

AS PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO

2.1 Perturbações do Espectro do Autismo

As perturbações do espectro do autismo (PEA) inscrevem-se actualmente nas perturbações globais do desenvolvimento e têm como ponto comum um quadro sintomatológico de natureza social, caracterizado por desvios e atrasos nas habilidades sociais, cognitivas e de comunicação. Estas PEA podem ser observadas em idades muito precoces (Klin, 2006), manifestam-se ao longo da vida e não têm cura. A Síndrome de Asperger é uma das cinco perturbações enquadradas no espectro autista.

No sentido de aprofundarmos os nossos conhecimentos sobre a natureza da condição asperger e dos prejuízos comportamentais que a caracterizam, importa revisar os estudos que, desde os anos 40 do século XX até aos nossos dias, se debruçaram sobre a evolução conceptual da perturbação autista, sua prevalência, etiologia e sintomatologia.

A revisão da literatura centrada neste tema tem como principal objectivo fundamentar os resultados que obtivermos no nosso estudo, no que respeita aos conhecimentos que os professores de ensino regular possuem sobre a Síndrome de Asperger.

2.1.1 Questões históricas e conceptuais do Autismo

O termo Autismo é referido pela primeira vez por Leo Kanner (1943), pedopsiquiatra na Universidade Johns Hopkins, ao descrever as dificuldades de interacção social, comunicação e desenvolvimento em 11 crianças que acompanhava em consulta. Os estudos de Kanner (1943) tornaram-se mundialmente conhecidos e o termo “Autismo Infantil” ou “Perturbação Autista de Kanner” tornou-se sinónimo de limitações na interacção social, na comunicação verbal e não verbal, e pela manifestação de estereotípias motoras, resistência a mudanças no quotidiano, insistência

na monotonia e tendência para o recurso à ecolália, observáveis antes dos três anos de idade.

O autor defendia, ainda, que estas limitações não eram acompanhadas de atraso mental (Kanner, 1943), vindo-se mais tarde a verificar o contrário, já que uma percentagem elevada dos seus portadores que preenchia os critérios para o autismo apresentava um atraso mental severo (Wing & Gould, 1979).

A sua natureza e etiologia foi palco de acessos debates e deu origem à crença denominada de “mãe frigorífico”, assente na ideia de que o autismo é provocado por um défice de interação na sua relação com os pais, por uma perturbação na relação mãe/bebé ou por causas sociais (Ribeiro, 2005; Happé, 1994). Esta crença espalhou-se pelo mundo inteiro no decorrer dos anos 50 e 60 do século XX. Esta posição face às causas do autismo foi devastadora para muitas famílias, culpabilizando-as por um suposto deficiente comportamento educativo (Ozonoff & Rogers, 2003).

As primeiras evidências de que o Autismo é um transtorno de etiologia orgânica surgem a partir dos anos 60 com os trabalhos de Rimland (1964), e mais tarde, em 1970, com a constatação de Rutter de que se trata de uma disfunção cerebral orgânica (citados por Ozonoff & Rogers, 2003).

Associadas às causas orgânicas, os factores genéticos para o desenvolvimento do autismo encontram-se amplamente documentados na literatura. Estudos realizados com famílias de crianças Autistas ou com irmãos gémeos (Bailey, LeCouteur, Gottesman, Bolton, Siminoff, Yuzda & Rutter, 1995; Bolton, Macdonald, Pickles, Rios, et al, 1994) permitem apresentar provas de que existe uma base genética para o autismo, sendo apontados alguns genes com susceptibilidade para esta perturbação do desenvolvimento (Buxbaum, et al, 2001).

Para além das razões genéticas, outras razões de ordem ambiental, são igualmente apresentadas, se bem que ainda pouco sustentadas pela classe médica. (Hansen & Ozonoff, 2003).

O aumento de prevalência das Perturbações do Espectro do autismo na população em geral, observado em diversos estudos epidemiológicos, dos quais destacamos Fombonne (2003; 2009), tem servido de base para a defesa das razões de ordem ambiental, sendo avançada a hipótese de que a exposição a agentes infecciosos e imunológicos poderá interferir com a susceptibilidade genética para o Autismo,

desencadeando o seu desenvolvimento ou intervindo na gravidade da perturbação (Hornig & Lipkin, 2001). Estes factores ambientais deverão pois, segundo Blaxill (2004) ser considerados como um assunto urgente de saúde pública.

Contudo, na opinião de Fombonne (2009), as razões evidentes para o aumento desta prevalência assentam num melhor conhecimento dos critérios de diagnóstico e prognósticos em idades mais precoces, bem como no registo cada vez maior das crianças acompanhadas por serviços médicos especializados e pela educação especial.

Independentemente das suas causas e etiologia, a contribuição dos trabalhos de Kanner (1943), de Eisenberg (1956) e mais tarde de Rutter (1978) para a definição dos critérios de diagnóstico do autismo, permitiu que esta condição fosse reconhecida e incluída pela primeira vez em 1980 no DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th edition*), e mais tarde na ICD 10 (*International Classification of Diseases*), criando-se uma nova classe de transtornos, os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (Klin, 2006).

Os quatro critérios de diagnóstico referidos por Rutter (1978) apontam para dificuldades nas áreas da interacção social, atrasos ou desvios no desenvolvimento da linguagem, insistência na monotonia com resistência à mudança e padrões de comportamento repetitivos e restritos, observáveis antes dos 30 meses de idade.

Um ano mais tarde, um estudo epidemiológico realizado por Wing e Gould (1979) a crianças com menos de 15 anos, residentes num bairro londrino, permitiu corroborar as conclusões de Rutter (1978). As autoras observam a existência de uma tríade de limitações, características do autismo, para três áreas do desenvolvimento (interacção social, comunicação social e imaginação social), realçando, deste modo, a natureza social do autismo.

Este estudo permitiu, ainda, levantar a hipótese da existência de um *continuum* autista, pois muitas crianças, apesar de se enquadrarem nesta tríade, não correspondiam às descrições de Kanner (Wing & Gould, 1979), o que sugere a existência de subtipos de alterações dentro do espectro autista (Wing, 1993; 1996).

Não há dúvida que o conceito de autismo evoluiu consideravelmente. Inicialmente visto como uma perturbação única e rara de limites bem definidos, passou a ser considerada como uma patologia que apresenta um *continuum* de gravidade e sintomas variados (Antunes, 2009).

O seu reconhecimento no DSM III e sua inclusão nas Perturbações Pervasivas de Desenvolvimento no DSM IV (1994), permitiu agrupar num só quadro a grande variabilidade existente nos padrões de comportamento e nas habilidades sociais e de comunicação, observadas nas perturbações que constituem o Espectro do Autismo (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004).

Hoje sabe-se que muitas crianças com sintomatologia de autismo possuem um funcionamento intelectual normal e que a maioria das que se enquadram nas Perturbações do Espectro do Autismo não apresenta uma deficiência mental (Chakrabarti & Fombonne, 2005).

Presentemente consideradas no DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision*), de 2000, como Perturbações Globais de Desenvolvimento (ou Perturbações do Espectro do Autismo), elas incluem cinco diagnósticos específicos. São a Perturbação Autística, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, a Perturbação Asperger e a Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento, sem outra especificação (American Psychiatric Association, 2002).

2.1.2 As Perturbações Globais do Desenvolvimento

Para a compreensão da Síndrome de Asperger, tema fulcral do nosso trabalho, importa caracterizar as Perturbações Globais do Desenvolvimento, sua prevalência na população em geral e critérios de diagnóstico.

Estima-se que, actualmente, todo o espectro das Perturbações Globais do Desenvolvimento abrange 60 a 70 por cada 10.000 habitantes, sendo uma prevalência de 20/10.000 para a Perturbação Autística e 30/10.000 para a Perturbação Global de Desenvolvimento, sem outra especificação (Fombonne, 2009). A prevalência da Síndrome de Asperger de 2,5/10.000 é muito mais baixa que o Transtorno Autístico e a Perturbação Desintegrativa da segunda Infância, uma doença muito rara, apresentam valores de 0,2/10.000 (Fombonne, 2003).

As Perturbações do Espectro do Autismo iniciam-se antes dos 3 anos de idade e, com excepção da Perturbação de Rett, assumem uma maior incidência no sexo masculino, sendo as meninas com autismo as que apresentam maior probabilidade de atraso mental (Fombonne, 2005). Os seus sintomas podem ser caracterizadas por uma

linguagem desordenada ou com desenvolvimento lento, dificuldades na interacção social, hipersensibilidade a estímulos sensoriais, objectos e acontecimentos, contacto visual pobre, insistência na monotonia, capacidade incomum para a memorização, comportamentos repetitivos e estereotipados e aparência física normal (Bauman & Kemper, 2003).

Apesar de, na maioria dos casos, o diagnóstico só se realizar em idades mais tardias, diferentes indicadores e sintomatologia podem ser observados durante os primeiros dois anos de vida de uma criança com Autismo (Ozonoff & Rogers, 2003). Muitos pais constataam a existência precoce de prejuízos no desenvolvimento das competências sociais e de comunicação dos seus filhos, nomeadamente na interacção social, no jogo e no comportamento simbólico (Gray & Tonge, 2001).

Informações detalhadas sobre a história do desenvolvimento de crianças com Autismo, a análise de gravações de vídeo feitas em casa ou observação de crianças pequenas em situação de interacção, têm permitido observar que desde muito cedo, logo no primeiro ano de vida, os bebés apresentam limitações no desenvolvimento das capacidades comunicativas e sociais.

Destacamos os estudos realizados com crianças autistas muito pequenas que constataam a existência de défices no contacto ocular, nos gestos pré-linguísticos, tais como apontar e mostrar objectos (Stone, Ousley, Yoder, Hogan & Hepburn, 1997), nos comportamentos de atenção compartilhada, na capacidade de resposta ao nome (Osterling & Dawson, 1994; Osterling, Dawson & Munson, 2002), na empatia e na imitação (Charman, Swettenham, Baron-Cohen, Cox, Baird & Drew, 1997) ou uma maior propensão para o envolvimento em acções motoras repetitivas (Osterling, Dawson & Munson, 2002).

A existência de um prejuízo na compreensão e no uso da linguagem em contexto social é, igualmente, um indicador do autismo, já que se encontra afectada a capacidade da criança utilizar de forma espontânea a comunicação verbal e não verbal, tão necessária para a reciprocidade na interacção social (Lampreia, 2004).

Para além destes indicadores precoces, a que os pediatras deverão dar especial atenção, existem ainda evidências empíricas de que muitas crianças, após um período de desenvolvimento normal ou aparentemente normal, sofrem uma regressão no desenvolvimento das suas capacidades sociais e comunicativas (Tuchman & Rapin,

1997; Ozonoff, Williams & Landa, 2005). Apesar de, até à data, ainda não existir uma compreensão sobre as causas da regressão Autista em idades muito precoces, sabe-se que esta ocorre entre os 12 e 24 meses de idade (Ozonoff & Rogers, 2003) e não pode ser confundida com a regressão observada na perturbação desintegrativa da segunda infância (Werner & Dawson, 2005).

Assim, para um diagnóstico atempado e em idades mais precoces do que habitualmente se tem verificado, a preparação especializada dos profissionais de saúde e sua capacidade de reconhecimento precoce dos atrasos ou desvios do desenvolvimento, passíveis de observação nas consultas de rastreio aos 9, 18, 24 e 30 meses, torna-se fundamental para uma intervenção adequada. Uma detecção precoce desta condição oferece melhores prognósticos no desenvolvimento das áreas afectadas (Oliveira, 2009).

2.1.3 Diagnóstico das Perturbações Globais do Desenvolvimento

Para o diagnóstico da Perturbações Globais de Desenvolvimento, a Perturbação Autística assume, no DSM-IV-TR uma prioridade hierárquica relativamente a todas as outras perturbações do espectro do autismo (Woodbury-Smith & Volkmar, 2009). Os seus critérios de diagnóstico assentam em três áreas distintas e pelo menos um dos sintomas devem-se manifestar antes dos 3 anos de idade: défice da interacção social recíproca, défice de comunicação e comportamentos, interesses ou actividades restritas e repetitivas. Para preencher os critérios de Perturbação Autística, devem ser encontrados 6 de 12 sintomas, sendo pelo menos 2 na área social e 1 de cada uma das categorias da comunicação e dos comportamentos, interesses ou actividades (American Psychiatric Association, 2002).

A Perturbação de Rett, é uma desordem do neurodesenvolvimento progressiva e incapacitante, que se manifesta apenas nas meninas. Após um desenvolvimento psicomotor aparentemente normal, até aos 6/18 meses, observa-se uma estagnação seguida de regressão, com deterioração rápida das funções cerebrais superiores (Hagberg, Acardi, Dias & Ramos, 1983). Há uma perda do uso da mão intencional, do interesse pelos outros e pela interacção social, microcefalia, convulsões, hiperventilação, movimentos estereotipados, défice cognitivo grave e ausência de linguagem (Johnston, Mullaney & Blue, 2003).

A descoberta do gene MeCP2 no cromossoma X, como possível responsável pela maioria dos casos estudados, permite abrir novas portas para a criação de testes de diagnósticos precoce e detecção pré-natal, oferecendo melhores oportunidades terapêuticas (Amir, Van Den Veyver, Wan, Tran, Francke & Zoghbi, 1999).

A Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância é uma condição muito rara que pode ocorrer em ambos os sexos, mas mais nos rapazes. Tal como a Síndrome de Rett, observa-se um período de desenvolvimento normal, seguido de uma regressão súbita e grave, a partir dos 2 anos de vida, com marcada deterioração e hipóteses residuais na recuperação (Klin & Volkmar, 1999), resultando em graves défices cognitivos, motores e de auto-cuidados (Ozonoff & Rogers, 2003).

No que respeita à Perturbação Global de Desenvolvimento, sem outra especificação (PGD-SOE), também denominada por Autismo Atípico, existem escassos estudos sobre esta perturbação e a ausência de uma definição clara dos limites do Autismo torna mais problemático o seu diagnóstico (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz & Klin, 2004). Do que até agora foi observado, a PGD-SOE envolve um comprometimento no desenvolvimento da interacção social recíproca, associado a dificuldades na comunicação verbal e não verbal e/ou presença de comportamentos estereotipados e repetitivos, característicos do autismo (Lord, 2007).

2.2. A Síndrome de Asperger

A Perturbação Asperger, ou Síndrome de Asperger, é uma perturbação neurodesenvolvimental, enquadrada nas Perturbações do Espectro do Autismo (Klin, 2006) e que se manifesta pela observação de prejuízos nas áreas da interacção social, comunicação social e imaginação social/flexibilidade de pensamento (Cumine, Leach & Stevenson, 2006).

Tendo sido referido pela primeira vez em 1944 por Hans Asperger, numa comunicação austríaca intitulada “Psicopatias Autísticas infantis”, o termo Asperger só foi introduzido na comunidade científica em 1981 por Lorna Wing ao apresentar um grupo de crianças e jovens que exibiam um quadro sintomatológico semelhante aos referidos na comunicação do seu homólogo vienense (citado por Cox, 1991).

Os critérios de diagnósticos propostos pela autora, e que já tinham sido enunciados por Asperger, dizem respeito a limitações na interacção social recíproca e na

comunicação não verbal, indicada pela dificuldade em exprimir e interpretar gestos e expressões faciais, linguagem peculiar, pedante e estereotipada, interesses circunscritos a determinados temas, boa capacidade de memorização e uma fraca coordenação motora, bem como alguns movimentos estereotipados (Wing, 1981, como citado em Cumine, Leach & Stevenson, 2006).

A autora considerou, ainda, que, apesar de concordar com a opinião de que o pensamento Asperger, contrariamente ao Autismo Infantil ou Autismo Clássico de Kanner, se manifesta essencialmente a partir dos 3 anos, este já se encontra presente logo no primeiro ano de vida, observável quer pela ausência do jogo simbólico, quer por alterações na linguagem (Klin, 2006).

Partindo do trabalho realizado por Wing em 1981, outros autores debruçaram-se sobre os critérios de diagnóstico da SA (Gillberg & Gillberg, 1989; Szatmari, Bremner e Nagy, 1989; Tantam, 1988, como citados em Cox, 1991) e os seus resultados permitiram que esta perturbação fosse introduzida na ICD 10 e no DSM IV em 1994. Até à sua introdução nos sistemas de diagnóstico, a SA era considerada como uma forma leve de Autismo, com uma capacidade intelectual normal, um alto funcionamento verbal e uma motivação social autista (Woodbury-Smith & Volkmar, 2009).

Hoje sabe-se que apesar da SA não se encontrar associada a uma incapacidade intelectual, pois os portadores desta perturbação do desenvolvimento apresentam habilidades cognitivas dentro da média para a sua facha etária, uma capacidade de memória elevada (Williams, 1995) e ausência de atraso na linguagem (Ozonoff & Rogers, 2003), ela partilha com o autismo o défice na interacção social recíproca e a existência de comportamentos e interesses restritos e repetitivos (American Psychiatric Association, 2002).

Apesar dos critérios de diagnóstico para a SA estarem bem definidos no DSM-IV (1994), parece, contudo, ainda não existir um consenso entre os conceitos de Síndrome de Asperger e Autismo Altamente Funcionante (Doyle & LLand, 2005).

Embora diferentes autores não tenham encontrado diferenças significativas que possam diferenciá-los (Szatmari, Archer, Fisman, Streiner & Wilson, 1995; Ozonoff, Rogers & Pennington, 1991), Attwood (2010), refere que o termo High Funtional Autism (HFA), em português Autismo Altamente Funcionante, é usado nos países de expressão inglesa, servindo maioritariamente para garantir o acesso a serviços médicos

e educativos, podendo a mesma pessoa ser diagnosticada com SA ou HFA, dependendo do local onde é avaliada.

Sobre a sua etiologia, a SA parece estar, tal como o Autismo, associada a factores genéticos. A convicção sobre a transmissão genética desta perturbação e a existência de uma maior predominância no sexo masculino já tinha sido referida por Asperger em 1944 (Frith, 1991). Hoje, parece ser claro que o que é transmitido pelos familiares é o fenótipo mais amplo do autismo, isto é, as dificuldades nas habilidades sociais, comunicativas e de comportamento (Cederlund & Gillberg, 2004; Volkmar et al, 2004).

Por outro lado, esta síndrome não se manifesta de igual modo em todos os indivíduos. Ela difere quer na severidade dos sintomas, quer nas suas características fenotípicas, relativamente aos recursos da comunicação ou aos padrões de comportamento ritualistas (Gaziuddin, 2008; Ring, Woodbury-Smith, Watson, Wheelwright & Baron-Cohen, 2008).

Independentemente da sua severidade ou da variabilidade dos sintomas, qualquer pediatra, quando confrontado com a necessidade de um diagnóstico, tem de ter presente que as características clínicas comuns entre as pessoas com SA são as seguintes:

- Comunicação e interacção social;
- Linguagem;
- Padrões de comportamentos, interesses e insistência nas rotinas;
- Flexibilidade do pensamento;
- Funções motoras e sensoriais.

De seguida descrevemos cada uma destas características clínicas.

2.2.1 Comunicação e interacção social

A SA, sendo uma PEA, tem prejuízos significativos na comunicação e na interacção social (Attwood, 2010). Apesar das pessoas com SA não se sentirem inibidas na presença dos outros e mostrarem uma boa intencionalidade comunicativa, a abordagem social que estabelecem é feita de forma inapropriada ou excêntrica (Klin,

2006, Volkmar & Klin, 2000), sendo muitas vezes motivo de troça e de discriminação pelos colegas.

As situações de gozo e de discriminação social acontecem porque não compreendem as metáforas e interpretam o discurso de forma literal, o que pode resultar em mal-entendidos sociais ocorridos durante a infância e que se prolongam na idade adulta (Attwood, 2010)

Normalmente, evidenciam um contacto ocular pobre e evitante ou uma fixação intensa no olhar do interlocutor, com gestos, tiques e expressões faciais peculiares ou estranhas, pobreza na expressão facial e das emoções (tristeza, irritação) ou excessiva proximidade com o interlocutor (Palha, 2009).

O seu isolamento social resulta, pois, de um distanciamento face aos interesses dos outros e à sua dificuldade em interiorizar os códigos de conduta social e as suas regras implícitas, podendo, na maioria das vezes, ser interpretado como falta de sensibilidade e desconsideração face aos outros (Attwood, 2007).

Estes comportamentos resultam numa incapacidade de interagir com os seus pares, bem como em participar nas brincadeiras e nas actividades de grupo ou nos jogos de competição, optando pelo papel passivo de observadoras, preferindo conviver com crianças mais novas ou pessoas mais velhas (Teles, 2007). Quando confrontados com a necessidade de partilha de interesses e actividades podem entrar em pânico ou tendem a impor as suas próprias regras (Martins, Fernandes & Palha, 2000).

A ausência de reciprocidade social interfere significativamente com a criação de amizades. As crianças e jovens com SA podem manifestar interesse em criar amigos mas apresentam grandes dificuldades em estabelecer relações de amizade, principalmente durante a adolescência, devido à ausência de espontaneidade na interacção social e de ajustamento social rápido e intuitivo (Volkmar & Klin, 2000), ausência de empatia pela dificuldade em compreender as suas emoções e as dos outros (Cumine, Leach & Stevenson, 2006), indiferença face aos interesses dos colegas pela moda ou por jogos utilizados pelos pares (Teles, 2007), bem como conflituosidade e imposição de regras não convencionais durante as brincadeiras (Palha, 2009).

Os testemunhos das pessoas com SA, muitas vezes carinhosamente auto-intituladas de “aspies”, tornam-se fundamentais para a compreensão das suas dificuldades na comunicação social. Num weblog de uma rapariga asperger (Carla, F.,

2010) retirámos algumas comunicações pessoais que nos ajudam a melhor compreender as dificuldades que diariamente sente quando comunica com os outros:

A vida social é um labirinto de mistérios para mim. Cada dia descubro novos comportamentos e novas regras sociais... O ser humano é muito subtil na sua forma de comunicar. Nada é tão linear quanto parece. E é essa subtileza que deixa-me muitas vezes sem reacção, isto porque nem sempre sei que comportamento devo tomar perante o que me dizem, (...). (Carla, F. comunicação pessoal, 13 de Janeiro de 2011).

As pessoas assustam-me. São um labirinto de confusões e paradoxos. (...) As pessoas confundem-me. (Carla, F. comunicação pessoal, 15 de Agosto de 2010).

Sinto que as pessoas me tratam como se eu fosse demasiado mordaz... Quando eu comento uma notícia, uma pessoa, qualquer coisa...salta sempre qualquer coisa como “Ai que má?” “Ai que negativa?”. Má? Negativa? Porquê? Porque digo a minha opinião abertamente? Porque digo o que acho ser verdade de uma forma sem “laçarotes” e “festinhas”? (Carla, F., comunicação pessoal, 02 de Outubro de 2010)

2.2.2 Linguagem

Apesar de não se observarem atrasos significativos no início ou na evolução precoce da linguagem (Amir et al, 1999) e produzirem um discurso oral com boa estrutura gramatical (Wing, 1991), as pessoas com SA apresentam competências linguísticas invulgares (Attwood, 2010), com alterações na linguagem pragmática (utilização em contextos sociais), na semântica relativamente à atribuição de diferentes significados para uma mesma palavra e na prosódia, no que respeita ao ritmo, volume e intensidade (Toth & King, 2008). O seu tom de voz tende a ser alto, monocórdico e sem inflexões de voz.

Assim, as suas dificuldades de interacção social com os seus pares resultam de um estilo de comunicação excessivamente formal e centrado em interesses muito específicos, com uma fala detalhada e tangencial e existência de pausas que reflectem as suas dificuldades na formulação do discurso (Woodbury-Smith & Volkmar, 2009).

É a denominada linguagem pedante, caracterizada por um estilo linguístico sofisticado e rebuscado, com uso de palavras correctas e pertinentes mas que não se enquadram no tipo de discurso utilizado pelos seus pares ou em situações banais.

Antunes (2009) exemplifica este estilo de linguagem através de uma expressão que uma criança utilizou em consulta, quando discordou de algo, disse: “Deixemo-nos de querelas!” (p. 89).

A sua ingenuidade, resultante das interpretações literais que fazem do discurso oral (e escrito), pode ser muitas vezes motivo de troça ou gozo dos pares. Esta interpretação literal manifesta-se pelas suas dificuldades em compreender trocadilhos, jogos de palavras, diferentes formas de humor, mentira, expressões idiomáticas, malícia ou a polissemia. Attwood (2010) exemplifica estas dificuldades com uma situação comum:

“Uma visita da família disse à criança num tom simpático: «Tens os olhos do teu pai.», afirmação que a intrigou bastante e a levou a voltar-se para a mãe para lhe averiguar: «Mãe, os meus olhos são meus, não são?»” (Attwood, 2010, p. 88).

A interpretação literal das frases e das expressões idiomáticas, a observação nuns casos de hiperlexia e noutros de dificuldades na decodificação da linguagem escrita podem resultar em dificuldades acentuadas na aprendizagem da leitura e da escrita, prevalecendo um fascínio ou uma maior facilidade na aprendizagem da matemática (Palha, 2009)

2.2.3 Padrões de comportamentos, interesses e insistência nas rotinas.

As pessoas com SA possuem uma atracção especial por temas e assuntos específicos. Estes interesses circunscritos absorvem uma grande quantidade de informação, que ocupam intensamente o seu foco de atenção, podendo prevalecer sobre todas as actividades sociais (Woodbury-Smith & Volkmar (2009).

As longas dissertações sobre as suas áreas de interesse (banda desenhada, horários dos comboios, informação meteorológica), leva-os a sentirem-se mais seguros durante situações de comunicação interpessoal, porque possuem um maior domínio e fluência na abordagem destes temas, interferindo significativamente na reciprocidade da interacção social. Por outro lado, os interesses circunscritos também interferem significativamente nas suas aprendizagens em geral, já que concentram uma grande quantidade de atenção e motivação (Klin, 2003).

São, por isso, maus ouvintes, muito centrados em si próprios e dando pouca atenção ao que os outros têm para dizer, alongando-se, muitas vezes, em profundos monólogos sobre os temas do seu interesse (Antunes, 2009).

O estabelecimento de rotinas e rituais, tão característico das pessoas com SA, interferem nos aspectos funcionais do seu dia-a-dia, na sua capacidade de aprender e participar no meio envolvente e no funcionamento familiar, podendo ser um dos comportamentos que produzem maior stress nos pais (Richler, Huerta, Bishop & Lord, 2010). Contudo, importa realçar que a opção por este tipo de comportamentos permite-lhes inculcar previsibilidade, ordem e estabilidade na sua vida e reduzir a ansiedade causada por alterações e mudanças no seu dia-a-dia (Attwood, 2010).

Os interesses circunscritos, as suas preocupações excêntricas ou até a fixação intensa por objectos que colecionam (Williams, 1995) tornam-se fundamentais para evitar a angústia produzida por possíveis alterações nas suas rotinas diárias, mudança de escola, de residência ou expectativas (Attwood, 2010). Os ambientes geradores de stress, a fadiga ou até a absorção de uma grande quantidade de informação, podem manifestar-se através de estereotipias motoras (Williams, 1995).

2.2.4 Flexibilidade do pensamento

A dificuldade em avaliar e conceptualizar os pensamentos e sentimentos dos outros é uma das características que, nas pessoas com SA, maior impacto tem nas habilidades sociais e de comunicação, porque resulta numa incapacidade para se colocar no lugar do outro, de compreender que o seu comportamento pode afectar o que os outros pensam ou sentem (Attwood, 2010). Nestas situações podem emitir comentários incómodos ou até ofensivos, sem se preocuparem por corrigir o embaraço causado ou mostrarem-se motivados para agradar (Cumine, Leach & Stevenson, 2006).

Por outro lado, os portadores de SA mostram-se pouco flexíveis cognitivamente, são rígidos e persistentes nas suas ideias, tendo, por isso, dificuldades em aprender com os próprios erros, adaptarem-se a alterações na rotina e a interrupções nas tarefas, optarem por diferentes abordagens tendo em vista a resolução de um mesmo problema ou generalizarem as suas aprendizagens a novas situações (Zargáin & García, 2009)

2.2.5 Funções motoras e sensoriais

As aptidões motoras também podem estar afectadas. Muitas crianças e jovens com SA apresentam uma história de atraso na aquisição de habilidades motoras mais sofisticadas tais como apanhar uma bola ou pedalar (Klin, 2003) e podem exibir uma coordenação motora pobre, observada nos padrões de marcha ou na postura corporal desajeitada (Martins, Fernandes & Palha, 2000), défices na motricidade fina traduzidos por uma caligrafia irregular ou nas habilidades visuoperceptivas. Também se podem observar dificuldades proprioceptivas, tais como o equilíbrio (Klin, McPartland & Volkmar, 2005), ou na organização de materiais e tarefas, muitas vezes inacabadas (Cumine, Leach & Stevenson, 2006).

Estas incapacidades motoras interferem significativamente nas actividades físicas desportivas ou até de escrita. Zardín e García (2009) explicam estas dificuldades através dum simples exemplo:

“Embora me vejas sempre com a minha bola, eu sempre fui um desastre na aula de ginástica e, por isso, a minha mãe leva-me à psicomotricidade desde os cinco anos. Pode ser que seja desajeitado e não compreender tantas regras mas eu sempre gostei de correr e marcar á baliza. Este ano tenho muita sorte com Nacho, o meu novo professor, que me ajuda nesta situação e não me abriga a fazer tudo o que os outros fazem (...).” (pp. 35, traduzido pela autora)

Muitas crianças e jovens com SA podem, ainda, manifestar hipersensibilidade sensorial, que conduzem, muitas vezes, a uma percepção dolorosa e intensa de estímulos auditivos (ruídos súbitos e inesperados, contínuos e agudos ou múltiplos), tácteis (contacto físico ou algumas texturas da roupa), olfactivos, visuais (luz e calor) ou de dor. Esta hipersensibilidade interfere com os processos de comunicação social, expressiva e compreensiva, com a manutenção da atenção e concentração ou com o funcionamento do dia-a-dia (Zardaín & García, 2009).

“Quando estava na aula da professora Paula, no outro edifício, distraía-me muito porque podia ouvir o zumbido dos fluorescentes (...) e vinham-me à cabeça imagens sem parar do meu documentário do National Geographic (...).” (p. 33, traduzido pela autora).

2.2.6 A co-morbidade com a Síndrome de Asperger

Sendo uma doença crónica neurodesenvolvimental, e apesar de não se encontrar associada a uma doença intelectual, pode observar-se nas crianças com SA uma co-

morbilidade com a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção [PHDA], (Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail & Ghaziuddin, 1998).

Os adolescentes e adultos podem experimentar altos níveis de vitimização de pares (intimidação, rejeição), traduzindo-se num maior risco para o desenvolvimento de Transtorno de Ansiedade Generalizada, de depressão (Kim, Szatmari, Bryson, Srtreiner & Wilson, 2000) ou até ideação suicida (Shtayemman, 2007).

Stewart, Barnard, Pearson, Hasan e O'Brien (2006) salientam, ainda, a possibilidade de ocorrência de sintomas obsessivos e de auto-agressão nas pessoas com SA durante um episódio de depressão. Segundo Frazier, Doyle, Chiu & Coyle (2002) os comportamentos de auto-agressão e auto-mutilação poderão, ainda, ser indicadores de uma co-morbidade com o Transtorno Bipolar. Assim, torna-se necessário um reconhecimento atempado destes transtornos psiquiátricos para a diminuição dos comportamentos e uma melhoria substancial na qualidade de vida destas pessoas.

Poderão, também observar-se, nas pessoas com SA, convulsões, perturbações do sono, sintomas obsessivo-compulsivos (Woodbury-Smith & Volkmar, 2009), ataques de pânico, paranóia e tiques (Cederlund & Gillberg, 2004), transtornos afectivos, relacionais ou de conduta (Tantam, 2000).

Na presença da já referida co-morbidade associada à SA, Woodbury-Smith & Volkmar (2009) apontam para a necessidade de, por vezes, se proceder a uma intervenção psicofarmacológica no tratamento de alguns sintomas tais como a PHDA, a irritabilidade, a agressividade, a depressão ou a ansiedade.

Feita esta reflexão sobre as características e limitações comportamentais apresentadas pelas pessoas portadoras de SA importa, agora, considerar o modo como as sociedades, e em particular o Sistema Educativo Português, tem vindo a organizar-se na promoção de práticas educativas inclusivas nos alunos com Necessidades Educativas Especiais.

Esta reflexão, reveste-se de especial utilidade para o objectivo do nosso trabalho, que pretende observar o modo como a inclusão dos alunos com SA nas Classes Regulares Portuguesas é percebida pelos agentes educativos que com eles trabalham ou que poderão vir a trabalhar diariamente.