritos no ponto 3 mas frequentes e intensos. Estes comportamentos persistem, mesmo que se tente proibir ou envolver a criança noutras actividades.

V – Utilização dos Objectos – Avaliar o interesse da criança por brinquedos e objectos e a forma como os utiliza ou não adequadamente. Deve observar-se o modo como interage com os objectos em situação não estruturada, observar o grau de envolvimento, interesse por particularidades do objecto ou suas características (ex: movimento/som), repetição de gestos particulares com os objectos ou seu alinhamento fora do habitual. Uso inadequado dos brinquedos ou objectos mesmo após modelo. Interesse excessivo por determinados objectos (ex: água a correr; listas telefónicas) não habituais para a sua idade.

Pontuação:

- 1 – Interesse e uso apropriados de brinquedos ou objectos. A criança mostra um interesse normal em objectos ou brinquedos apropriados para o seu nível e usa-os de um modo adequado.

1,5

- 2 – Interesse e uso ligeiramente inapropriados de objectos ou brinquedos.

Pode mostrar menos interesse que o normal num brinquedo ou brincar com ele de modo infantil, como batendo com ele ou levando-o à boca numa idade em que este comportamento já não é aceitável.

2,5

- 3 – Interesse e uso moderadamente inapropriados de objectos ou brinquedos. Mostra pouco interesse em brinquedos e objectos, ou pode estar preocupada em os utilizar de um modo anormal e estranho. Pode focar a atenção numa parte insignificante destes, ficar fascinada com a reflexão de luz do objecto, mover repetidamente uma parte do objecto em particular ou brincar só com um objecto excluindo os outros. Este comportamento pode ser pelo menos parcial ou temporariamente modificado.

3,5

- 4 – Interesse e uso severamente inapropriados de objectos ou brinquedos. Comportamento semelhante ao ponto 3 mas de um modo mais frequente e intenso. É muito difícil desligar-se destas actividades uma vez nela embrenhada, sendo muito difícil alterar esta utilização desajustada.

VI – Adaptação à Mudança – Verifica a dificuldade em alterar rotinas e dificuldade em mudar de uma actividade para outra, quando previamente envolvida. Notar a reacção da criança aos esforços do observador para modificar uma tarefa ou rotina (ex: se fica perturbada ou zangada). Verificar a existência de rituais ou rotinas estereotipadas na forma de dispôr os objectos ou lidar com tarefas do dia a dia, sempre pela mesma ordem ou da mesma maneira, tolerando mal a mudança.

Pontuação:

- 1 – Adaptação à mudança adequada. Pode reagir à mudança de rotina, mas aceita-a sem stress desajustado.

1,5

- 2 – Adaptação à mudança ligeiramente anormal. Quando o adulto tenta mudar de tarefa esta pode querer continuar na mesma tarefa ou usar o

mesmo material, mas consegue-se desviar a sua atenção facilmente. Por exemplo, pode-se zangar se é levada a um supermercado diferente ou se fez um percurso diferente da escola, mas consegue-se acalmar facilmente.

2,5

- 3 – Adaptação à mudança moderadamente anormal. Resiste activamente às mudanças de rotina. Quando se tenta alterar uma actividade, tenta manter a anterior, sendo difícil de dissuadir. Por ex., insiste em recolocar a mobília que foi mudada. Fica zangada e infeliz quando uma rotina estabelecida é alterada.

3,5

- 4 – Adaptação à mudança severamente anormal. Quando ocorrem mudanças mostra uma reacção intensa que é difícil de eliminar. Se a mudança é imposta, fica extremamente zangada, não colaborante, respondendo com birras e agitação.

VII – Resposta Visual – Avaliar a resposta visual fora do habitual em relação a pessoas ou objectos.

Verificar se olha nos olhos do interlocutor durante a interacção ou se evita o olhar. Notar quantas vezes é necessário dizer à criança para olhar para a tarefa a realizar, os esforços para captar o seu olhar ou se fica absorta a olhar para alguma característica em particular.

Pontuação:

- 1 – Resposta visual adequada à idade. O comportamento visual é normal. A visão é usada em conjunto com os outros sentidos para explorar novos objectos.

1,5

- 2 – Resposta visual ligeiramente anormal. Tem de ser lembrada de tempos a tempos para olhar para os objectos. Pode estar mais interessada em olhar para um espelho ou luzes que uma criança da mesma idade e, ocasionalmente, ficar com olhar ausente.

2,5

- 3 – Resposta visual moderadamente anormal. Tem de ser lembrada frequentemente para olhar o que está a fazer. Pode ficar com o olhar fixo, ausente, evitar olhar nos olhos das pessoas, olhar para os objectos de um ângulo estranho ou levá-los muito perto dos olhos.

3,5

- 4 – Resposta visual severamente anormal. Evita olhar constantemente para as pessoas ou certos objectos e pode mostrar formas extremas de peculiaridades visuais descritas acima.

VIII – Resposta Auditiva – Avalia reacções anormais a estímulos auditivos (voz e outros ruídos) assim como o seu interesse nos mesmos. Verificar se tem preferência ou receios por determinados ruídos, ou se reage de forma não adequada à intensidade do som ou à sua familiaridade (pode não se assustar com sons fortes ou estranhos e ter receio de sons familiares).

Pontuação:

- 1 – Resposta ao som adequada à idade. O comportamento auditivo é normal. A audição é utilizada em conjunto com os outros sentidos, como a visão e o tacto.

1,5

- 2 – Resposta emocional ligeiramente anormal. Alguma falta de resposta para alguns sons ou uma resposta ligeiramente exagerada para outros. Por vezes, a resposta ao som pode ser atrasada e os sons podem ocasionalmente necessitar de repetição para prender a atenção da criança. Pode por vezes distrair-se por sons externos.

2,5

- 3 – Resposta ao som moderadamente anormal. A resposta ao som varia muitas vezes. Muitas vezes ignora um som nos primeiros minutos em que é desencadeado. Pode assustar-se por sons do dia-a-dia tapando os ouvidos quando os ouve.

3,5

- 4 – Resposta ao som severamente anormal. A criança reage muito ou pouco, independentemente do tipo de som.

IX – Resposta ao Paladar, Cheiro e Tacto – Avalia a forma como reage ou não adequadamente a estes estímulos «próximos». Verificar se mostra excessivo interesse ou excessivo evitamento de certos estímulos (gostos, cheiros ou texturas), de forma apropriada ou não (ex: cheiros, brinquedos ou papéis; saborear objectos, etc.). Notar reacções anormais e estímulos dolorosos (↑ ou ↓),

Pontuação:

- 1 – Resposta normal ao paladar, olfacto e tacto. Explora objectos novos de um modo apropriado à idade tocando-lhes e observando-os. O paladar e olfacto podem ser utilizados adequadamente como nos casos em que o objecto é parecido com algo que se come. Reagem a estímulos dolorosos menores do dia-a-dia decorrentes de quedas, pancadas e beliscões, expressando desconforto mas não de um modo excessivo.
1,5
- 2 – Uso e resposta ligeiramente anormal do paladar, olfacto e tacto. Persiste em levar objectos à boca, mesmo quando as crianças da sua idade já ultrapassaram essa fase. Pode por vezes cheirar ou tomar o gosto de objectos não comestíveis. Pode ignorar ou reagir excessivamente a um beliscão ou estímulo doloroso ligeiro, que a criança normal expressa apenas como ligeiro desconforto.
2,5
- 3 – Uso e resposta moderadamente anormal do paladar, olfacto e tacto. Pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou saborear objectos ou pessoas. Pode mostrar uma reacção moderadamente anormal à dor reagindo muito pouco.
3,5
- 4 – Uso e resposta moderadamente anormal do paladar, olfacto e tacto. Mostra-se preocupada em cheirar, saborear ou tocar objectos mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal do objecto. Pode ignorar completamente a dor ou reagir fortemente a algo que apenas motive desconforto ligeiro.

X – Medo ou Ansiedade – Avalia a existência ou não de medos inexplicáveis ou a sua ausência em situações nas quais uma criança normal se assustaria. Notar existência de reacções de medo (grito, choro, fuga), sua severidade, duração e frequência além da sua adequação ou não à situação. Considerar a sua especificidade ou alargamento massivo a várias situações. Comparar com a reacção que seria de esperar numa criança normal da mesma idade perante uma situação assustadora ou familiar.

Pontuação:

- 1 – Medo ou ansiedade normais. O comportamento da criança é adequado à idade e à situação.
1,5
- 2 – Medo ou ansiedade ligeiramente anormal. Revela ocasionalmente medo ou ansiedade que é ligeiramente desajustada, por excesso ou por defeito, quando comparada com a reacção de uma criança normal na mesma idade e situação.
2,5
- 3 – Medo ou ansiedade moderadamente anormal. A resposta desencadeada é excessiva ou inferior ao esperado em idêntica situação mesmo por uma criança mais nova. Pode ser difícil de entender o que a desencadeou sendo também difícil de a confortar.
3,5
- 4 – Medo ou ansiedade severamente anormal. Os medos persistem mesmo após repetidas experiências com situações ou objectos desprovidos de perigo. Pode parecer amedrontada durante toda a consulta sem qualquer motivo. Pelo contrário pode não mostrar qualquer receio a situações ameaçadoras, que crianças da mesma idade evitam.

XI – Comunicação verbal – Avalia todo o tipo de uso de linguagem, desde a sua ausência até às peculiaridades, bizarras, inadequação e finalidade ou não de comunicar. Avalia o tipo de vocabulário, estruturação das frases, qualidade, tonalidade, volume, ritmo, forma e conteúdo semântico do discurso. Interessa

considerar a frequência, intensidade e extensão das peculiaridades, existência ou não de repetições, estereótipos, tempo de latência, infantilismo, ecolália (repetição), inversão ou troca de pronomes, uso de calão ou interesse particular por certos tópicos ou frases. A inversão do pronome (uso da 3ª pessoa e não da 1ª pessoa) e a ecolália (repetindo em eco o que acabou de ouvir) são muito características, assim como o calão ou neologismos sem fim de comunicação.

Pontuação:

- 1 – Normal em relação com a idade e situação.
1,5
- 2 – Comunicação verbal ligeiramente anormal. Atraso global da linguagem. Muita linguagem tem sentido. Contudo, ecolália e troca de pronomes ocorrem ocasionalmente quando já ultrapassada a idade em que isso normalmente ocorre. Muito ocasionalmente são utilizadas palavras peculiares e «calão».
2,5
- 3 – Comunicação verbal moderadamente anormal. Linguagem pode estar ausente. Se presente, pode ser uma mistura de alguma linguagem com sentido e outra peculiar como o «calão», ecolália e troca de pronomes. Alguns exemplos incluem repetição sem fins comunicativos de reclames de TV, reportagens do tempo e jogos. Quando é utilizada linguagem com sentido pode incluir peculiaridades como questões frequentes ou preocupação com tópicos particulares.
3,5
- 4 – Comunicação verbal severamente anormal. Não é utilizada linguagem com sentido. Em vez disso, pode ter gritos, sons peculiares, ou parecidos com animais ou barulhos complexos simulando linguagem. Pode mostrar uso persistente e bizarro de palavras ou frases reconhecíveis, de forma estereotipada.

XII – Comunicação Não Verbal – Avalia a comunicação não verbal desde os gestos, à postura, expressão facial e corporal. Inclui o tipo de resposta à

comunicação não verbal dos outros e interessa ver se tem ou não desejo e a capacidade de comunicar, mesmo na ausência da linguagem. Verificar se a criança usa gestos adequados para demonstrar o que pretende ou se utiliza o adulto como uma extensão de si própria para atingir o que deseja.

Pontuação:

- 1 – De forma adequada à idade e situação.
1,5
- 2 – Uso ligeiramente anormal da comunicação não verbal. A comunicação não verbal utilizada é imatura. Pode apontar, p. ex., vagamente para o que pretende, em situações em que uma criança normal da mesma idade aponta mais especificamente.
2,5
- 3 – Uso moderadamente anormal da comunicação não verbal. É geralmente incapaz de exprimir as suas necessidades ou desejos de um modo não verbal e é, geralmente, incapaz de entender a comunicação não verbal dos outros. Pode levar o adulto pela mão ao objecto desejado mas é incapaz de exprimir o seu desejo por gesto ou apontando.
3,5
- 4 – Uso severamente anormal da comunicação não verbal. Usa somente gestos peculiares e bizarros sem significado aparente e não parece compreender o significado dos gestos e expressões faciais dos outros.

XIII – *Nível de Actividade* – Avaliar o grau de actividade (↑ ou ↓) da criança em situação ou mais ou menos restrita. Notar atitudes de hiperactividade ou letargia e adequação ao grau de restrição imposto ou às sugestões dadas para se mover. Deve ter-se em conta a idade e características físicas da criança, a duração da situação do teste, fadiga e influência de outros factores (ex: medicação).

Pontuação:

- 1 – Normal em relação com a idade e circunstâncias. A criança não é mais

nem menos activa do que uma criança normal da mesma idade e nas mesmas circunstâncias.

1,5

2 – Nível de actividade ligeiramente anormal. Pode ser ligeiramente irrequieta ou lenta. O nível de actividade desta só interfere ligeiramente com a sua realização. Geralmente é possível encorajar a criança a manter o nível de actividade adequado.

2,5

3 – Nível de actividade moderadamente anormal. Pode ser muito activa e difícil de conter. À noite parece ter uma energia ilimitada e não ir rapidamente para a cama. Pelo contrário, pode ser uma criança completamente letárgica, sendo necessário um grande esforço para a fazer mobilizar. Podem não gostar de jogos que envolvam actividade física parecendo muito «preguiçosos».

3,5

4 – Nível de actividade severamente anormal. Mostra-se extremamente activa ou inactiva, podendo transitar de um extremo para o outro. Pode ser muito difícil orientar a criança. A hiperactividade quando presente ocorre virtualmente em todos os aspectos da vida da criança, sendo necessário um controle constante por parte do adulto. Se é letárgica é extremamente difícil despertá-la para alguma actividade e o encorajamento do adulto é necessário para que inicie a aprendizagem ou execute alguma tarefa.

XIV – *Nível e Consistência da Resposta Intelectual* – Refere-se ao nível geral de funcionamento intelectual, consistência ou aparecimento de discrepâncias em certas áreas. Deve considerar-se não só o uso e compreensão da linguagem, conceitos, memória, actividade exploratória. Notar a existência de capacidades superiores e o nível geral de funcionamento (talentos especiais) assim como formas de raciocínio não apropriadas à idade.

Pontuação:

- 1 – Inteligência normal e razoavelmente consistente nas diferentes áreas. Tem uma inteligência sobreponível às outras da sua idade e não apresenta uma capacidade invulgar ou outro problema.
- 1,5
- 2 – Função intelectual ligeiramente anormal. Não é tão desperta como as da sua idade e as suas capacidades parecem do mesmo modo atrasadas em todas as áreas.
- 2,5
- 3 – Função intelectual moderadamente anormal. No global a criança pode não ser tão desenvolvida intelectualmente como as da sua idade; contudo em uma ou mais áreas pode funcionar próximo do normal.
- 3,5
- 4 – Função intelectual severamente anormal. Enquanto a criança pode não ser tão desenvolvida intelectualmente como as outras da sua idade, pode funcionar melhor que uma criança da sua idade em uma ou mais áreas. Pode ter capacidades invulgares como talento especial para a música, arte ou facilidade particular com os números.

XV – Impressão Global – Pretende ser uma avaliação global do grau de autismo com base na impressão subjectiva, antes de somar os resultados dos itens anteriores. Pode recorrer-se a toda a informação disponível sobre o caso (relatos de família, registos clínicos, etc.).

Pontuação:

- 1 – Sem autismo. A criança não mostra qualquer sintoma característico do autismo.
- 1,5
- 2 – Autismo ligeiro. A criança revela poucos sintomas ou somente um grau ligeiro de autismo.
- 2,5
- 3 – Autismo moderado. A criança mostra alguns sintomas ou um grau moderado de autismo.
- 3,5
- 4 – Autismo severo. A criança revela muitos sintomas ou um grau extremo de autismo.

**ESCALA DE ENVOLVIMENTO PARENTAL / PRESTADORES
DE CUIDADOS**

(Farran, Kasari, Comfort e Jay, 1986)

P/CIS: Tradução dos itens 1 a 12

1. ENVOLVIMENTO FÍSICO

A. Quantidade de contacto corporal (*inclui apoiar, tocar, segurar*)

1	2	3	4	5
muito pouco a nenhum; **A e C dificilmente tocam um no outro (Se a quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação)		moderado; A e C estão em contacto físico principalmente em função de outras actividades ou <u>somente</u> apoio passivo		muito; constante, tem que incluir toque <u>activo</u> , não somente apoio passivo

B. Qualidade do caregiver em manejar a criança (*inclui mudar a criança de postura, orientar movimentos, transportar*)

1	2	3	4	5
nunca sensível, manejar bem executado; manejar quase sempre rude, abrupto, ineficaz		manejar por vezes sensível; cerca de metade do tempo (Se só acontece apoio passivo não avaliar acima de 3.)		quase sempre sensível, manejar bem executado; nunca rude, abrupto

___ não observado

C. Adequação da posição da criança pelo caregiver: posicionamento de C numa postura particular com o propósito de brincar ou interagir (*e.g. sentar, pôr de pé, deitar*); posicionamento de A e brinquedos para permitir acesso fácil por parte de C

1	2	3	4	5
sempre posicionado sem acesso adequado e fácil a brinquedos e/ou adulto; impedindo a melhor abordagem de C à tarefa		algumas vezes posicionado com acesso adequado; cerca de metade do tempo		quase sempre posicionado adequadamente para melhor abordagem de C

___ não observado

A = Adulto
C = Criança

2. ENVOLVIMENTO VERBAL

A. Quantidade de envolvimento verbal (*inclui iniciar e/ou responder ao comportamento verbal e não verbal de C*)

1	2	3	4	5
nenhum, A raramente fala a C (Se a Quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação)		moderado; A ocasionalmente fala a C; cerca de metade do tempo		muito; A fala a C ao longo da sessão/visita praticamente sem pausas para C falar

B. Qualidade da interacção verbal (*ajustamento para a compreensão*)

1	2	3	4	5
A nunca ajusta discurso ao nível de C - seja demasiado alto ou demasiado baixo		ajustamento moderado para a compreensão; por vezes dirige à criança uma linguagem muito "infantil" ou muito complicada		A quase sempre assegura a C a compreensão da conversa dirigida a C; A altera o tom de voz para prender a atenção de C
		__ não observado		

C. Adequação da interacção verbal (*Até que ponto o caregiver providencia uma ligação verbal entre a criança / mundo?*)

1	2	3	4	5
A dificilmente comenta as actividades de C ou as suas próprias actividades		A ocasionalmente dirige a conversa a C sobre as actividades de C, A relata as suas actividades a C		a conversa de A está quase sempre relacionada com as actividades de C e A explica as suas próprias actividades relacionadas com C. Deve existir tanto conversa acerca das actividades de C como das actividades de A para receber 5
		__ não observado		

3. RESPONSABILIDADE DO CAREGIVER À CRIANÇA

A. Quantidade de responsividade a C (às suas iniciativas, verbalizações, solicitações, angustias)

1	2	3	4	5
A nunca responde (Se a Quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação)		A responde ocasionalmente; responde cerca de metade do tempo		A quase sempre responde

B. Qualidade da responsividade do caregiver: Intensidade

1	2	3	4	5
responde abruptamente, vigorosamente, muito intensamente, severamente		neutro; resposta de nenhum modo intensa		A responde de uma maneira dócil, sensível, positiva. A pode responder entusiasmamente, com prazer. Também é observada espontaneidade
__ não observado				

C. Adequação da responsividade do caregiver: Tempo

1	2	3	4	5
raramente há boa sincronia na resposta às actividades de C; A oprime C com a rapidez da resposta, ou é muito lenta em responder		sincronia moderada na resposta às necessidades de C. Cerca de metade do tempo A responde apropriadamente e atempadamente às necessidades de C		resposta a C quase sempre apropriada às necessidades de C. Boa sincronia de resposta - nem muito rápida nem muito lenta
__ não observado				

4. INTERACÇÃO NO JOGO

A. Quantidade de interacção no jogo. Atenção / interacção do caregiver e da criança com os brinquedos / actividade (pode incluir ensinar a jogar, mas exclui as rotinas de cuidados diários da criança. (e.g. mudar a fralda, alimentação)

1	2	3	4	5
muito pouco a nenhuma (Se a Quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação)		moderado; cerca de metade do tempo		quase sempre

B. Qualidade do jogo entre o caregiver e a criança (Quanto calor, interesse e entusiasmo o adulto mostra à criança durante as interacções no jogo?)

1	2	3	4	5
A não mostra calor, interesse ou entusiasmo durante o jogo; A pode parecer impaciente, neutro ou rotinizado no jogo		A mostra calor, interesse e entusiasmo durante algum tempo; outras vezes parece rotinizado ou desvinculado		A responde de um modo gentil, sensível, positivo. A pode responder entusiasmadamente, com prazer. Também observada espontaneidade
		__ não observado		

C. Adequação da interacção no jogo (Adaptação dos brinquedos ao nível desenvolvimental e interesse da criança)

1	2	3	4	5
A nunca adapta ao nível de capacidade e interesse de C; A usa persistentemente brinquedos ou actividades convencionais contudo inapropriadas para C		A por vezes adapta brinquedos / actividades ao nível de capacidade e interesse de C; cerca de metade do tempo		A adapta brinquedos / actividades ao nível de interesse de C; o uso convencional de brinquedos e actividades visa as necessidades de desenvolvimento e interesse da criança
		__ não observado		

5. ENSINO DE COMPORTAMENTO

A. Quantidade de ensino de comportamento: Com objectivo de ensinar uma capacidade particular (Foco na quantidade e tempo que A leva a ensinar C, não só a frequência)

1	2	3	4	5
1 muito pouco a nenhum (Se a Quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação)		3 moderado; A ensina ocasionalmente. A pode introduzir o ensino de actividades mas gasta pouco tempo com elas		5 quase sempre; A usa a maior parte do tempo de interacção ensinando C

B. Qualidade do ensino de comportamento

1	2	3	4	5
1 A sujeita C a forte ensino, quase sempre rotinizado. Exigências não flexíveis para aprendizagem.		3 algum ensino espontâneo sem agressividade, criativo; algum é rotinizado, orientado pelo treino, não flexível		5 o ensino é quase sempre espontâneo, tendo origem e sendo dirigido para as actividades de C. A incorpora criativamente o ensino noutras actividades

__ não observado

C. Adequação do ensino de comportamento (relacionado com as capacidades e interesses)

1	2	3	4	5
1 as tarefas de ensino não têm em conta as necessidades de aprendizagem de C. A não tem em atenção as capacidades desenvolvimentais de C		3 A por vezes ensina tarefas que estão apropriadas às capacidades desenvolvimentais de C; cerca de metade do ensino		5 A encoraja C adequando-se ao nível das suas capacidades desenvolvimentais. A tem em conta as capacidades de C em escolher o que ensinar e como ensinar

__ não observado

6. CONTROLO SOBRE AS ACTIVIDADES DA CRIANÇA

A. Quantidade de controlo manifestada pelo caregiver sobre as actividades da criança

1	2	3	4	5
A nunca organiza as actividades de C "Laissez-faire" - C entregue a si mesmo (Se a Quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação		A organiza algumas vezes as actividades de C; cerca de metade do tempo		A quase sempre organiza as actividades de C; A quase sempre diz ou mostra a C que actividades deve parar e começar

B. Qualidade de controlo: Intensidade / flexibilidade

1	2	3	4	5
A é insistente sobre a estrutura das actividades da criança; rígido e muito firme acerca do que C faz e quando		algumas vezes insistente, exigindo a organização das actividades, mas também um pouco flexível e cederá quando C não está interessado		A muito flexível na organização das actividades; sugere, mas não demasiadamente insistente; adapta a exigência de acordo com a reacção de C
		__ não observado		

C. Adequação do controlo (de acordo com o nível desenvolvimental da criança)

1	2	3	4	5
A faz muito mais controlo do que o que é requerido no nível desenvolvimental de C, ou A deveria fazer mais controlo dado o nível desenvolvimental de C		A controla um pouco mais as actividades de C do que o que é requerido, ocasionalmente sobre-controla, ou A deveria estruturar um pouco mais para o nível desenvolvimental de C		A quase sempre estrutura apropriadamente as actividades ao nível desenvolvimental de C. A antecipa necessidades e acções. As expectativas em relação à quantidade de estruturação necessária está adequada às capacidades de C
		__ não observado		

7. DIRECTIVIDADE: NÚMERO DE SOLICITAÇÕES / INSTRUÇÕES FEITAS À CRIANÇA VERBALMENTE OU FISICAMENTE

A. Quantidade de directivas emitidas pelo caregiver: instruções para comportamento específico

1	2	3	4	5
A nunca dirige comportamentos específicos de C (Se Quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação)		A emite um número moderado de directivas a C. Não mais do que metade do comportamento verbal de A		A dirige constantemente o comportamento de C. Muito do comportamento verbal de A consiste em instruções

B. Qualidade das directivas: Intensidade

1	2	3	4	5
muito rude; as ordens de A são quase sempre muito fortes e coercivas		moderado; as directivas de A são <u>neutras</u> <u>ou</u> de intensidades variadas, algumas são fortes outras suaves		muito baixo; as orientações de A são sempre suaves e dóceis, frequentemente pronunciadas na forma de sugestões
		__ não observado		

C. Adequação da directividade: razoabilidade dos pedidos / ordens

1	2	3	4	5
as solicitações de A quase nunca são razoáveis para o nível de competências e interesse de C		as solicitações de A ocasionalmente são razoáveis; cerca de metade do tempo		as solicitações de A são quase sempre razoáveis e apropriadas ao nível das competências e interesse de C
		__ não observado		

8. RELAÇÃO ENTRE ACTIVIDADES NAS QUAIS O CAREGIVER ESTEVE ENVOLVIDO COM A CRIANÇA

A. Quantidade de actividades nas quais o caregiver esteve envolvido

1	2	3	4	5
quase não há actividades nas quais se observou A envolvido ou nas quais A ajudou a iniciar (Se a Quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação)		balanço equilibrado entre as actividades nas quais A esteve e não esteve envolvido com C		a maior parte das actividades envolveram A; um grande número de actividades ocorreu com um ou mais brinquedos

B. Qualidade da directividade: Intensidade

1	2	3	4	5
à sequência das actividades e das tarefas dentro das actividades proposta por A falta suavidade e fluidez; as actividades parecem começar e acabar mais do que fluir. A e C raramente estão prontos para acabar a actividade ao mesmo tempo		fluidez e suavidade moderadas na sequência entre actividades e tarefas; cerca de metade das actividades. A e C estão por vezes em sintonia no início e final das actividades.		A quase sempre sequência as actividades e tarefas havendo uma suave continuidade entre actividades. A elabora as actividades de C numa ordem natural
		__ não observado		

C. Adequação da relação entre actividades

1	2	3	4	5
A nunca sequencia as actividades da mais simples para a mais complexa, ou introduz mudanças para manter o interesse de C. As actividades parecem não relacionadas e confusas		por vezes A sequencia actividades, por exemplo, do simples para o complexo, ou introduz mudança; cerca de metade das actividades		A quase sempre sequencia actividades adequadamente, por exemplo, do simples para o complexo, ou introduz mudança para manter o interesse de C
		__ não observado		

9. DEMONSTRAÇÕES POSITIVAS

A. Quantidade de demonstrações verbais positivas expressas, e sinais não verbais de julgamento positivo (palmas, abraço, sorriso)

1	2	3	4	5
muito pouco a nenhum; A quase nunca exprime emoções positivas (Se a Quantidade = 1, Avalie Não Observado na Qualidade e Adequação)		moderado; A exprime emoções positivas em quantidades moderadas (cerca de 25% do comportamento verbal e iniciativas de A)		muito: A exprime muito frequentemente emoções positivas (mais de 50% do comportamento verbal e iniciativas não verbais)

B. Qualidade das demonstrações positivas expressas: Intensidade

1	2	3	4	5
afastamento, desvinculação, demonstrações positivas, feitas com em tom negativo, ou extremamente opressivas		intensidade moderada; por vezes desvinculada ou intrusiva; por vezes elevada qualidade		ternura, carinho; variações na qualidade dependentes dos comportamentos da criança; sempre elevada qualidade
__ não observado				

C. Adequação das demonstrações positivas: Tempo

1	2	3	4	5
A exprime emoção positiva em tempos inapropriados, não contingencial, ou excesso inapropriado		por vezes inapropriado, por vezes reacções apropriadas às actividades de C		emoção positiva; quase sempre em tempo apropriado ao comportamento
__ não observado				

10. DEMONSTRAÇÕES NEGATIVAS / DISCIPLINA

A. Quantidade de demonstrações negativas e não verbais expressas (inclui disciplina, reformulação de directivas, crítica, ameaças, agressões, impaciência)

1	2	3	4	5
muito pouco ou nenhum; A quase nunca faz demonstrações negativas (SE a Quantidade =1, Avalie Não Observado em Qualidade e Adequação)		moderado; A exprime demonstrações negativas não mais de que 10% do tempo		muito; A exprime muito frequentemente emoções negativas, mais do que 25% do seu comportamento verbal e iniciativas não verbais

B. Qualidade das demonstrações negativas expressas: Intensidade

1	2	3	4	5
intensivamente negativa; A usa castigo físico muito intensamente; tom de voz severamente áspero		intensidade moderada; A usa ocasionalmente um tom de voz áspero; por vezes A parece impaciente, frio		A usa emoções negativas com intensidade adequada; pode frequentemente usar argumentos para controlar o comportamento. Redirecciona a atenção de C
__ não observado				

C. Adequação das demonstrações negativas: Tempo

1	2	3	4	5
A exprime emoções negativas não relacionadas com as actividades de C, ou com inapropriado excesso		reacções por vezes inapropriadas, por vezes apropriadas às actividades de C. A confia no controlo verbal do comportamento de C depois do acontecimento, raramente reorienta antecipadamente		emoções negativas quase sempre adequadas no tempo ao comportamento de C
__ não observado				

11. DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

A. Quantidade dos comportamentos de definição de objectivos pelo caregiver: Grau no qual o adulto comunica verbalmente ou não verbalmente expectativas em relação ao comportamento de C
(Definição de objectivos implica seguir, indicando A determinado comportamento esperado de C)

1	2	3	4	5
nenhum; A nunca comunica objectivos a C. (Se a Quantidade = 1, Avalie Não Observado em Qualidade e Adequação)		moderado; A comunica ocasionalmente objectivos a C; metade do tempo gasto seguindo objectivos específicos para o comportamento de C, por vezes segue		muito frequente; A quase continuamente comunica objectivos a C, avança com solicitações para conduzir C ao preenchimento do objectivo

B. Qualidade da definição de objectivos: Flexibilidade global do adulto, capacidade de se ajustar a si, ao ambiente, ou à criança de modo a que se alcance sucesso em determinada actividade

1	2	3	4	5
A nunca ajusta solicitações, ambiente, brinquedos para ajudar C a conseguir sucesso em objectivos que A comunicou previamente		A por vezes é flexível, ocasionalmente ajusta o ambiente por forma a C conseguir com sucesso atingir objectivos		A quase sempre ajusta para ajudar C a conseguir sucesso

__ não observado

C. Adequação da definição de objectivos: razoabilidade das expectativas do adulto em relação ao comportamento de C

1	2	3	4	5
A nunca coloca desafios realizáveis, razoáveis a C; A descuida o nível de competências de C		por vezes os desafios colocados por A são realizáveis; cerca de metade do tempo		os desafios que A coloca são quase sempre moderados, realizáveis, e apropriados às capacidades de C

__ não observado

12. IMPRESSÃO GERAL DA INTERACÇÃO CAREGIVER / CRIANÇA

A. Disponibilidade de A para C: Grau no qual C tem acesso à atenção e envolvimento de A

1	2	3	4	5
A aparece esquecido, preocupado, inacessível a C		A aparece acessível a C se necessário; moderadamente responsivo a C; C recebe igual atenção como a que é dada às actividades		A aparece intensamente envolvido, continuamente responsivo; o tempo é gasto à volta de C e da sua actividade

B. Aceitação geral e aprovação manifestadas por A: Estende-se ao que A gosta em C

1	2	3	4	5
muito baixa aprovação e aceitação; A é determinadamente rejeitante, desaprovador de C ou A é indiferente		aprovação e aceitação moderada; cerca de metade do tempo		muito alta, A exibe muita aprovação e aceitação

C. Atmosfera geral da interacção caregiver / criança

1	2	3	4	5
muita discórdia e conflito, ou indiferença		por vezes a atmosfera é positiva; cerca de metade do tempo		muito harmoniosa, agradável, amigável, pacífica, nem um episódio de tristeza

D. Divertimento

1	2	3	4	5
A nunca parece divertir-se com C; A é tanto não envolvido como meramente aceitante		por vezes A parece gostar, tirar prazer e encontrar alegria em estar com C; cerca de metade do tempo ou A é neutro		A diverte-se com C; o divertimento de A é obvio e continuo

E. Provisão de ambiente de aprendizagem por parte de A: Isto é, a provisão do tempo, espaço, atenção e adaptação que suporta a concentração óptima de C numa tarefa simples

1	2	3	4	5
mudança de brinquedos pobre, ou não existente, ou espaço sobrecarregado com brinquedos. A não tem em atenção o ajustamento de tarefas a um nível moderado de desafio		moderado a bom; tempo entre A e C salientado por momentos ocasionais de dedicação sincronizada na aprendizagem; cerca de metade do tempo		excelente; A empenha-se no apoio para um ambiente de aprendizagem com sucesso ao longo de toda a sessão / visita

**RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS DAS AVALIAÇÕES COM A
CARS E P/CSI, ALÉM DA EVOLUÇÃO DAS UNIDADES DE
ANÁLISE ENTRE A 1ª E A 2ª OBSERVAÇÃO**

P.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I – 3	I – 2
II – 4	II – 2,5
III – 3	III – 2
IV – 2	IV – 2
V – 3	V – 2
VI – 3	VI – 2,5
VII – 3	VII – 2
VIII – 2,5	VIII – 2
IX – 2,5	IX – 1,5
X – 3	X – 2
XI – 3	XI – 3
XII – 3	XII – 3
XIII – 3	XIII – 2,5
XIV – 2	XIV – 2
XV – 3	XV – 3
43	34

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	1	2
Tentat. Comunic.	1	2
Reacção à saída da mãe	1	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	3	3	4
2 –	4	3	3
3 –	2	3	3
4 –	2	3	3
5 –	4	3	3
6 –	4	3	4
7 –	4	2	3
8 –	4	2	3
9 –	4	3	4
10 –	2	4	3
11 –	4	2	3
• Total	37	31	36
• Média	3,3	2,8	3,1

12 – Impressão Geral

- Total = 15 (4, 2, 3, 3, 3)
- Média = 3,0

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	4	5
2 –	5	4	4
3 –	4	3	3
4 –	4	4	3
5 –	5	3	4
6 –	5	3	3
7 –	5	4	4
8 –	5	3	4
9 –	4	4	4
10 –	1	–	–
11 –	5	4	5
• Total	47	36	39
• Média	4,2	3,2	3,5

12 – Impressão Geral: Tot. = 20 (4,0)

J.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I – 3	I – 2
II – 4	II – 2,5
III – 3	III – 2
IV – 2,5	IV – 2
V – 3	V – 2
VI – 3,5	VI – 2,5
VII – 3	VII – 2
VIII – 3	VIII – 2
IX – 3	IX – 2
X – 2	X – 1,5
XI – 3	XI – 2,5
XII – 3	XII – 2
XIII – 3	XIII – 2
XIV – 2	XIV – 2
XV – 3	XV – 3
44	32

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	2	3
Tentat. Comunic.	2	3
Reacção à saída da mãe	1	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	2	3	4
2 –	4	4	2
3 –	2	4	2
4 –	2	4	4
5 –	4	2	2
6 –	4	2	2
7 –	4	3	3
8 –	4	3	2
9 –	2	3	3
10 –	2	4	4
11 –	4	2	2
• Total	34	34	30
• Média	3,9	3,9	2,7

12 – Impressão Geral

- Total = 16 (3, 3, 3, 3, 4)
- Média = 3,2

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	5	5
2 –	4	4	4
3 –	4	4	4
4 –	4	5	4
5 –	4	4	4
6 –	4	4	4
7 –	4	4	4
8 –	5	3	3
9 –	4	4	5
10 –	1	–	–
11 –	3	4	4
• Total	41	41	41
• Média	3,7	3,7	3,7

12 – Impressão Geral: Tot. = 21 (4,2)

R.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I – 3	I – 2
II – 4	II – 3
III – 2	III – 2
IV – 3	IV – 3
V – 3	V – 2
VI – 3	VI – 2,5
VII – 3	VII – 2
VIII – 3	VIII – 1,5
IX – 2	IX – 2
X – 3	X – 2
XI – 3	XI – 2
XII – 3	XII – 2
XIII – 3	XIII – 1,5
XIV – 4	XIV – 4
XV – 3	XV – 2,5
45	34

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	2	3
Tentat. Comunic.	1	3
Reacção à saída da mãe	1	2

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	2	1	2
2 –	5	3	2
3 –	1	–	–
4 –	3	2	2
5 –	5	2	3
6 –	5	2	1
7 –	3	3	3
8 –	4	2	2
9 –	1	–	–
10 –	1	–	–
11 –	5	2	3
• Total	35	17	19
• Média	3,1	1,5	1,7

12 – Impressão Geral

- Total = 13
- Média = 1,1

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	5	5
2 –	4	3	4
3 –	5	4	5
4 –	5	4	3
5 –	3	4	5
6 –	3	5	4
7 –	3	5	5
8 –	4	4	4
9 –	3	5	5
10 –	–	–	–
11 –	3	5	5
• Total	38	44	45
• Média	3,4	4,0	4,09

12 – Impressão Geral: Tot. = 20 (4,0)

B.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I – 4	I – 2,5
II – 4	II – 3
III – 3	III – 2
IV – 3	IV – 2
V – 3	V – 2,5
VI – 3	VI – 2
VII – 3	VII – 2,5
VIII – 3	VIII – 2
IX – 2	IX – 1,5
X – 3	X – 2,5
XI – 4	XI – 2,5
XII – 4	XII – 3
XIII – 3	XIII – 2
XIV – 2	XIV – 2
XV – 3	XV – 3
47	35

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	1	3
Contacto Visual	1	3
Tentat. Comunic.	1	3
Reacção à saída da mãe	1	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	4	4
2 –	4	4	4
3 –	4	3	3
4 –	3	4	4
5 –	4	3	3
6 –	4	3	3
7 –	3	4	4
8 –	3	3	3
9 –	2	3	3
10 –	2	4	4
11 –	2	3	3
• Total	35	38	38
• Média	3,1	3,4	3,4

12 – Impressão Geral

- Total = 15
- Média = 3,0

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	4	5
2 –	4	4	4
3 –	4	5	4
4 –	3	4	4
5 –	5	4	4
6 –	5	3	3
7 –	4	5	4
8 –	5	4	3
9 –	3	3	4
10 –	1	–	–
11 –	5	4	5
• Total	43	40	40
• Média	3,9	3,6	3,6

12 – Impressão Geral: Tot. = 19 (3,8)

J.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I – 3	I – 2,5
II – 2,5	II – 2
III – 2,5	III – 2,5
IV – 2,5	IV – 2
V – 3	V – 2
VI – 3	VI – 2,5
VII – 2	VII – 2
VIII – 2	VIII – 2
IX – 1,5	IX – 1,5
X – 2	X – 2
XI – 3	XI – 2,5
XII – 2,5	XII – 2
XIII – 2,5	XIII – 2,5
XIV – 2	XIV – 2
XV – 2	XV – 2
36	32

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	2	3
Tentat. Comunic.	1	3
Reacção à saída da mãe	1	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	3	4	4
2 –	3	4	3
3 –	3	4	4
4 –	2	3	3
5 –	3	3	4
6 –	2	2	3
7 –	3	3	3
8 –	4	3	3
9 –	4	3	4
10 –	2	4	4
11 –	3	3	3
• Total	32	36	38
• Média	2,9	3,2	3,4

12 – Impressão Geral

- Total = 17
- Média = 3,4

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	5	5
2 –	4	4	5
3 –	5	5	5
4 –	4	4	5
5 –	3	4	5
6 –	3	5	5
7 –	3	5	5
8 –	5	4	4
9 –	3	4	4
10 –	1	–	–
11 –	3	5	5
• Total	38	45	48
• Média	3,4	4,09	4,3

12 – Impressão Geral: Tot. = 21 (4,2)

L.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I - 2	I - 1,5
II - 2	II - 1,5
III - 2	III - 2
IV - 2	IV - 2
V - 3	V - 1,5
VI - 3	VI - 2
VII - 2	VII - 1
VIII - 2	VIII - 1,5
IX - 1	IX - 1
X - 2	X - 1,5
XI - 3	XI - 2
XII - 3	XII - 2,5
XIII - 2	XIII - 2
XIV - 2	XIV - 2
XV - 2	XV - 2
32	27

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	3	3
Tentat. Comunic.	2	3
Reacção à saída da mãe	3	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 -	4	4	5
2 -	4	4	4
3 -	4	5	4
4 -	3	4	4
5 -	3	3	3
6 -	3	4	2
7 -	3	5	4
8 -	3	4	3
9 -	4	4	4
10 -	3	2	2
11 -	3	4	4
• Total	37	43	39
• Média	3,3	3,9	3,5

12 - Impressão Geral

- Total = 20
- Média = 4,0

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 -	4	5	5
2 -	4	4	4
3 -	5	5	5
4 -	4	4	4
5 -	3	5	4
6 -	3	5	4
7 -	2	5	5
8 -	5	4	4
9 -	3	5	4
10 -	1	-	-
11 -	3	5	5
• Total	37	47	44
• Média	3,3	4,2	4,0

12 - Impressão Geral: Tot. = 22 (4,4)

B.G.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I – 3,5	I – 2,5
II – 3,5	II – 3
III – 3	III – 2,5
IV – 2	IV – 2
V – 3	V – 2,5
VI – 3	VI – 2,5
VII – 3	VII – 2,5
VIII – 3	VIII – 2
IX – 2	IX – 1,5
X – 3	X – 2,5
XI – 3	XI – 2,5
XII – 3	XII – 3
XIII – 3	XIII – 2
XIV – 2	XIV – 2
XV – 3	XV – 3
43	36

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	1	2
Contacto Visual	1	2
Tentat. Comunic.	1	2
Reacção à saída da mãe	1	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	3	2	2
2 –	3	3	2
3 –	2	3	3
4 –	3	3	2
5 –	3	4	2
6 –	3	3	3
7 –	3	3	2
8 –	3	3	2
9 –	3	2	2
10 –	3	2	2
11 –	2	3	3
• Total	31	31	25
• Média	2,8	2,8	2,2

12 – Impressão Geral

- Total = 12
- Média = 2,4

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	4	5
2 –	4	4	4
3 –	5	4	4
4 –	4	4	4
5 –	3	4	5
6 –	3	5	4
7 –	3	4	4
8 –	5	4	5
9 –	3	4	5
10 –	1	–	–
11 –	3	5	5
• Total	38	42	45
• Média	3,4	3,8	4,09

12 – Impressão Geral: Tot. = 20 (4,0)

M.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I - 3	I - 2
II - 3	II - 2
III - 3	III - 2
IV - 3	IV - 2
V - 3	V - 2
VI - 2,5	VI - 1,5
VII - 3	VII - 2
VIII - 2	VIII - 1,5
IX - 3	IX - 2
X - 2	X - 1,5
XI - 3	XI - 3
XII - 3	XII - 3
XIII - 2,5	XIII - 2,5
XIV - 2	XIV - 2
XV - 3	XV - 3
41	32

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	2	2
Tentat. Comunic.	1	2
Reacção à saída da mãe	1	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 -	3	4	4
2 -	2	3	4
3 -	4	3	3
4 -	2	3	3
5 -	1	-	-
6 -	2	4	4
7 -	3	4	4
8 -	4	3	2
9 -	2	3	2
10 -	1	-	-
11 -	2	3	4
• Total	26	30	30
• Média	2,3	2,7	2,7

12 - Impressão Geral

- Total = 14
- Média = 2,8

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 -	5	4	5
2 -	4	5	5
3 -	4	5	4
4 -	4	5	5
5 -	3	5	5
6 -	4	4	4
7 -	3	5	5
8 -	5	5	4
9 -	5	5	5
10 -	2	4	5
11 -	3	5	5
• Total	42	52	52
• Média	33,8	4,7	4,7

12 - Impressão Geral: Tot. = 21 (4,2)

D.C.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I – 3	I – 2
II – 4	II – 2
III – 2	III – 2
IV – 2	IV – 2
V – 2,5	V – 2
VI – 3	VI – 2
VII – 2	VII – 1,5
VIII – 3	VIII – 2
IX – 2	IX – 1
X – 2	X – 1
XI – 4	XI – 2,5
XII – 3	XII – 2
XIII – 2	XIII – 2
XIV – 3	XIV – 3
XV – 3,5	XV – 3
41	30

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	1	3
Tentat. Comunic.	1	3
Reacção à saída da mãe	1	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	3	3
2 –	4	4	2
3 –	3	3	2
4 –	2	3	3
5 –	4	2	2
6 –	4	2	3
7 –	4	2	3
8 –	4	4	3
9 –	2	3	4
10 –	1	–	–
11 –	5	4	3
• Total	37	30	28
• Média	3,3	2,7	2,5

12 – Impressão Geral

- Total = 15
- Média = 3,0

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	5	5
2 –	4	4	4
3 –	4	4	4
4 –	4	5	4
5 –	5	4	4
6 –	5	4	3
7 –	4	4	4
8 –	5	4	3
9 –	4	5	5
10 –	2	5	5
11 –	5	5	5
• Total	41	49	46
• Média	3,7	4,4	4,1

12 – Impressão Geral: Tot. = 22 (4,4)

C.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I – 3	I – 2
II – 3	II – 2
III – 2,5	III – 1,5
IV – 2	IV – 1,5
V – 2,5	V – 1,5
VI – 2,5	VI – 2
VII – 2	VII – 1
VIII – 2,5	VIII – 2
IX – 2	IX – 1
X – 2	X – 1,5
XI – 2,5	XI – 1,5
XII – 3	XII – 2
XIII – 2	XIII – 1,5
XIV – 1,5	XIV – 1,5
XV – 2	XV – 1,5
35	24

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	3	3
Tentat. Comunic.	2	3
Reacção à saída da mãe	2	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	3	1	4
2 –	4	3	3
3 –	2	2	1
4 –	2	3	2
5 –	4	4	3
6 –	5	2	1
7 –	3	3	3
8 –	4	2	2
9 –	4	3	4
10 –	2	3	3
11 –	5	2	3
• Total	38	28	29
• Média	3,4	2,5	2,6

12 – Impressão Geral

• Total = 11

• Média = 2,2

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 –	4	5	5
2 –	4	5	5
3 –	5	5	5
4 –	4	5	4
5 –	4	5	5
6 –	3	5	5
7 –	3	5	5
8 –	5	4	4
9 –	4	5	5
10 –	1	–	–
11 –	3	5	5
• Total	40	49	48
• Média	3,6	4,4	4,3

12 – Impressão Geral: Tot. = 23 (4,6)

Cl.

CARS

1ª Obs.	2ª Obs.
I - 3	I - 2,5
II - 3	II - 2,5
III - 3	III - 2,5
IV - 3	IV - 2
V - 3	V - 2,5
VI - 3	VI - 2,5
VII - 3	VII - 2,5
VIII - 2,5	VIII - 2
IX - 2	IX - 1,5
X - 2,5	X - 2,5
XI - 3	XI - 2,5
XII - 3	XII - 3
XIII - 4	XIII - 3
XIV - 2	XIV - 2
XV - 3	XV - 3
43	36

UNIDADE DE ANÁLISE

	1ª Obs.	2ª Obs.
Contacto Físico	2	3
Contacto Visual	2	3
Tentat. Comunic.	2	3
Reacção à saída da mãe	2	3

P/CSI

1ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 -	4	4	4
2 -	4	3	2
3 -	3	4	4
4 -	3	4	3
5 -	3	3	3
6 -	3	4	4
7 -	3	3	3
8 -	4	3	3
9 -	3	4	4
10 -	2	4	4
11 -	3	4	4
• Total	35	40	38
• Média	3,1	3,6	3,4

12 - Impressão Geral

- Total = 16
- Média = 3,2

2ª Obs.

	Quant.	Qualid.	Adeq.
1 -	4	4	5
2 -	4	4	4
3 -	4	4	4
4 -	3	4	3
5 -	4	4	4
6 -	3	4	3
7 -	4	4	4
8 -	5	4	4
9 -	3	4	4
10 -	2	3	5
11 -	2	4	5
• Total	39	43	44
• Média	3,5	3,9	4,0

12 - Impressão Geral: Tot. = 19 (3,8)

