



**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO**

**AVALIAÇÃO DE ADOLESCENTES E ADULTOS COM PERTURBAÇÕES DO  
ESPECTRO DO AUTISMO NO CONTEXTO DE UMA IPSS**

**(Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização  
em Psicologia Clínica e do Aconselhamento)**

João Miguel Lobo Casaca – N° 20130646

**ORIENTADOR:** Professora Doutora Rute Brites  
*Universidade Autónoma de Lisboa*

Lisboa, Janeiro de 2016

“It is possible to store the mind with a million  
facts and still be entirely uneducated”  
(Alec Bourne)

## Agradecimentos

Foram as várias as pessoas que, ao longo do meu percurso académico, de alguma forma me ajudaram a alcançar os meus objetivos. Por este motivo, aproveito a oportunidade para deixar um agradecimento às mesmas.

A ti, avó, porque muito de quem já fui, sou hoje e virei a ser a ti o devo. Nunca conseguirei arranjar palavras suficientes para agradecer a força que ainda hoje continuo a ir buscar às memórias que tenho de ti e aos sonhos que sei que tinhas para mim.

Aos meus pais, não só por me proporcionarem a possibilidade de realizar o mestrado, mas também pelo apoio incondicional, ainda que por vezes em doses exageradas e não necessariamente bem aplicadas. E um obrigado especial pela capacidade de lidar com as mudanças de humor causadas pela elaboração do relatório.

À Vanessa Baptista, um bocadinho por tudo. Não vale a pena enumerar todas as razões pelas quais teria que te agradecer, até porque este trabalho tem limite de páginas a respeitar.

Ao David Caeiro, pelo apoio incondicional durante todo o percurso académico. Sei que para ti, muitas vezes, não foi fácil, já que era em ti que descarregava muita coisa, pelo que só te posso deixar o mais genuíno dos obrigados.

Ao Rúben, pela constante lembrança de que um relatório não se faz sozinho, pelas tentativas de suborno (no sentido de me fazer trabalhar) e também pelos momentos de descontração.

À Professora Doutora Rute Brites, pelo apoio na concretização do relatório, pela capacidade de acompanhar o meu ritmo de trabalho, ora lento, ora ofegante, que imagino ser chato para qualquer professor à espera de trabalho para corrigir.

À orientadora do estágio na instituição, pelo apoio e disponibilidade demonstrados no decorrer do estágio e na elaboração do relatório, e também à restante equipa da instituição, pelo acolhimento e disponibilidade em ajudar.

Aos colegas de mestrado, especialmente ao Afonso de Herédia, à Filipa Capela e à Ana Couceiro, pela amizade, a interajuda, o companheirismo e por, no fundo, terem tornado a experiência mais enriquecedora.

A todos, um muito grande e sincero obrigado.

## Resumo

O presente relatório é o reflexo de um estágio curricular, realizado numa IPSS que tem como principal objetivo a integração social de indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento, e requisito obrigatório a ser apresentado para a atribuição do grau de Mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, pela Universidade Autónoma de Lisboa. Este estágio, focado na transição da teoria para a prática, permitiu o contacto direto com o contexto profissional, a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante a formação académica e proporcionou momentos de reflexão sobre a prática da profissão. Assim, surge como uma oportunidade única de aprendizagem e desenvolvimento de competências profissionais, técnicas e pessoais. Posto isto, neste relatório será apresentado o trabalho desenvolvido no estágio, confrontando-o com a revisão de literatura efetuada sobre o tema, no sentido de explicitar as problemáticas mais comuns e evidentes dos indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento, as dificuldades na avaliação destas perturbações e as estratégias de intervenção nestes casos. Segue-se a apresentação de dois casos clínicos, com toda a informação da avaliação psicológica, a sua análise clínica e uma reflexão pessoal sobre os mesmos. Estes casos representam duas realidades distintas no universo das manifestações de Perturbação do Desenvolvimento: um dos casos engloba uma manifestação típica destas perturbações, com sintomas evidentes presentes desde cedo, que levam a um diagnóstico informal ainda na infância do indivíduo enquanto no outro as manifestações são mais espaçadas, menos óbvias, facilmente camufláveis, o que levou a um diagnóstico tardio.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, Perturbação do Desenvolvimento, Perturbação do Espectro do Autismo

## Abstract

The present report is the reflection of an internship that took place on an Private Social Welfare Entity, which has as primary objective the social integration of individuals with Development Disorders, and is mandatory for presentation for the conclusion of Masters degree in Clinical Psychology and Counselling at Universidade Autónoma de Lisboa. This internship, focused on transitioning from theory to practice, allowed for direct contact with the professional context, the application of knowledge acquired during academic education and provided moments of reflection about clinical practice. This report, therefore, translates unique learning and professional, technical and personal development opportunities. As such, in it will be presented the work developed during the internship, guided by data taken from a literature review, aiming to understand the most common problems found in people with Development Disorders, the challenges assessing these disorders and proven intervention strategies. It also includes two clinical cases, their clinical analysis and a personal consideration about each of them. These cases aim to illustrate two different realities when trying to diagnose Development Disorders: one case showcases a classic symptom presentation, starting early on childhood, leading to a non-formal diagnosis, while on the other case symptom presentation is less severe, less obvious, easily camouflaged, which led to a diagnosis on adulthood.

**Keywords:** Clinical Psychology, Developmental Disorders, Autism Spectrum Disorder.

## Índice

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumo .....                                                              | V  |
| Abstract .....                                                            | VI |
| 1. Contextualização do Local de Estágio .....                             | 3  |
| 1.1 Núcleo de Adolescência e Idade Adulta (NAIA) .....                    | 3  |
| 1.1.1 Papel do psicólogo clínico. ....                                    | 5  |
| 1.1.2 Papel do estagiário em psicologia clínica. ....                     | 7  |
| 2. Enquadramento Teórico .....                                            | 9  |
| 2.1 Evolução do Termo Autismo .....                                       | 9  |
| 2.2 Etiologia .....                                                       | 11 |
| 2.2.1 Abordagem biológica. ....                                           | 11 |
| 2.2.2 Abordagens psicológicas. ....                                       | 11 |
| 2.2.3 Abordagem ambiental. ....                                           | 12 |
| 2.3 Tipologias Segundo o ICD-10 .....                                     | 13 |
| 2.3.1 Autismo infantil .....                                              | 13 |
| 2.3.2 Autismo atípico .....                                               | 13 |
| 2.3.3 Síndrome de Asperger .....                                          | 13 |
| 2.3.4 Síndrome de Rett .....                                              | 14 |
| 2.3.5 Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. .... | 14 |
| 2.4 Tipologias Segundo o DSM-IV .....                                     | 14 |
| 2.4.1 Perturbação autista .....                                           | 14 |
| 2.4.2 Síndrome de Asperger. ....                                          | 15 |
| 2.4.3 Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância. ....                | 16 |
| 2.4.4 Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. .... | 16 |
| 2.4.5 Síndrome de Rett. ....                                              | 16 |
| 2.5 Transição para o DSM-V .....                                          | 17 |
| 2.6 Sinais de Alerta .....                                                | 19 |
| 2.7 Dificuldades na avaliação da PEA .....                                | 20 |
| 2.8 Comorbilidades .....                                                  | 21 |
| 2.8.1 Dificuldades intelectuais .....                                     | 22 |
| 2.8.2 Depressão. ....                                                     | 22 |
| 2.8.3 Ansiedade. ....                                                     | 23 |
| 2.8.4 Perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA). ....      | 23 |
| 2.8.5 Comportamentos problemáticos. ....                                  | 24 |

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.8.6 Esquizofrenia.....                                                                                       | 24 |
| 2.9 Impactos da PEA ao nível da comunicação e interação social.....                                            | 25 |
| 2.10 Impacto da PEA ao nível dos comportamentos e interesses restritos e repetitivos .....                     | 26 |
| 2.11 Intervenção em adolescentes e adultos com PEA .....                                                       | 28 |
| 2.11.1 Prognóstico.....                                                                                        | 28 |
| 2.11.2 Intervenção precoce.....                                                                                | 29 |
| 2.11.3 Sistema de Comunicação de Troca de Figuras ( <i>Picture Exchange Communication System – PECS</i> )..... | 29 |
| 2.11.4 Análise Comportamental Aplicada ( <i>Applied Behavior Analysis – ABA</i> ). ....                        | 30 |
| 2.11.5 Terapia cognitivo-comportamental (CBT – <i>Cognitive Behavioral Therapy</i> ). ....                     | 31 |
| 2.11.6 Terapia comportamental dialética (DBT – <i>Dialectic Behavioral Therapy</i> ). ....                     | 32 |
| 2.11.7 Intervenções psicossociais. ....                                                                        | 34 |
| 3. Trabalho de Estágio.....                                                                                    | 36 |
| 3.1 Plano de Atividades.....                                                                                   | 36 |
| 3.2 Reuniões.....                                                                                              | 37 |
| 3.3 Observação.....                                                                                            | 38 |
| 3.3.1 Observação de consultas.....                                                                             | 39 |
| 3.3.2 Observação de avaliações.....                                                                            | 43 |
| 3.4 Intervenção.....                                                                                           | 44 |
| 3.4.1 Avaliação psicológica.....                                                                               | 45 |
| 3.5 Apresentação dos Casos Clínicos .....                                                                      | 49 |
| 3.5.1 Caso clínico “A”.....                                                                                    | 49 |
| <i>História clínica</i> .....                                                                                  | 51 |
| <i>Avaliação psicológica do caso “A”</i> . ....                                                                | 55 |
| <i>Discussão clínica</i> .....                                                                                 | 62 |
| <i>Reflexão sobre o caso</i> .....                                                                             | 66 |
| 3.5.2 Caso clínico “B”.....                                                                                    | 67 |
| <i>História clínica</i> .....                                                                                  | 68 |
| <i>Avaliação psicológica</i> . ....                                                                            | 70 |
| <i>Discussão clínica</i> .....                                                                                 | 76 |
| <i>Reflexão sobre o caso</i> .....                                                                             | 79 |
| 3.6 Discussão Global do Trabalho de Estágio .....                                                              | 79 |
| 3.7 Reflexão Global.....                                                                                       | 81 |
| 3.8 Considerações Finais .....                                                                                 | 84 |
| Bibliografia .....                                                                                             | 84 |

## Índice de Figuras

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 – Resultados obtidos pelo A na WAIS-III.....  | 58 |
| Figura 2 – Resultados obtidos pelo B na WAIS-III. .... | 72 |

## Índice de Tabelas

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Horas despendidas por tipo de atividade.....                      | 37 |
| Tabela 2 – Observações de consultas realizadas no decorrer do estágio.....   | 40 |
| Tabela 3 – Observações de avaliações realizadas no decorrer do estágio ..... | 43 |

## Lista de Siglas

|          |                                                                   |
|----------|-------------------------------------------------------------------|
| IPSS     | Instituição Particular de Solidariedade Social                    |
| PD       | Perturbação do Desenvolvimento                                    |
| NAIA     | Núcleo de Adolescência e Idade Adulta                             |
| PEA      | Perturbação do Espectro do Autismo                                |
| ICD 10   | International Classification of Diseases 10                       |
| DSM-IV   | Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - IV |
| DSM-V    | Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - V  |
| SOE      | Sem Outra Especificação                                           |
| PHDA     | Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção                 |
| POC      | Perturbação Obsessiva-Compulsiva                                  |
| WAIS-III | Escala de Inteligência de Weschler para Adultos - III             |
| WISC-III | Escala de Inteligência de Weschler para Crianças - III            |
| ASDS     | Escala Diagnóstica de Síndrome de Asperger                        |
| ADOS     | Autism Diagnostic Observation Schedule                            |
| ADI-R    | Entrevista Diagnóstica de Autismo - Revista                       |
| CBCL     | Inventário de Comportamento da Criança para Pais                  |
| YSR      | Autorrelato para Jovens                                           |
| SCL-90-R | Inventário de Sintomas para Adultos-90-Revisto                    |
| CAQ      | Questionário de Análise Clínica                                   |
| Q.I      | Quociente de Inteligência                                         |
| Q.I.E.C  | Quociente de Inteligência da Escala Completa                      |
| Q.I.V    | Quociente de Inteligência Verbal                                  |
| Q.I.R    | Quociente de Inteligência de Realização                           |
| ASQ      | Quociente de Espectro do Autismo                                  |

## **Relatório de Estágio Realizado numa IPSS de Cascais**

O presente relatório de estágio inclui-se nos requisitos para a conclusão do Mestrado em Psicologia, com especialização na área da Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL).

De entre as três vertentes disponíveis para escolha no Mestrado (investigação, profissionalizante e mista), optei pela profissionalizante, que se caracteriza pela realização de um estágio curricular de 500 horas, seguida da concretização de um relatório que sumarize a experiência do mesmo. A escolha por esta opção prende-se com o fato de sentir que o percurso académico em psicologia carece de vertente prática suficiente, pelo que este estágio curricular surge como forma de possibilitar ao aluno ter um contacto muito próximo da realidade dos vários contextos onde os profissionais desta área operam, refletir sobre os vários desafios com que os ditos profissionais se deparam diariamente, enquadrando esta experiência com os valores e ética associados à profissão e, por último, aplicar, dentro do limite dos possíveis, os conhecimentos adquiridos ao longo do processo de formação académica.

Dado o foco do local de estágio nas Perturbações do Desenvolvimento (PDs), este estágio ofereceu também a possibilidade de conhecer e contactar de perto com várias perturbações deste tipo, assim como compreender as dificuldades que os portadores destas perturbações sentem, não apenas durante a fase de desenvolvimento mais precoce, mas também durante a adolescência e inícios da vida adulta, especialmente ao nível da inclusão e adaptação ao mercado de trabalho e meio profissional.

O estágio foi realizado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sediada em Cascais e a funcionar desde 2003, com especial foco nas Perturbações do Desenvolvimento e criação de pontes que facilitem e/ou possibilitem a integração de pessoas com estas perturbações na sociedade, de forma mutuamente positiva. Neste sentido, a instituição trabalha não apenas ao nível do apoio clínico, mantendo uma aposta firme ao nível da investigação e

formação. Este estágio teve início em Outubro de 2014, com término em Junho de 2015, num total de 505 horas.

O presente relatório está dividido em duas partes: a primeira visa caracterizar o contexto institucional onde o estágio decorreu e o papel do psicólogo na instituição e, ao mesmo tempo, enquadrar teoricamente o foco do trabalho de estágio (Perturbações de Espectro do Autismo); a segunda parte tem como objetivo descrever as atividades e trabalhos realizados em contexto de estágio, assim como a exposição detalhada dos casos avaliados, fazendo-se posteriormente a respetiva análise clínica, baseada no referencial teórico explicitado no enquadramento deste relatório. No final serão apresentadas a discussão e a conclusão geral do trabalho de estágio, onde serão discutidos os pontos fortes e fracos, limitações e dificuldades encontradas.

## **1. Contextualização do Local de Estágio**

O presente relatório de estágio realizou-se numa IPSS com foco nas Perturbações do Desenvolvimento, sediada em Cascais, e decorreu no Núcleo de Adolescência e Idade Adulta (NAIA). De seguida será descrito o contexto geral do NAIA.

### **1.1 Núcleo de Adolescência e Idade Adulta (NAIA)**

O NAIA foi criado especialmente para adolescentes, jovens e adultos com perturbações de desenvolvimento, emocionais, comportamentais e de personalidade e/ou com dificuldades nos processos de transição para a idade adulta. Para isto, este núcleo conta com uma equipa multidisciplinar, composta por um neurologista, dois pedopsiquiatras, seis psicólogos clínicos e uma terapeuta ocupacional.

São encaminhados para o NAIA adolescentes e adultos que necessitem de exames complementares de diagnóstico ou de uma avaliação de necessidades para o estabelecimento de um plano de intervenção. Os utentes deste núcleo têm a possibilidade de fazer avaliação intelectual, comportamental, emocional, psicopatológica, das dinâmicas familiares, da personalidade, do comportamento adaptativo e métodos e hábitos de estudo e ainda orientação escolar e profissional. Durante o processo de avaliação, em conjunção com a entrevista clínica, são utilizados instrumentos com credibilidade elevada e bons índices de precisão e validade.

Já a intervenção tem como foco a transição para a idade adulta, a preparação para o mundo do trabalho, o *coaching* no adulto com perturbação de défice de atenção, a terapia familiar, o treino de métodos e hábitos de estudo, o desenvolvimento de competências sociais e funcionais, a extinção de comportamentos de desafio e a regulação do humor e da ansiedade. A intervenção no NAIA foca-se nos seguintes aspetos (CADIn, s.d):

- Transição para a idade adulta: esta intervenção foi especialmente desenvolvida a pensar nas necessidades dos adolescentes e jovens adultos com PD, nomeadamente a PEA e a

Perturbação do Desenvolvimento Intelectual Ligeira, com o objetivo de, através de técnicas comportamentais e cognitivas, desenvolver áreas como a compreensão sobre a perturbação, autoestima, gestão do tempo e do dinheiro, comunicação, entre outros.

- Preparação para o trabalho: esta intervenção divide-se em duas componentes. A primeira passa por apoiar os adolescentes e jovens adultos na aquisição e desenvolvimento de competências sociais e funcionais adequadas ao local de trabalho, e ainda competências ao nível da procura de emprego e de entrevistas de seleção. A segunda componente passa apoiar o processo de sensibilização do empregador para as características e necessidades inerentes à perturbação, servindo como ponte entre as duas partes e mediando o processo de adaptações no posto de trabalho.

- O *coaching* no adulto com perturbação de défice de atenção: esta intervenção tem dois grandes objetivos. Primeiramente, procura ajudar o indivíduo a provocar mudanças no ambiente onde atua que ajudem a otimizar o seu funcionamento pessoal, ocupacional e social. Por outro lado, o terapeuta procura apoiar o indivíduo no desenvolvimento de estratégias para funcionar adequadamente em diferentes ambientes. Aplicam-se estratégias relativas à gestão do tempo, do dinheiro, organização em casa, no trabalho, nos estudos, entre outros.

- A intervenção familiar: passa pela avaliação e diagnóstico das dinâmicas familiares dos adolescentes e jovens adultos, uma vez que a adolescência e o início da adultícia são fases complexas no desenvolvimento humano, durante as quais os padrões relacionais tendem a mudar e, no caso de pessoas com PD, estes padrões relacionais são especialmente complexos. Cabe ao profissional mediar a comunicação intrafamiliar, tentando criar pontes que levem à resolução de conflitos e munindo a família de técnicas de autorregulação da comunicação e de conflitos.

- A intervenção nas perturbações do humor e ansiedade: consiste em apoiar adolescentes e jovens adultos com este tipo de perturbação. Neste tipo de intervenção o terapeuta ajuda o

indivíduo a conhecer melhor a sua condição, perceber os seus sintomas e apoia o desenvolvimento de estratégias de autorregulação, que lhe permitam uma melhor qualidade de vida e adequação ao meio.

- Métodos e hábitos de estudo: nesta intervenção /procura-se ajudar os estudantes a desenvolver uma atitude favorável ao face à aprendizagem, aumentar o seu autoconceito académico e desenvolver métodos e hábitos de estudo que permitam tirar o máximo proveito das aulas.

### **1.1.1 Papel do psicólogo clínico.**

O modelo de intervenção mais utilizado no NAIA, assim como nos restantes núcleos da instituição, é o Cognitivo-Comportamental, baseando-se, como o nome indica, em técnicas e métodos derivados das teorias cognitivas e comportamentais (Pan et al., 2015). O seu objetivo passa por causar mudanças nas crenças e pensamentos disfuncionais que interferem no bem-estar do indivíduo (Glaus, 2007, citado por Scattone & Mong, 2013; van Der Schaaf et al., 2015; Tulbure et al., 2015). Este modelo tem sido alvo de extensas investigações e pesquisas e, atualmente, considera-se ser um dos modelos mais eficazes ao nível do tratamento de sintomatologia associada à depressão e ansiedade (Tang et al., 2015), duas psicopatologias altamente comórbidas com a PEA (van Elst, 2013; White, Oswald, Ollendick, & Scahillm 2009, citados por Trammell et al., 2013).

Dado o foco que esta instituição atribui à autonomia, parece-me acertado o recurso a este modelo de intervenção, que tem dado provas de bons resultados em intervenções curtas (Renaud, Russel, & Myhr, 2014), ajudando os clientes a libertarem-se das crenças e pensamentos que perpetuam a sintomatologia causadora de mal-estar.

Uma das funções do psicólogo nesta IPSS passa pela avaliação psicológica, competência exclusiva do profissional em psicologia (Ready & Veague, 2014). A instituição dispõe de

protocolos de avaliação (conjuntos estandardizados de testes) para diferentes perturbações, as PEA não sendo exceção. Estes protocolos não são estanques, ou seja, podem ser ajustados às necessidades específicas de cada indivíduo, sendo possível não aplicar ou substituir algumas das provas existentes, assim como sugerir outras testagens não contempladas num dado protocolo. Neste âmbito, o NAIA trabalha essencialmente ao nível do despiste da PEA e da PHDA, podendo, se necessário, aplicar outros protocolos, desde que o profissional tenha a formação necessária.

É também o psicólogo que faz o processo de acompanhamento psicológico dos clientes, sempre que tal seja necessário. Apesar de algumas avaliações não se traduzirem em acompanhamento (como no caso dos pedidos de relatório para diagnóstico formal de PEA e processo de atribuição de incapacidade), a grande maioria serve como base para planificar o processo de acompanhamento e intervenção com o cliente, adaptando-os às suas necessidades específicas.

Como já vimos anteriormente, os profissionais do NAIA acabam, muitas vezes, por trabalhar com os seus clientes ao nível da preparação para o mundo do trabalho, sugerindo ajustamentos razoáveis no local de trabalho, fazendo face às necessidades dos seus clientes, estando assim em contacto direto com outras entidades.

Para além das atividades ao nível da avaliação e intervenção, a equipa de psicólogos desta instituição também participa ativamente ao nível da investigação e da formação, especialmente ao nível das PD.

Posto isto, é esperado do psicólogo, assim como dos restantes técnicos, a dinamização de algumas reuniões gerais de equipa (semanais), assim como a presença quinzenal (no caso do NAIA) nas reuniões do núcleo, nas quais podem discutir casos, preparar atividades, sugerir temas de investigação, sendo um momento de partilha e interajuda.

### **1.1.2 Papel do estagiário em psicologia clínica.**

Esta instituição vê o papel dos estagiários não como uma força de trabalho, mas como futuros profissionais em formação. Assim, o objetivo da instituição, dentro do prisma da formação de estagiários, passa por proporcionar aos mesmos momentos de aprendizagem, que visam prepará-los para a entrada no mundo do trabalho, através do contacto com os processos de avaliação psicológica, acompanhamento e intervenção.

No contexto do estágio refletido neste relatório, os momentos de contacto com os diversos processos realizados pelo profissional de psicologia na instituição passaram essencialmente pela observação, uma competência essencial para qualquer psicólogo (Stephens, 1970). Segundo este autor, a eficácia de qualquer intervenção está dependente do grau de entendimento que o profissional tem sobre a natureza e fonte do problema do cliente. Este entendimento surge dum processo contínuo que envolve gerar e testar hipóteses, que são geradas e testadas através da observação do cliente.

Assim, a observação pode ser descrita como o processo através do qual criamos e testamos hipóteses, baseadas nas pistas verbais e não-verbais dadas por terceiros (Cawston, Callahan, & Wrape, 2015; Navarro, 2012). É um processo que permite aceder a uma quantidade enorme de informação (Cherry, 2014), uma vez temos que considerar toda a informação verbal do cliente, assim como a não-verbal (gestos, movimentos, posturas, respiração, entoação, silêncios, modulação ocular, entre outros).

Posto isto, cabe ao estagiário, para além das reuniões já descritas, comparecer em todas as sessões que sejam passíveis de ser observadas, mediante consideração do profissional que as conduz e autorização do cliente. Deve adotar uma postura o mais discreta possível, de forma não influenciar o decorrer da intervenção, acompanhamento ou avaliação psicológica, podendo intervir apenas quando solicitado ou em situações extraordinárias que assim o exijam. Deve fazer, sempre que possível, o registo da informação relevante durante a sessão, a não ser que

se perceba que os seus apontamentos (de alguma forma) perturbam o cliente, situação em que deverá parar.

No caso da observação de avaliações psicológicas, o estagiário deverá fazer-se acompanhar das folhas de resposta dos instrumentos a utilizar, no sentido de recolher o máximo de informação possível, para que possa, posteriormente, proceder à cotação dos instrumentos e posterior comparação com a cotação do profissional. Deverá ainda ter-se familiarizado com os instrumentos antes da aplicação.

## **2. Enquadramento Teórico**

Neste capítulo do relatório será realizada uma revisão de literatura científica, tendo em conta a problemática e população-alvo sobre as quais incidiu o trabalho de estágio.

### **2.1 Evolução do Termo Autismo**

O termo autismo, como o conhecemos atualmente, é fruto de uma evolução conceptual que dura, se quisermos ser precisos, há mais de um século.

Surge pela primeira vez no trabalho do psiquiatra Eugene Bleuler, em 1911, utilizado para descrever um isolamento social ativo em pacientes com esquizofrenia (Niesel, 1999; George, 2009, citados por Freire, 2012). Seguidamente, esta terminologia volta a aparecer na literatura já no início da década de 40, mais concretamente em 1943, através do trabalho do psiquiatra Leo Kanner (Antunes, 2009; Filipe, 2015; Tamanaha, Perissinoto, & Chiari, 2008). Kanner publicou um artigo no qual descrevia os casos de 11 crianças que, segundo o autor, partilhavam “características fascinantes” (Filipe, 2015). Estas crianças, diagnosticadas na altura com esquizofrenia infantil, mas cujas características semelhantes que partilhavam apontavam para outro diagnóstico, estariam envoltas num isolamento social profundo, não reagindo a estímulos exteriores, contentando-se em brincar sozinhas e tratando as pessoas como se de objetos se tratassem. Kanner reparou ainda que, ao contrário do que acontecia na esquizofrenia, estas crianças não produziam delírios, “optando” por se isolar de um mundo ao qual não conseguiam aceder e compreender (Filipe, 2015). Este autor propôs uma abordagem etiológica com especial ênfase nos efeitos de distorções no sistema familiar, que seria responsável por alterações no desenvolvimento psicoafetivo da criança, admitindo, no entanto, que poderiam existir outros fatores biológicos na criança, uma vez que algumas manifestações da doença acontecem precocemente e não poderiam ser explicadas por fatores puramente relacionais (Tamanaha, Perissinoto, & Chiari, 2008).

No mesmo ano (1943), também Hans Asperger publicou um trabalho intitulado “Psicopatia autística na infância”, que descrevia um quadro sintomático essencialmente semelhante ao descrito por Kanner, com a diferença que as capacidades cognitivas e de comunicação oral neste segundo grupo seriam superiores às das crianças do estudo de Kanner (Antunes, 2009; Filipe, 2015). A publicação de Asperger foi escrita em Alemão, numa altura social conturbada (anos de guerra), pelo que apenas o trabalho de Kanner teve a atenção merecida na altura (Antunes, 2009).

Só na década de 70, através do trabalho de Lorna Wing e Judith Gould, que investigaram a validade clínica do conceito de autismo, é que o trabalho de Asperger passa a ser alvo de atenção. Através da observação de crianças, estas autoras apercebem-se que, apesar de muitas delas se adequarem aos critérios explorados por Kanner, outras não cumprem todos os critérios, aproximando-se mais da síndrome descrita por Hans Asperger (Filipe, 2015), sendo estas autoras as primeiras a utilizar o termo “Síndrome de Asperger”.

A descoberta de crianças com características semelhantes, mas com diagnósticos diferentes, através do trabalho destas autoras, foi a base conceptual que permitiu desenvolver o conceito de Espectro do Autismo, que primeiro se manifestava através de várias tipologias de autismo e que hoje se acredita ser um *continuum* de dificuldades (Antunes, 2009).

Sendo assim, atualmente, a Perturbação do Espectro do Autismo pode ser definida como uma perturbação do neurodesenvolvimento (Bone et al., 2014; Hattier, Matson, & Kozlowsky, 2011; Krebs, McDaniel, & Neeley, 2010; Lord & Bailey, citados por Chiang, Soong, Lin, & Rogers, 2008), manifestando-se essencialmente ao nível de défices na comunicação e interação social e, ao mesmo tempo, por padrões de comportamentos e interesses restritos e repetitivos (American Psychiatric Association, 2013; Bone et al., 2014; Ganz et al., 2011; Scheenren, Koot, & Begeer, 2012).

## **2.2 Etiologia**

Atualmente, e apesar dos variados estudos existentes na matéria, continuam por definir as causas precisas que desencadeiam uma perturbação deste tipo.

A existência de uma causa biológica, associada a uma disfunção metabólica a nível cerebral, é consensual (Nielsen, 1999, cit. por Freire, 2012). No entanto, estas perturbações apresentam uma origem multifatorial, pelo que é necessário considerar fatores genéticos, pré e pós natais. Existem várias abordagens que tentam explicar a etiologia das PEA, abordadas de seguida.

### **2.2.1 Abordagem biológica.**

Segundo Bandeira de Lima e Levy (2012), as PEA são causadas por uma alteração orgânica (de base genética) no desenvolvimento, sendo uma das patologias complexas mais hereditariamente transmissíveis. Para estas autoras, as PEA são causadas por um conjunto de genes, uns patológicos e outros variantes do normal, que são responsáveis não só pela perturbação, mas também pelas várias configurações distintas ao longo do espectro.

Estudos mais recentes, centrados na análise de ressonâncias magnéticas, registaram alterações ao nível do volume em três áreas cerebrais: lobos frontais, amígdala e cerebelo (Filipe, 2008, cit. por Freire, 2012). Num outro estudo (ver Filipe, 2012) foi possível ainda verificar a existência de representações cerebrais distintas, ou seja, a mobilização e ativação de áreas corticais diferentes nas pessoas com PEA, quando comparadas à população em geral num conjunto de tarefas.

### **2.2.2 Abordagens psicológicas.**

Segundo Filipe (2012) os indivíduos com PEA não têm um défice cognitivo, mas antes um estilo cognitivo próprio, baseando-se nas seguintes ideias, que deverão ser analisadas e tidas em conta como um todo:

- Ausência de “Teoria da Mente”: as pessoas com PEA não têm noção de que a realidade é apreendida com subjetividade, ou seja, não têm capacidade para reconhecer que a percepção da realidade de terceiros é diferente da sua.

- Falta de “Coerência Central”: as pessoas com PEA conseguem ter uma imensa atenção ao detalhe, mostrando, por vezes, capacidades acima da média em tarefas baseadas num reconhecimento pormenorizado ou detalhado. Por outro lado, revelam grandes dificuldades e, por vezes, até incapacidade ao nível do processamento global de informação e da integração dos diversos estímulos percetivos num todo coerente.

- Alteração cognitiva: em avaliações cognitivas, as pessoas com PEA tendem a ter resultados significativamente mais baixos em provas de velocidade de processamento e que exijam integração de informação sensorial e capacidade de abstração.

- Capacidades excecionais nas pessoas com PEA: normalmente associadas à memorização e à reprodução detalhada.

- Processamento de informação visual: as pessoas com PEA, quando em contextos sociais, têm tendência a não fixar o olhar em pontos que permitam entender o significado implícito.

- Incapacidade de generalização de contextos: os indivíduos com PEA têm dificuldade em perceber informação para além da explícita e literal, ou seja, dificuldade em generalizar as informações apreendidas a diferentes contextos.

### **2.2.3 Abordagem ambiental.**

Uma vez que as PEA são perturbações do neurodesenvolvimento que se iniciam *in útero* ou logo após o início da vida pós-natal, alguns autores apontam para possíveis causas ambientais na contribuição para estas condições. No entanto, ainda não existe grande consenso nesta área, o que torna difícil gerar conclusões mais sólidas nesta matéria. Mesmo assim, segundo Bandeira de Lima e Levy (2012), os seguintes fatores parecem ter algum impacto: (1)

idade dos progenitores – quanto maior a idade parental, maior o risco de PEA, especialmente na idade paterna; (2) utilização de fármacos durante a gravidez; e (3) rubéola congénita durante a gravidez.

## **2.3 Tipologias Segundo o ICD-10.**

Segundo o ICD-10 (*World Health Organization*, 2015), diferentes tipos de manifestações sintomáticas da tríade característica das Perturbações de Espectro do Autismo estão agrupadas nas Perturbações Globais do Desenvolvimento. Segue-se uma breve descrição dos subtipos considerados mais oportunos de mencionar face ao objetivo deste trabalho.

### **2.3.1 Autismo infantil**

O Autismo Infantil é uma perturbação global do desenvolvimento definida pela presença de um desenvolvimento atípico e/ou deficitário, manifestamente presente antes dos três anos, e por um funcionamento deficitário ao nível da comunicação, interação social e comportamentos restritos e repetitivos.

### **2.3.2 Autismo atípico**

O Autismo Atípico é uma perturbação do desenvolvimento que difere do Autismo Infantil, no sentido em que é diagnosticado após os três anos de idade e os indivíduos podem não manifestar todo o quadro sintomático do Autismo Infantil. Neste caso, o desenvolvimento do indivíduo costuma decorrer normalmente nos primeiros três anos de vida, pelo que não apresenta sinais e/ou sintomas suficientes para o estabelecimento do diagnóstico. Ocorre com frequência em indivíduos com desenvolvimento cognitivo gravemente afetado.

### **2.3.3 Síndrome de Asperger**

A Síndrome de Asperger caracteriza-se pelos mesmos padrões de dificuldades ao nível da interação social e dos comportamentos e interesses restritos e repetitivos sem apresentar, no

entanto, dificuldades ao nível da comunicação verbal e tendo, no geral, um desenvolvimento cognitivo típico. É mais comum em rapazes do que em raparigas, num rácio de oito para um.

#### **2.3.4 Síndrome de Rett**

Esta é uma síndrome de causa desconhecida, que se manifesta somente em indivíduos do género feminino. É caracterizada por um desenvolvimento aparentemente normal, seguido de uma perda, parcial ou total, das competências até então desenvolvidas, iniciando-se este processo entre os sete e os 24 meses. Estereotipias das mãos, hiperventilação e perda de controlo dos movimentos voluntários das mãos são especialmente característicos. O desenvolvimento social destes indivíduos fica, normalmente, estagnado entre os dois e os três anos, apesar do interesse social parecer ser mantido. Pessoas com esta perturbação acabam por desenvolver défices cognitivos graves.

#### **2.3.5 Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.**

Incluem-se nesta categoria as manifestações sintomáticas que, por si só, não permitem a inclusão nas categorias supracitadas, apontando, no entanto, para um diagnóstico de Perturbação Global do Desenvolvimento.

### **2.4 Tipologias Segundo o DSM-IV**

Apesar de o conceito de “espectro do autismo” surgir com o trabalho de Lorna Wing na década de 80 (Filipe, 2015), as várias manifestações encontradas deste tipo de perturbação do desenvolvimento encontravam-se, até à chegada do DSM-V, divididas em diversas tipologias, descritas de seguida (ainda com base no DSM-IV-TR, que esteve em vigor 13 anos e, como tal, é com base nestas categorias que foi feita grande parte da pesquisa neste campo).

#### **2.4.1 Perturbação autista.**

A Perturbação Autista, ou autismo de Kanner, caracteriza-se pela inability para desenvolver relacionamentos, competências de interação limitadas (dificuldade em conversar,

socializar e manter contacto visual), preferência pelos jogos repetitivos (sem uma ideia real de como usar um brinquedo de forma adequada), fascínio por objetos que podem ser manipulados através de movimentos repetidos de motricidade fina, obsessão e boa memorização de rotinas, hiper-reação à destabilização de rotinas, hipersensibilidade aos estímulos ambientais (que podem resultar num baloiçar do corpo ou num tapar de ouvidos com as mãos), acentuado atraso na aquisição da linguagem e uso pouco vulgar da linguagem (de forma não comunicativa) (*American Psychiatric Association*, 2002; Hewitt, 2006).

Nesta síndrome, os indivíduos afetados não apresentam todos os sinais e sintomas que caracterizam a perturbação, o que leva a que dois indivíduos, ambos portadores de autismo, seja diferentes entre si, ou seja, apresentam sintomas e sinais diferentes (Siegel, 2008; Bandeira de Lima & Levy, 2012).

Normalmente, é diagnosticada antes dos três anos e, mesmo quando diagnosticada depois, os sinais costumam estar presentes desde o início do desenvolvimento (*American Psychiatric Association*, 2002). Corresponde ao Autismo Infantil do ICD-10, apesar de no DSM-IV o diagnóstico antes do três anos não ser um critério de diagnóstico.

#### **2.4.2 Síndrome de Asperger.**

A Síndrome de Asperger é considerada a menos grave das perturbações que constituem as PEA. Caracteriza-se pela ausência de competências sociais, falta de capacidade de diálogo e interesse excessivo/obsessivo por um determinado assunto (*American Psychiatric Association*, 2002; Attwood, 2010). É possível que, em certos casos, surjam ainda dificuldades ao nível da organização, coordenação motora, hipersensibilidade sensorial e vulnerabilidade emocional. Afeta indivíduos com Q.I médio e acima da média e é mais prevalente em rapazes do que em raparigas, manifestando-se apenas numa rapariga por cada 15 rapazes (Antunes, 2009).

Hewitt (2006) considera que o diagnóstico de Síndrome de Asperger geralmente acontece entre os quatro e os seis anos de idade. No entanto, dado às manifestações sintomáticas mais

leves típicas do Asperger, é comum surgirem casos de diagnósticos mais tardios, já em idade adulta. Existem ainda pessoas com Síndrome de Asperger que nunca chegam a ser diagnosticadas, uma vez que os sinais e sintomas que apresentam são (erroneamente) atribuídos a outras perturbações (van Elst et al., 2013).

#### **2.4.3 Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.**

A Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância é uma condição muito rara, que pode afetar tanto rapazes como raparigas, apesar de ser mais comum no sexo masculino. Caracteriza-se por um período de desenvolvimento normal até cerca dos dois anos, seguindo-se uma perda súbita das competências adquiridas, a nível da linguagem recetiva ou expressiva, interação social ou comportamento adaptativo, controlo dos esfíncteres, contacto visual, jogo e competências motoras (Bandeira de Lima, 2012, citado por Freire, 2012). Esta perda de capacidades mantém-se até o indivíduo manifestar dificuldades ao nível do diagnóstico da perturbação autista.

#### **2.4.4 Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.**

Esta perturbação é caracterizada pela existência de um défice grave e global no desenvolvimento da interação social recíproca, associado a um défice nas competências de comunicação verbal e não-verbal ou na presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas (Bandeira de Lima, 2012, cit. por Freire, 2012). Apesar destas características, os indivíduos com Perturbação Global do Desenvolvimento SOE não cumprem os critérios para o diagnóstico formal nas outras categorias existentes da Perturbação Global do Desenvolvimento.

#### **2.4.5 Síndrome de Rett.**

Perturbação que afeta exclusivamente crianças do sexo feminino, pelo que se crê ser de origem genética e extremamente rara, manifestando-se em apenas uma criança em cada 100 000 (Freire, 2012).

Similarmente à Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, existe um desenvolvimento aparentemente normal desde o nascimento, seguido pela perda gradual das aptidões já adquiridas: entre os 5 e os 48 meses dá-se um atraso no desenvolvimento encefálico, perda de competências manuais como consequência de movimentos estereotipados das mãos, perda de interesse pela interação social, movimentos descoordenados do andar ou do tronco, atraso no desenvolvimento psicomotor e da linguagem receptiva e expressiva (Bandeira de Lima, 2012, cit. por Freire, 2012).

Segundo Siegel (2008), a maioria das raparigas que desenvolvem Síndrome de Rett acaba por perder a capacidade de caminhar incorrendo, por fim, numa deficiência mental grave.

## 2.5 Transição para o DSM-V

Com a chegada do “polémico” DSM-V que, como em todas as novas edições, gerou controvérsia com algumas das mudanças trazidas, chega também uma nova visão, um novo paradigma sob o qual podemos analisar as PEA.

Até aqui, estas perturbações eram divididas em cinco grandes tipos, já referidos anteriormente, sendo que todos eles eram caracterizados pela presença da tríade sintomática do autismo (défices na comunicação, na interação social e por interesses restritos, repetitivos e obsessivos), diferindo entre si apenas em características mais específicas (*American Psychiatric Association*, 2002). No fundo, as perturbações de espectro não se agrupavam num espectro, num *continuum* de dificuldades, mas em pequenos aglomerados de sintomas, na sua maioria comuns às várias tipologias.

Atualmente, o DSM-V reflete o consenso científico de que quatro das cinco tipologias deste tipo de perturbação são, no fundo, manifestações com diferentes tipos de intensidade e gravidade de uma só perturbação (Wilson et al., 2013). Neste caso, diferentes manifestações de um mesmo tipo de sintomatologia passam a estar configuradas num espectro de dificuldade,

sendo que o autismo de nível Um corresponderá, assim, ao antigo Síndrome de Asperger (considerada a tipologia mais funcional de autismo) e o de nível Três corresponderá, por exemplo, a um caso grave de autismo de Kanner (ou autismo típico) ou uma manifestação grave de Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (American Psychiatric Association, 2002, 2013). Nesta reclassificação das PEA ficam contemplados quatro dos antigos cinco “subtipos”, excluindo-se a Síndrome de Rett (Filipe, 2015).

Esta nova configuração das Perturbações de Espectro do Autismo introduz, também, um novo olhar sobre as manifestações sintomáticas necessárias para se prosseguir com o diagnóstico positivo (Autismo e Realidade, n.d). A tríade de sintomas que vigorava no DSM-IV passa a estar reduzido a apenas dois sintomas. Os critérios necessários nos domínios da comunicação e interação social foram, na sua maioria, redefinidos e agrupados num só critério – critério A: défices persistentes ao nível da comunicação e interação social – com três grandes tipos de manifestação. O segundo critério mantém a componente dos interesses restritos, repetitivos e/ou obsessivos, sendo que ambos os critérios têm que estar presentes para o diagnóstico positivo de PEA (American Psychiatric Association, 2013).

A reorganização dos critérios de diagnóstico vem aumentar a clareza do mesmo, uma vez que na tipificação anterior o mesmo sintoma seria validado em mais que um critério, proporcionando assim um peso excessivo neste processo (Autismo e Realidade, n.d). Numa perturbação caracterizada pela heterogeneidade de manifestações sintomáticas de caso para caso (Brentani et al., 2013; Eagle et al., 2010, citado por Lamport & Zlomke, 2014) e já só por si difícil de avaliar, é importante continuar a melhorar o processo de diagnóstico. Sendo assim, a partir de agora a sigla “PEA” passa a referir-se à Perturbação do Espectro do Autismo, como tida no DSM-V-

## 2.6 Sinais de Alerta

Os primeiros sinais de alerta são geralmente dados pelos pais, que sentem que algo não está bem com a criança, apercebendo-se que o comportamento do seu filho não é igual ao das outras crianças. No entanto, casos menos severos de PEA podem passar vários anos sem diagnóstico clínico formal, apesar das suspeitas, pelo que surgem com frequência pedidos de avaliação de indivíduos adolescentes ou adultos. Algumas vezes o funcionamento do indivíduo, por exemplo, ao nível escolar, não é largamente afetado, acabando os sinais de alerta por ser atenuados pelos bons resultados escolares.

Dado a PEA ser uma apresentação da tríade sintomática, que se manifesta maioritariamente desde o início da infância do indivíduo, existem alguns sinais aos quais é preciso dar especial atenção, tais como (1) anomalias da motricidade, (2) poucos balbucios, (3) ausência de choro ao acordar ou como manifestação de desconforto (fome, dores, entre outros), (4) ausência de linguagem até aos 16 meses, sem que tenha sido diagnosticada surdez, (5) ausência de sobressalto na presença de barulhos fortes, (6) hiper-reação a barulhos específicos, (7) corrida em ponta de pés, (8) atividades solitárias como jogos com os dedos e mãos em frente aos olhos, (9) isolamento durante longos períodos de tempo em zonas específicas da casa, (10) contacto ocular desajustado, (11) interesse por partes específicas do corpo das pessoas e não pelas pessoas em si, (12) ausência de comportamento de imitação, (13) choro compulsivo sem motivo aparente, (14) ausência de reação à dor, (15) reação adversa à mudança, (16) comportamento de autoagressão e balancear e (16) alterações graves ao nível do sono (Rocha, 2002, cit. por Freire, 2012). A presença de alguns destes sintomas num dado momento, só por si, não basta para o diagnóstico de PEA. Para o diagnóstico ser possível, estes sintomas tinham que ser observados em número alargado, durante um período considerável de tempo. Bandeira de Lima e Levy (2012) apontam ainda para a necessidade de fazer um rastreio sensorial

(auditivo e oftalmológico), como primeira linha de rastreio, despistando outras razões para a falta de reciprocidade social dos indivíduos.

## **2.7 Dificuldades na avaliação da PEA**

Diagnosticar, de forma válida e confiável, uma condição de manifestações tão heterogêneas como a PEA continua, ainda na atualidade, a ser um desafio (Papanikolaou et al., 2008). Apesar dos sintomas estarem, normalmente, presentes no indivíduo desde a infância, acontece frequentemente a perturbação só ser detetada tardiamente, uma vez que o indivíduo pode compensar as suas limitações através de um nível de inteligência normal ou superior, ser um caso de manifestações mais benignas dos sintomas da perturbação ou o quadro sintomático pode ser confundido com e atribuído a outra perturbação (Falkmer, Anderson, Falkmer, & Horlin, 2013; Kan et al., 2008, citado por Bastiaansen et al., 2011). O desafio de avaliar e diagnosticar com sucesso a PEA é importante, uma vez que é consensualmente aceite que um diagnóstico ainda na infância é crucial para a construção de estratégias e planos de intervenção precoce, que tem demonstrado resultados positivos a longo prazo em crianças com PEA (Filipek, Acardo, & Ashwal, 2000, citado por Falkmer, Anderson, Falkmer, & Horlin, 2013).

É difícil separar os problemas sociais e comunicacionais associados à PEA dos quadros clínicos, por vezes complicados, característicos da idade adulta, especialmente se não houver acesso às informações do percurso de desenvolvimento (Bastiaansen et al., 2011). As dificuldades cognitivas, por vezes presentes em indivíduos com PEA, podem adulterar a eficácia de medidas de autorrelato (Johnson et al., 2009; Lombardo et al., 2007, citados por Bastiaansen et al., 2011), pelo que o processo de avaliação da hipótese diagnóstica de PEA deve incluir informações não apenas cedidas pelo próprio, mas também pelos seus pais, professores, a observação direta da qualidade da interação do indivíduo e quaisquer outras

fontes que se considerem relevantes (Volkmar et al, 1999, 2004, citado por Papanikolaou et al., 2008).

## **2.8 Comorbilidades**

Não existe, de momento, um consenso junto da comunidade científica relativamente à existência de comorbilidades na PEA. Para alguns autores, quaisquer sintomas de depressão ou ansiedade sentidos pelo indivíduo farão parte da PEA, dada a natureza da doença em si. Por outro lado, outros autores sugerem não ser apropriado pensar que indivíduos com PEA não são capazes de experienciar desregulação emocional significativa a ponto de ser diagnosticada como uma perturbação isolada (Trammell, Wilczynski, Dale, & McIntosh, 2013).

Segundo Trammell et al. (2013), apesar de na última década se terem desenvolvido vários instrumentos de avaliação para crianças, continua a existir um défice de materiais para utilizar com adolescentes, sendo ainda pior no caso dos adultos. Também a recolha de informação adicional (histórico de desenvolvimento, problemas adicionais, tratamentos e medicação, etc.), crucial para a elaboração de um diagnóstico diferencial ou de comorbilidade é, por vezes, difícil em pessoas com PEA, especialmente em adolescentes e adultos com comorbilidades psiquiátricas graves ou dificuldades cognitivas graves.

Admitindo a ideia de que existem comorbilidades na PEA, num estudo de Hofvander et al (2009, cit. por van Elst, 2013), apurou-se que 53% das pessoas com PEA sofriam de depressão, 50% de ansiedade, 45% de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA, de agora em diante), 24% de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC, de agora em diante), 20% perturbações relacionadas com tiques e 12% de perturbações psicóticas/esquizofrenia. Já Trammell et al (2013) identificam ainda como comorbilidades a destacar as dificuldades intelectuais (70% dos casos de PEA) e comportamentos problemáticos.

### **2.8.1 Dificuldades intelectuais.**

As dificuldades intelectuais são comuns nos casos de PEA, ocorrendo em cerca de 70% dos casos (Frombonne, 2003; Magnusson, 2001; citados por Trammell et al., 2013). Torna-se então necessário distinguir, durante o diagnóstico, se se tratam de dificuldades intelectuais só por si, PEA só por si ou uma combinação comórbida das duas situações.

Hoje em dia admite-se a existência de vários tipos de funcionamento dentro da PEA, ou seja, também as dificuldades intelectuais variam de caso para caso. Existem, por isso, com esta perturbação, indivíduos com bom funcionamento intelectual (poucas ou nenhuma dificuldades intelectuais) e indivíduos com um funcionamento intelectual muito deficitário (dificuldades intelectuais graves ou muito graves) (Trammell et al., 2013; van Elst et al., 2013). Dentro do espectro do autismo existem, então, uma multitude de perfis intelectuais, que variam de caso para caso.

### **2.8.2 Depressão.**

A bibliografia consultada sugere que a depressão é, muito provavelmente, a comorbidade mais comum no caso das PEA (Ramos, Xavier & Morins, 2012; van Elst et al., 2013). No entanto, o diagnóstico desta perturbação nem sempre é fácil, uma vez que os indivíduos com PEA podem não ter vocabulário suficiente para descrever o seu humor ou sentimentos, pelo que muitas vezes esta informação é adquirida através de amigos ou familiares.

Sintomas comuns de depressão, como perturbações do sono, hábitos alimentares atípicos, apatia e isolamento são comuns em indivíduos com PEA. No entanto, uma vez que instrumentos como o Inventário de Depressão de Beck (BDI) ou o MMPI-2 não estão normalizados para indivíduos com PEA, este diagnóstico torna-se mais difícil (Trammell et al., 2013). Os défices ao nível da comunicação e interação social, assim como as dificuldades ao nível cognitivo tornam difícil para o indivíduo com PEA compreender as emoções e

sentimentos dos outros, assim como perceber e comunicar as suas próprias emoções e sentimentos, mesmo ao nível das expressões faciais (Ramos, Xavier, & Morins, 2012; Trammell et al., 2013).

Algumas observações clínicas sugerem que indivíduos com melhor funcionamento cognitivo são mais propensos a sintomas depressivos. Estes indivíduos têm, muitas vezes, baixa autoestima e perceção de si mesmos como menos competentes que a populações em geral, possivelmente fruto de comparações que o nível intelectual lhes permite fazer (que não acontece em indivíduos com funcionamentos mais deficitários). Ainda assim, a falta de estudos epidemiológicos sobre a questão dificulta este tipo de conclusões.

### **2.8.3 Ansiedade.**

Uma das perturbações mais comuns, tanto em indivíduos com PEA como na população em geral. É comum indivíduos com PEA evidenciarem sintomas de ansiedade, particularmente em situações sociais ou novas, mas a ansiedade só deve ser diagnosticada como comorbidade se o nível de ansiedade tiver um impacto negativo no funcionamento diário do indivíduo e os sintomas não forem melhor explicados por uma PEA (White, Oswald, Ollendick, & Scahillm 2009, cit. por Trammell et al, 2013). Segundo Ramos, Xavier e Morins (2012), alguns autores consideram os indivíduos com PEA como mais vulneráveis ao stresse, dados os seus restritos mecanismos de *coping* e a necessidade de rotinas, com reações adversas a mudanças. O DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) sugere que não se faça o diagnóstico comórbido de PEA e ansiedade, apesar se ainda existirem trabalhos a decorrer sobre esta matéria.

### **2.8.4 Perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA).**

O diagnóstico de PHDA em comorbidade com PEA é também um assunto controverso, uma vez que entre 80 a 83% dos sintomas de PHDA são observáveis em indivíduos com PEA.

Tanto o DSM-IV como o CID-10 excluem o diagnóstico múltiplo de PHDA e PEA, apesar de existirem defensores de ambas as situações. Alguns autores defendem que os sintomas de défice de atenção, hiperatividade e impulsividade são comuns à PEA e, nesse sentido, devem ser incluídos no diagnóstico das mesmas e não como comorbilidade. Por outro lado, alguns autores sugerem que quando os sintomas de défice de atenção, hiperatividade ou impulsividade são muito marcados, a PHDA deve ser diagnosticada como comórbida com PEA. Nesta segunda situação, os autores defendem que o diagnóstico separado leva a melhores intervenções, adaptadas a situações de comorbilidade, que levará a melhores resultados (Ramos, Xavier, & Morins, 2012).

#### **2.8.5 Comportamentos problemáticos.**

Esta categoria inclui comportamentos agressivos, como agressividade dirigida a outros ou ao próprio, e ainda estereotipias (padrões de comportamentos repetitivos com as mãos, por exemplo). Estes comportamentos em adolescentes e adultos interferem com oportunidades educacionais, vocacionais e sociais, pelo que requerem uma avaliação precisa, com o objetivo de preparar planos de intervenção apropriados (Matson & Rivet, cit. por Trammell et al., 2013).

#### **2.8.6 Esquizofrenia.**

Mais uma vez, os sintomas de esquizofrenia acabam por se sobrepor aos sintomas de autismo, pelo que se torna complicado chegar a um diagnóstico de comorbilidade destas duas perturbações. No entanto, alguns estudos apontam para o facto de indivíduos com PEA usarem menos linguagem recíproca, mais linguagem estereotipada e menos respostas sociais do que adultos com esquizofrenia, sintomas que devem então ser tidos em conta aquando a tentativa de diagnóstico diferencial (Mattila et al., 2010; Waris, 2012).

## 2.9 Impactos da PEA ao nível da comunicação e interação social

As dificuldades ao nível da comunicação e interação social, anteriormente consideradas individualmente (*American Psychiatric Association*, 2002), aparecem agora como um só critério (*American Psychiatric Association*, 2013). A união destes défices num só critério prende-se, entre outros aspetos, com o facto de estarem intimamente ligados. Segundo Mackay, Knott e Dunlop (2007), as dificuldades ao nível da interação social e compreensão do outro são as principais causas das dificuldades comunicacionais. Na mesma linha, Ke e Im (2013) sugerem que estes défices dificultam a adequabilidade social dos indivíduos com PEA, faltando-lhes capacidades como a manutenção de uma conversa por turnos (entrando em autênticos monólogos), perceber a perspetiva de terceiros ou expressar e perceber emoções (expressas facialmente ou por outros meios). Estes défices sociais contribuem, ainda, para baixos níveis de realização académica e ocupacional (Ke & Im, 2013), dada a tendência que estes indivíduos têm para se isolar (o'Haire, 2012). De facto, Scheeren, Koot e Beeger (2012) apontam para os efeitos das dificuldades sociais ao nível da vivência e percurso escolar dos indivíduos com PEA, reportando que vários estudos empíricos mostram que estes indivíduos participam em menos jogos sociais e têm menor número de interações sociais e amizades recíprocas que os seus pares com desenvolvimento neurotípico. Wing e Gould (1979, citado por Scheeren, Koot, & Beeger, 2012), definem três tipos de indivíduos com PEA, baseando-se no seu estilo de interação:

- O indiferente/desinteressado: não procura ter interações sociais nem responde a aproximações de terceiros;
- O passivo: não procura ativamente interações, mas responde, de forma minimamente adequada, a aproximações de terceiros;

- O ativo-mas-desadequado: procura situações de interação social, mas com comportamentos pouco usuais e desajustados (monólogos, não respeitar o espaço físico do outro, etc.).

Dada a heterogeneidade das manifestações sintomáticas associadas à PEA (Eagle et al., 2010, citado por Lampton & Zlomke, 2014), não é de estranhar que os défices ao nível da comunicação e interação variem consoante a gravidade do diagnóstico (Hattier, Matson, & Kozlowski, 2011). Cerca de 50% das crianças com autismo não tem qualquer tipo de discurso funcional e, com o passar do tempo, desenvolvem, no máximo, capacidades de comunicação limitadas (Ganz, Lashley, & Rispoli, 2010; Ganz et al., 2012). Nos casos com manifestações mais benignas destes sintomas podem existir capacidades comunicacionais, ou seja, os indivíduos são capazes de se expressar verbal e não-verbalmente, não sendo, no entanto, capazes de adequar as suas comunicações aos vários contextos sociais nos quais se movem, perpetuando o seu desajustamento (Mackay, Knott, & Dunlop, 2007). Os problemas ao nível da comunicação manifestam-se, normalmente, durante a infância, e constituem o primeiro motivo de preocupação dos pais de crianças com PEA em cerca 74% dos casos (Reetzke, Zou, Sheng, & Katsos, 2015; Turygin, Matson, Konst, & Williams, 2013).

## **2.10 Impacto da PEA ao nível dos comportamentos e interesses restritos e repetitivos**

Apesar dos comportamentos e interesses restritos e repetitivos serem critério necessário para o diagnóstico de PEA, desde as primeiras descrições feitas por Kanner e Asperger (Antunes, 2009; Filipe, 2015), têm sido alvo de pouca atenção na literatura, sabendo-se pouco sobre os mesmos (Turner, 1999, citado por South, Ozonoff, & McMahon, 2005), pelo que Woodbury-Smith e colegas (2010) apontam para a necessidade de um maior foco nestes aspetos das PEA.

Segundo Boyd e colegas (2007), este tipo de défice mantém a característica transversal a todos os sintomas da PEA, ou seja, as suas manifestações são muito heterogéneas, especialmente por se misturarem interesses e comportamentos num só critério. Turner (1997, 1999, citado por Boyd et al., 2007) divide os comportamentos e interesses restritos e repetitivos em dois tipos:

- Comportamentos de ordem inferior: associados a níveis intelectuais e de desenvolvimento mais baixos e a ações mais simples e repetitivas, como as estereotipias ou a autoagressão;
- Comportamentos de ordem superior: associados a níveis mais altos de funcionamento cognitivo e aos interesses restritos e (comummente) obsessivos.

Apesar de alguns autores terem tentado formular modelos etiológicos para estes défices (ver South, Ozonoff, & McMahon, 2005) ainda não foi possível encontrar um modelo explicativo consensual.

Num estudo com 61 participantes, realizado por South et al. (2005), com o objetivo de caracterizar este tipo de défice e perceber o seu impacto em indivíduos com PEA, os autores concluíram que as categorias “uso de objetos”, “movimentos motores” e “rigidez nas rotinas” são mais severas na fase inicial do desenvolvimento do indivíduo, mostrando sinais de melhorias com o avançar do tempo, contrastando com a categoria “Interesses restritos”, que parece piorar com o avançar da idade. Os “Interesses restritos” (e repetitivos) englobam situações como (1) acumulação em massa de informação ou fatos sobre um determinado tema, (2) dificuldade em redirecionar o indivíduo, para que não interaja com o objeto do seu interesse ou (3) despende de muito tempo em função dos seus interesses restritos, de tal forma que se torne um constrangimento para um indivíduo ao longo de um período significativo de tempo. Estes autores sugerem ainda que estes défices tenham impactos nefastos na vida social dos indivíduos, não só pelo tempo que despendem em torno dos mesmos (que poderia ser utilizado,

por exemplo, no treino da adequabilidade social), como pela presença constante destes interesses restritos nas poucas interações sociais que estes indivíduos têm (indo dos monólogos ao bombardeamento de terceiros com informações e factos de um determinado tema).

## **2.11 Intervenção em adolescentes e adultos com PEA**

Ser portador de uma PEA pode ser realmente incapacitante, especialmente quando falamos dos casos mais graves ao longo do espectro das perturbações. Isto mantém-se verdade, mesmo quando falamos de indivíduos com intervenções adequadas, até porque quanto mais grave é a perturbação, menores são os resultados das variadas intervenções.

### **2.11.1 Prognóstico.**

Historicamente, o prognóstico de pessoas diagnosticadas com PEA, mesmo durante a infância, tem sido pouco positivo: Levy e Perry (2011) concluíram que, em estudos anteriores a 1990, apenas 20% destes indivíduos atingiam a classificação de “bons resultados” ou “resultados aceitáveis” (tendo estas categorias sido normalizadas para indivíduos com PEA como a obtenção de algum tipo de educação formal, capacidade de manter um emprego, capacidade para viver independentemente e manutenção de relações sociais). Desde então a situação não evoluiu significativamente. De acordo com Seltzer et al. (2004, citados por Weiss, Wingsiong, & Lunsy, 2013), poucos adultos com PEA conseguem viver de forma independente, casam ou desenvolvem grandes redes de contactos sociais, e a maior parte destes indivíduos acaba por permanecer dependente de familiares ou prestadores de cuidados profissionais. Levy e Perry (2011) concluíram que entre 50 e 60% dos adultos com PEA abandona a escola sem qualquer tipo de credenciais educacionais ou vocacionais, dos quais 76% não consegue arranjar emprego e 95% não é capaz de estabelecer e manter relações amorosas ou de amizade (Bishop-Fitzpatrick, Minshew, & Eack, 2013). São poucas as pessoas

com PEA que conseguem transitar com sucesso para a vida adulta e apenas uma percentagem ainda mais pequena seria considerada uma pessoa bem-sucedida entre os indivíduos sem PEA (Bishop-Fitzpatrick, Minshew, & Eack, 2013).

### **2.11.2 Intervenção precoce.**

Alguns autores, no entanto, apontam para a importância da intervenção precoce, ou seja, quanto mais cedo se diagnosticar a PEA e se avançar para as intervenções necessárias, melhor serão os resultados e, por sua vez, o funcionamento global do indivíduo no futuro (Dawson, 2008). Neste sentido, torna-se importante realçar o papel da família, que deverá procurar cuidados médicos assim que sejam detetados sinais preocupantes (descritos anteriormente como sinais de alerta), no sentido de procurar perceber se se reúnem os critérios para o diagnóstico para uma PEA e, nesse caso, avançar para os programas de intervenção necessários.

Como já vimos anteriormente, em muitos casos o diagnóstico de autismo só acontece durante a adolescência ou idade adulta, especialmente em casos com funcionamento global menos afetado (como no caso de Síndrome de Asperger). Nesses casos, uma vez que não existe um diagnóstico precoce, não é possível iniciar intervenções precocemente, pelo que se torna necessário intervir aquando do diagnóstico, mesmo que tardio. Nesse sentido, passo a descrever algumas intervenções utilizadas com adolescentes e adultos com PEA e os respetivos resultados.

### **2.11.3 Sistema de Comunicação de Troca de Figuras (*Picture Exchange Communication System* – PECS).**

O PECS, originalmente desenvolvido por Bondy e Frost (1994) e baseado no trabalho “Comportamento Verbal” de Skinner (Bondy, 2012), é um sistema de Comunicação

Alternativa Aumentativa (CAA) pensado e desenvolvido especificamente para trabalhar com crianças com PEA sem capacidades de comunicação verbal (Lerna et al., 2012; 2014).

Apesar de pensado para ser aplicado com crianças, o PECS também é passível de ser utilizado com adultos, existindo pelo menos nove estudos que demonstram resultados favoráveis à sua aplicação neste tipo de população (Bondy, 2012).

Este sistema implica que o indivíduo troque cartões com várias imagens do que pretende dizer, pedir ou comentar. Inicialmente começará por fazer frases e pedidos mais simples e, posteriormente, passará a utilizar essas imagens para fazer frases e pedidos mais complexos (Bondy, 2012; Farrel, 2005, citado por Freire, 2012).

A utilização deste sistema comunicacional obriga à escolha de um sistema de símbolos, sendo que normalmente se recorre ao Sistema Pictográfico de Comunicação (SPC) – constituído por mais de 4500 símbolos de fácil adaptação, divididos por categorias com cores (rosa para área social, laranja para substantivos, azul para adjetivos e advérbios, amarelo para pessoas, verde para ações e branco para artigos e preposições) (Mayer-Johnson, 2015).

#### **2.11.4 Análise Comportamental Aplicada (*Applied Behavior Analysis* – ABA).**

A ABA é uma alternativa de intervenção na PEA que passa pela modificação do comportamento do indivíduo, utilizando, para o efeito, técnicas derivadas dos princípios do condicionamento operante para promover comportamentos socialmente adequados e a aquisição de novas competências, num sistema de prática intensiva, com até 40 horas semanais de trabalho terapêutico (Brentani et al., 2013; Hurt et al., 2013). Esta intervenção começa com o delinear do plano de intervenção, no qual são registados os propósitos e funções dos comportamentos excessivos ou deficitários e, posteriormente, é feita uma seleção das medidas necessárias a tomar (Brentani et al., 2013). É realizada uma avaliação constante da adequação das medidas ao caso específico em questão, pelo que serão feitos ajustes e alterações no plano

de intervenção sempre que se considerar necessário (Hurt et al., 2013). As técnicas derivadas do condicionamento operante utilizadas nesta intervenção são (Brentani et al., 2013):

- Reforço positivo: elogios, *snacks*, comida, brinquedos para fomentar o comportamento desejado;
- Modelagem: recompensar aproximações do comportamento desejado até que o mesmo seja apresentado;
- *Fading*: reduzir estímulos auxiliares para aumentar a independência;
- Extinção: remoção dos reforços que mantêm os comportamentos indesejados;
- Castigo: aplicar estímulos indesejados para reduzir comportamentos problemáticos;
- Reforço diferencial: reforçar um comportamento alternativo socialmente aceitável ou a ausência de comportamento.

Uma das maiores distinções entre a ABA e as outras intervenções em PEA prende-se com a existência de um vasto referencial teórico, ou seja, existe uma quantidade substancial de evidências empíricas que comprovam a sua eficácia (Borden, 2011), sendo este tipo de intervenção em PEA considerada por Callahan, Shukla-Mehta e Wie (2009) como uma das mais visíveis, conhecidas e frequentemente aplicadas.

#### **2.11.5 Terapia cognitivo-comportamental (CBT – *Cognitive Behavioral Therapy*).**

A terapia cognitivo-comportamental é considerada o principal tratamento não-farmacológico para a ansiedade e depressão na população em geral (Ollendick, King, & Chorpita, 2006, cit. por Scattone & Mong, 2013). Esta terapia tem como objetivo ensinar as pessoas a reconhecer e mudar padrões de pensamento não-adaptativos de forma a aliviar sintomas de ansiedade (Glaus, 2007, cit. por Scattone & Mong, 2013; van Der Schaaf et al., 2015; Tulbure et al., 2015). Ao longo da última década tem-se assistido a um crescente interesse pela adaptação desta terapia às PEA. Attwood (2004) sugere que, para indivíduos com

Síndrome de Asperger, o modelo de intervenção comporte em si seis fases: (1) avaliação da perturbação do humor, (2) educação afetiva, (3) reestruturação cognitiva, (4) gestão do stress, (5) auto-reflexão e (6) prática (citado por Scattone & Mong, 2013).

Chalfant, Rapee e Carroll (2007) aplicaram um programa de intervenção cognitivo-comportamental, adaptado do “Cool Kids Program” (ver Lynchman, Abbot, Wingnall, & Rapee, 2003), a 28 indivíduos diagnosticados com Síndrome de Asperger ou Perturbação Autista e critérios de diagnóstico de pelo menos uma perturbação de ansiedade. A intervenção passou por nove sessões semanais e três sessões mensais que cobriram tópicos como o reconhecer de sentimentos de ansiedade e reações somáticas, reestruturação cognitiva, estratégias de *coping*, exposição e prevenção de recaídas através de *role play* e prática. A adaptação para as PEA implicou passar a intervenção para a duração de seis meses, assim como a implementação de apoios visuais e fichas de trabalho estruturadas. Foi também enfatizada a importância de completar tarefas físicas, focando-se no relaxamento e na exposição. As tarefas de exposição foram cuidadosamente planeadas entre pais/familiares e terapeutas e aplicadas ao nível da comunidade. A componente cognitiva foi alterada através da inclusão de listas de pensamentos positivos/negativos, tornando mais fácil a resposta dos indivíduos com PEA. Foi ainda dado aos pais um manual com informações necessárias. Das 28 crianças em questão, 20 deixaram de cumprir qualquer critério para diagnóstico de qualquer perturbação de ansiedade.

#### **2.11.6 Terapia comportamental dialética (DBT – *Dialectic Behavioral Therapy*).**

A terapia comportamental dialética é uma abordagem derivada da terapia cognitivo-comportamental, inicialmente desenvolvida para tratar desregulações emocionais severas em mulheres com Perturbação de Personalidade Borderline, como ideações suicidas ou comportamentos de autoagressão. Esta abordagem integra psicoterapia individual com sessões de treino de capacidades ao nível da consciencialização, eficácia interpessoal, regulação

emocional e tolerância à angústia/dificuldades, divididas por módulos. O módulo da consciencialização ensina o indivíduo a integrar as suas reações emocionais com os seus pensamentos de uma forma não-crítica e não-reativa. O módulo da eficácia interpessoal explica ao indivíduo o equilíbrio que existe entre as necessidades emocionais do indivíduo, a capacidade para manter relacionamentos e a manutenção do respeito por si mesmo. O módulo da regulação emocional ajuda os indivíduos a identificar e nomear emoções e promove estratégias para melhorar a tolerância emocional. O módulo de resistência à angústia/dificuldades foca-se em emoções negativas que oprimem o indivíduo, ensinando ao indivíduo estratégias para lidar com as mesmas (Hartmann, Urbano, Manser, & Okwara, 2012).

Apesar de ainda não existirem dados empíricos suficientes para criar um modelo de terapia comportamental dialética específico para as PEA, as autoras supracitadas deixam uma série de sugestões de possíveis adaptações para a população com PEA: (1) tratamentos mais curtos – tratamentos de menor duração vão reforçar a capacidade do paciente para iniciar e manter envolvimento no treino de competências, com menor probabilidade de interferências de cansaço, aborrecimento ou perda de interesse; (2) foco no treino de competências sociais – um *setting* de grupo durante o treino de competências vai propiciar a interação social, pelo que irão surgir mais oportunidades para comentar interações sociais mais ou menos apropriadas; (3) uso dos interesses dos participantes – a população com PEA tem, geralmente, interesses restritos, pelo que o uso dessas temáticas pode facilitar o início e a adesão ao tratamento; (4) utilização de materiais didáticos visuais – indivíduos com PEA muitas vezes conceptualizam histórias e ideias de forma visual e não-verbal, pelo que desenhos, cartoons, espelhos, etc., podem ser utilizados para reforçar conceitos em aprendizagem, como reconhecimento de emoções ou respostas apropriadas; (5) utilização de tecnologias da comunicação – incorporar o uso de telemóveis através dos quais os indivíduos possam escrever e enviar mensagens pode ser uma forma de facilitar e expandir as comunicações verbais e, ao mesmo tempo, aproximar

os membros do grupo; (6) utilização da modelação e *role play* – dada a capacidade de aprendizagem visual dos indivíduos com PEA, a modelação e o *role play* podem ser enfatizados, de forma a dar aos indivíduos um ambiente protegido onde possam desenvolver e praticar novas capacidades ou aprender a lidar com situações novas; (7) envolvimento da família – dado que muitos indivíduos com PEA permanecem em casa de familiares, é importante que estejam envolvidos no processo, não só para reforçarem o processo terapêutico em casa, mas também para que se mantenha informados acerca da condição (PEA) ao longo de todo o processo; (8) exercícios de imaginação e exposição – a generalização a partir do *setting* terapêutico pode ser problemática para indivíduos com PEA, pelo que exercícios de imaginação de situações reais e sessões em *settings* reais podem ajudar os indivíduos a melhorar e adaptar as competências adquiridas; e (9) tomada de consciência de emoções em si e nos outros – ênfase no treino de leitura de expressões faciais e na capacidade de inferir respostas emocionais de outras quando expressa as suas próprias emoções (Hartmann, Urbano, Manser, & Okwara, 2012).

#### **2.11.7 Intervenções psicossociais.**

Bishop-Fitzpatrick, Minshew e Eack (2013) realizaram uma revisão sobre intervenções psicossociais utilizadas em populações com PEA, da qual surgiram as intervenções descritas de seguida.

##### *Treino de cognição social*

Bölte et al. (2002) criaram um programa de computador para testar e treinar participantes ao nível da capacidade de detetar sete emoções expressas facialmente (alegria, tristeza, raiva, nojo, medo, surpresa e neutral) através do uso de imagens de caras ou apenas de olhos. Estes autores concluíram que os participantes nesta intervenção tiveram resultados melhores nos

testes “Reading the Mind in Eyes” (Baron-Cohen et al., 2001) e “Reading the Mind in Face” (Baron-Cohen et al., 1996).

Golan e Baron-Cohen (2006) desenvolveram e testaram um programa de treino computadorizado, criado com o intuito de ensinar pessoas com PEA a reconhecer corretamente emoções expressas facialmente. Concluíram que existiram melhorias nos participantes ao nível do reconhecimento facial e de vozes.

Turner-Brown et al. (2008) utilizaram uma intervenção cognitivo-comportamental de grupo, que consistia em três fases (treino emocional, compreensão de situações e integração) e foi desenhado para melhorar o funcionamento social cognitivo. Os autores concluíram que os indivíduos nesta intervenção mostraram melhorias significativas ao nível das capacidades da teoria da mente e comunicação social.

#### *Intervenções baseadas na comunidade*

García-Villamizar e Hughes (2007) examinaram o efeito de um programa de emprego ajustado a PEA nos resultados dos indivíduos ao nível da cognição social. Concluíram que os participantes no programa de emprego demonstraram melhor funcionamento executivo que um grupo de controlo de desempregados.

García-Villamizar e Dattilo (2010) analisaram o efeito dum programa de lazer (programa de grupo no qual os participantes tinham acesso a jogos, atividades de grupo, eventos comunitários e socialização) na qualidade de vida e stresse de indivíduos com PEA. Estes autores concluíram que os participantes envolvidos neste programa reportavam um aumento de qualidade de vida e diminuição do stresse.

### **3. Trabalho de Estágio**

De seguida serão descritas, resumidamente, as atividades realizadas no decorrer do estágio, assim como a apresentação de dois casos clínicos, a análise dos mesmos e uma discussão global do trabalho de estágio.

#### **3.1 Plano de Atividades**

A fase inicial do estágio consistiu num processo de adaptação à instituição, tendo o mesmo começado com uma reunião com a orientadora dos estágios na instituição. Posto isto, os estagiários foram apresentados à equipa geral da IPSS no início de uma reunião geral de equipa.

Após este pequeno processo de familiarização, tanto com a instituição como com os seus colaboradores, iniciou-se o momento de observação. Como já vimos anteriormente, a observação é parte importante da formação e desenvolvimento de qualquer profissional e esta instituição, dada a sua aposta na formação, garantiu condições para que fosse possível observar profissionais em ação nas três áreas do percurso do cliente: (1) consultas médicas, as primeiras consultas do cliente, normalmente realizadas por um neurologista ou psiquiatra; (2) avaliação psicológica, normalmente pedida pelo médico que realizou a primeira consulta e que vai de encontro às hipóteses diagnósticas levantadas pelo mesmo; e (3) intervenção psicológica, que segue o resultado da avaliação e visa garantir ao utente o melhor acompanhamento possível para o ajudar na sua situação.

Dada a vertente de Psicologia Clínica do nosso estágio, foi atribuído um maior destaque à observação de intervenções psicológicas, momento que se prolongou durante parte considerável do estágio.

No decorrer do estágio tivemos ainda a possibilidade de assistir a algumas formações e palestras sobre diversos temas. Estas ações de formação destinam-se a todos os profissionais

da instituição e têm como objetivo enriquecer e aumentar o campo de ação dos profissionais que nela trabalham.

Tabela 1

Horas despendidas por tipo de atividade

| <b>Tipo de atividades</b> | <b>Horas despendidas</b> |
|---------------------------|--------------------------|
| Reuniões*                 | 75                       |
| Trabalho autónomo**       | 180                      |
| Observação***             | 135                      |
| Intervenção****           | 25                       |

\*inclui reuniões de orientação e coordenação de estágios, equipa geral da instituição, do NAIA e quaisquer outras reuniões que possam ter acontecido no decorrer do estágio.

\*\*inclui pesquisas bibliográficas, elaboração de revisões bibliográficas, planos de intervenção, traduções de documentos, relatórios de avaliação, assim como a familiarização e cotação de instrumentos de avaliação.

\*\*\*inclui a observação de consultas de psicologia, medicina (neuropediatria e psiquiatria), avaliações, workshops e formações.

\*\*\*\*inclui a aplicação de instrumentos de avaliação e a participação no projeto Redes Ativas.

Para além das descrições que se seguem, encontra-se anexo a este trabalho o cronograma que detalha as fases do estágio e os objetivos e tarefas de cada uma desses fases (anexo 1).

### 3.2 Reuniões

Parte do trabalho mais “indireto” do psicólogo clínico nesta instituição passa pela preparação, dinamização, participação e presença em várias reuniões. Cabe ao estagiário de psicologia clínica estar presente nas reuniões gerais de equipa e de orientação de estágio (semanais), assim como nas reuniões do núcleo em que está inserido e as reuniões de coordenação de estágios (ambas quinzenais).

As reuniões gerais de equipa acontecem semanalmente e têm vários objetivos. Por vezes, é um momento de partilha de experiências, conhecimentos e dúvidas dos membros da equipa

da instituição. Por outro lado, é comum estas reuniões serem pequenas palestras dadas por pessoas convidadas, abrangendo os mais diversos temas dentro da psicologia, da neuropsicologia à terapia assistida por animais, para nomear alguns temas.

As reuniões do núcleo (NAIA) acontecem quinzenalmente e visam ser um momento de reflexão do trabalho feito pela equipa. É comum partilharem-se dúvidas e questões sobre os casos mais complicados de cada membro da equipa e, para além disso, é costume fazer-se um ponto de situação dos vários projetos em que o núcleo possa estar envolvido (ações de formação, elaboração de textos para o site ou redes sociais, projetos de divulgação, etc.).

As reuniões de orientação de estágio acontecem entre a orientadora e o orientando e servem, essencialmente, para falar sobre o trabalho que tem sido feito, fazer um ponto da situação, averiguar a existência de dúvidas que possam ter surgido e planear os trabalhos da semana seguinte. É também nestas reuniões que se entregam e discutem os trabalhos pedidos aos estagiários, podendo estas reuniões ser dinamizadas tanto pela orientadora como pelo estagiário.

As reuniões de coordenação de estágio acontecem entre a orientadora e todos os estagiários e visam ser um momento de balanço do trabalho efetuado, assim como de esclarecimento de dúvidas. Estas reuniões normalmente têm um tema associado que é desenvolvido por um dos estagiários (descrever um instrumento utilizado, apresentar um caso clínico, etc.).

### **3.3 Observação**

Como já foi mencionado anteriormente, esta instituição não vê o estagiário como uma força de trabalho adicional, mas antes, como um futuro profissional em processo de formação e aprendizagem, cujo objetivo final é estar preparado para a entrada no mundo de trabalho. Posto isso, e dada a importância atribuída à capacidade de observação no papel do psicólogo clínico, também esta IPSS atribui grande enfoque à observação, uma vez que permite ao

estagiário estar o mais perto possível do processo de acompanhamento psicológico do cliente, sem intervir diretamente no mesmo.

### **3.3.1 Observação de consultas.**

Um dos aspetos mais positivos desta instituição prende-se com o facto da população que assiste englobar todas as idades, do pré-escolar à adultícia. Foi-me permitido assistir a sessões de acompanhamento em dois núcleos: o NAIA (adolescentes e adultos) e o NIE (idade escolar). As observações realizadas encontram-se sumarizadas na Tabela 2.

O trabalho de observação no NIE só foi possível durante o período de férias da faculdade, dada a incompatibilidade de horários no tempo restante, daí o baixo número de casos observados e sessões por caso.

Apesar da oportunidade ter sido mais pequena do que eu gostaria, a observação das consultas no NIE decorreu de forma diferente da observação do NAIA: enquanto estagiário, foi-me pedido algumas vezes que participasse, especialmente nos momentos mais ligados à ludoterapia, o que me permitiu interagir diretamente com as crianças, experiência que se revelou mais gratificante do que eu estava à espera.

Apesar de ter tido apenas uma sessão com o D. G., esta sessão foi um ótimo exemplo das consequências do excesso de exigência de resultados escolares por parte dos pais na relação pais-filho. O D. G., apenas com 13 anos, dizia sentir-se pressionado e incompreendido por parte dos pais, uma vez que tinha boas notas (que rondavam os 70-80%) e os pais nunca estavam satisfeitos, queriam sempre mais e chegavam a pô-lo de castigo, mesmo com boas notas. Esta situação fazia com que D. G., por um lado, se sentisse cada vez menos interessado na escola, uma vez que, segundo ele, para os pais nada do que ele fazia era suficiente e, por outro, tivesse comportamentos de oposição e desafio em casa para com os pais.

Tabela 2

Observações de consultas realizadas no decorrer do estágio.

| Nome   | Problemática                                      | Número de Sessões | Desfecho                  |
|--------|---------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|
| A. P.  | PEA                                               | 10                | Continuação após estágio  |
| A. C.  | PEA                                               | 4                 | Continuação após estágio  |
| B. L.  | PHDA                                              | 4                 | Continuação após estágio  |
| D. G.* | PHDA                                              | 1                 | Continuação após estágio  |
| F. S.  | POC e PEA                                         | 3                 | Visualização em vídeo**   |
| G. P.  | Esquizofrenia                                     | 3                 | Continuação após estágio  |
| J. C.  | PEA                                               | 1                 | Integrado no Redes Ativas |
| J. P.  | Depressão; Perda de métodos e hábitos de trabalho | 12                | Continuação após estágio  |
| J. R.* | PHDA                                              | 4                 | Continuação após estágio  |
| K. S.  | Depressão; Ansiedade                              |                   | Continuação após estágio  |
| M. I.  | Coaching PHDA                                     | 1                 | Conclusão                 |
| M. V.  | Depressão                                         | 1                 | Continuação após estágio  |
| M. T.  | Coaching PHDA                                     | 2                 | Conclusão                 |
| S. L.* | PHDA                                              | 4                 | Continuação após estágio  |

\*casos observados no NIE, sendo as sessões conduzidas por outra profissional de Psicologia Clínica.

\*\* a observação foi feita através de DVD, de consultas realizadas em 2007.

A situação da S. L. era diferente: as dificuldades escolares trazidas pela PHDA faziam-na sentir menos inteligente e menos capaz que os restantes colegas, o que afetava a sua autoestima. Por outro lado, o nascimento recente do irmão mais novo fê-la sentir alguns ciúmes e chegou mesmo a pôr em causa se a mãe gostaria dela, uma vez que, segundo a mesma, não era tão boa aluna como os restantes meninos e meninas da idade dela. Foi um caso que tive pena de não poder continuar a seguir, uma vez que é difícil perceber que uma criança de 10 anos se acha

tão pouco merecedora de carinho e afeto, especialmente devido a uma situação que se prende com fatores neurológicos que, obviamente, não pode controlar.

Dos três casos observados no NIE, o do J. R. foi o mais marcante. Um rapaz de 11 anos, inserido no meio de uma guerra aberta entre os pais, num processo de divórcio atribulado, que assistiu, inclusivamente, a situações de agressão. Um rapaz que, na escola, tem dificuldades em relacionar-se com os seus pares, dadas as suas reações demasiado violentas e impulsivas. Uma criança que diz sentir ter passado a ser o protetor da mãe e da irmã mais nova, mas que, ao mesmo tempo, gosta do pai e (admite relutantemente) da sua nova namorada, apesar de ter medo que a mãe saiba e se zangue com ele. Foi uma situação difícil de gerir e um caso que mexeu comigo e que tenho pena de não poder ter continuado a acompanhar.

Já no NAIA, os casos do A. P., A. C., e J. C. permitiram-me ter contacto com configurações muito diferentes da PEA. O A. P. é um jovem que prefere estar sozinho e não precisar de ninguém, quer ser independente mas não tem grande noção de como o alcançar, sendo ainda muito infantil. Por outro lado, a sua postura quase pedante e antissocial dificulta o contacto com o mesmo. Tanto o A. C. como o J. C. são diferentes do A. P., no sentido em que ambos querem e procuram o contacto social, apesar de o mesmo lhes ser difícil e, dado isso, foram ambos integrados no projeto Redes Ativas. São jovens com dificuldades específicas, com os quais é muito gratificante trabalhar. Pequenos passos, como ser capaz de olhar para a pessoa com quem estão a falar ou aprender a modular o sorriso social, neste casos, são passos enormes, e é uma experiência única ver como essas evoluções facilitam o seu dia-a-dia.

O *coaching* em PHDA, feito com a M. I. e a M. T., é um processo mais muito mais diretivo e estruturado que o acompanhamento psicológico realizado regularmente. Nesse sentido, e tendo em conta a minha identificação com este tipo de processo mais estruturado e diretivo, foi muito interessante perceber como um conjunto específico de regras, truques, sugestões e exercícios podem ajudar adolescentes e adultos nas dificuldades no seu dia-a-dia, fruto da

PHDA. É uma intervenção focada na resolução de problemas relacionados como a gestão do tempo, do espaço, da motivação, ou a manutenção da atenção e perceber, a curto prazo, os efeitos positivos do *coaching* na vida da pessoa é realmente gratificante.

Também o B. L. procurou ajuda como consequência da PHDA. As dificuldades de gestão (de tempo, de dinheiro, do espaço de trabalho) e de manutenção da atenção, aliadas a alguma impulsividade, tornavam a sua vida pessoal difícil, prejudicavam o seu trabalho e as suas relações pessoais e, sentindo-se culpado e inapto, viu a sua autoestima descer progressivamente. Foi um caso difícil de seguir, com uma carga emocional muito forte, mas que pareceu estar a começar a melhorar na altura do término do estágio.

O problema comum entre a M. V., a K. S., e o J. P. é a depressão. Infelizmente, não me foi possível seguir regularmente dois destes casos, pelo que o único que observei com frequência foi o J. P., um jovem que venceu uma luta contra a leucemia e, no fim, acabou por ter que lidar com uma depressão, fruto da perda de hábitos e métodos de trabalho, de rotinas e de interesses. A debilitação física, fruto dos tratamentos, obrigou J. P. a passar muito tempo em casa, deitado, pelo que o sofá e os jogos se tornaram escapes e, aos poucos, os amigos, as saídas, o trabalho e os estudos ficaram para trás. Agora, livre da leucemia, não consegue voltar a entrar no ritmo da sua própria vida, o que prejudica a relação com os pais, que o querem ver ativo e de volta à rotina. Foi um caso frustrante de acompanhar, uma vez que o J. P. estava numa situação complicada e não aconteceram mudanças consideráveis durante grande parte do processo, o que me fez ganhar uma nova perspetiva sobre as dificuldades e a frustração que o psicólogo pode sentir nestes casos.

O caso da G. P. foi, provavelmente, o caso mais difícil de gerir durante todo o percurso do estágio. Uma jovem adulta com esquizofrenia, que sofreu de *bullying* na escola. Frequentemente, ouve vozes que a ameaçam de ser violada. Fez terapia electroconvulsiva no Brasil e, segundo a mesma, melhorou na altura, mas agora está mais lentificada, o discurso tem

pausas e cortes constantes e tem grandes dificuldades em acompanhar uma conversa, não se sabe se fruto da terapia electroconvulsiva ou da medicação. Foi um caso difícil, pautado por uma história de vida complicada, que deixou na equipa um sentimento de impotência com o qual não tinha ainda lidado e, por isso, foi talvez a aprendizagem mais dura de todo o estágio.

### 3.3.2 Observação de avaliações.

No sentido de apoiar o processo de familiarização com os instrumentos utilizados nos protocolos de avaliação psicológica vigentes na instituição, foi-me possível observar variadas avaliações, desde o protocolo de PEA completo a avaliações cognitivas.

Tabela 3

Observações de avaliações realizadas no decorrer do estágio

| Nome   | Motivo              | Instrumentos aplicados | Número de sessões |
|--------|---------------------|------------------------|-------------------|
| G. R.* | PEA                 | ADOS; ADI-R            | 2                 |
| L. M.* | PEA                 | WAIS-III; ADOS; ADI-R  | 3                 |
| A. D.* | PEA                 | WAIS-III; ADOS; ADI-R  | 3                 |
| C. S.* | PEA                 | WAIS-III; ADOS; ADI-R  | 3                 |
| F. A.  | Avaliação Cognitiva | WAIS-III               | 1                 |
| J. R.  | Avaliação Cognitiva | WAIS-III               | 1                 |
| L. O.  | Avaliação Cognitiva | WISC-III               | 1                 |
| B. G.  | PEA                 | WISC-III; ADOS         | 2                 |
| N. C.  | PHDA                | WISC-III**             | 1                 |
| T. G.  | PHDA                | WISC-III; CAS**        | 2                 |
| P. C.  | PHDA                | WISC-III**             | 1                 |

\*o protocolo inclui questionários de autorrelato, que não estão incluídos na tabela por terem sido preenchidos em casa.

\*\*não foi possível observar o protocolo completo.

Esta tabela não contempla as avaliações efetuadas por mim, com supervisão da responsável pelo estágio, uma vez que esse não seria um momento de observação, mas antes de aplicação

de conhecimentos. É de salientar que, durante a observação, o estagiário cota o instrumento ao mesmo tempo que o examinador, comparando os resultados obtidos no final da avaliação. Assim, torna-se num processo não só de aprendizagem teórica, mas também prática, que facilita a transposição deste conhecimento para o campo da aplicação.

Relativamente ao protocolo de avaliação de PHDA, nunca me foi possível acompanhar a aplicação completa, devido a incompatibilidades nos horários. Ainda assim, consegui observar a aplicação de algumas WISC-III, parte inicial desse processo.

Já o protocolo de avaliação de PEA foi uma presença mais constante no decorrer do meu estágio, tendo tido oportunidade de observar o mesmo várias vezes. Esse processo foi extremamente importante e enriquecedor, uma vez que me permitiu familiarizar-me o suficiente com os instrumentos para conseguir aplicá-los com sucesso posteriormente.

### **3.4 Intervenção**

Durante o estágio tive oportunidade de intervir diretamente com os clientes em dois tipos de contextos: por um lado, ao nível da avaliação, que será descrita de seguida e, por outro, ao nível do treino de competências sociais com um grupo de jovens diagnosticados com Síndrome de Asperger, ao abrigo do programa “Redes Ativas”.

Este programa destina-se a adolescentes e jovens adultos com Síndrome de Asperger e visa ajudá-los a adquirir competências comunicacionais e sociais que lhes permitam, por um lado, aumentar a sua autonomia e, por outro, ter uma hipótese real de entrar no mercado de trabalho. Este grupo de jovens reúne-se uma vez por semana, todas as semanas, dividindo as suas atividades por diversas áreas: desporto e lazer, dinâmicas de grupo, passeios culturais, e treino de competências sociais, sendo neste último que tive oportunidade de participar.

Foi-me colocado o desafio de preparar e planear um dos encontros com o grupo para o treino de competências sociais e a experiência foi tão gratificante que me ofereci para organizar

as restantes. A planificação da sessão foi discutida e aprovada pela orientadora de estágio, responsável pelo projeto, e a sua presença na sessão garantiu que este primeiro contacto com o grupo corria da melhor forma. Os planos das sessões realizadas encontram-se anexos ao trabalho (anexo 2)

Considero esta experiência extremamente enriquecedora, pois foi um momento perfeito para observar quão diferentes são as manifestações da Síndrome de Asperger, uma vez que estas sessões permitem a observação direta da interação social de cada um dos membros do grupo. Foi também um momento que me ajudou a perceber o impacto significativo que os interesses restritos e repetitivos característicos desta população têm na sua capacidade de manter a atenção e participar ativamente nas atividades propostas.

### **3.4.1 Avaliação psicológica**

Nesta instituição existem vários protocolos de avaliação que são aplicados mediante as necessidades específicas dos pedidos realizados pelos utentes. Estes protocolos servem como linha condutora para uma avaliação o mais aprofundada possível, podendo, no entanto, ser alterados caso necessário.

Enquanto estagiário de psicologia clínica nesta instituição tive a oportunidade de conduzir duas avaliações completas, utilizando o protocolo de despiste de PEA existente na mesma. A condução destas avaliações foi sempre supervisionada pela orientadora do local de estágio e precedeu uma fase inicial de estudo dos instrumentos e observação da aplicação dos mesmos, no sentido de preparar da melhor forma possível para a aplicação dos mesmos. Este protocolo engloba os seguintes instrumentos:

- Escala de Inteligência de Weschler para Adultos - III (WAIS-III): é um dos mais utilizados instrumentos para avaliar a inteligência em adultos, tendo sido adaptado para a população portuguesa por António Menezes Rocha e Carla Ferreira em 2008. É constituído por

uma bateria de testes (num total de 14 subtestes, que testam áreas como a organização grafo-percetiva, o raciocínio abstrato, a velocidade de processamento, etc.) dos quais podemos retirar as pontuações do Q.I. Verbal, Q. I. de Realização e Q. I. da Escala Completa (Godoy de Oliveira, Mecca, Morão, Silva, & Macedo, 2014; Weschler, 1997). A dicotomia entre Q. I. de Realização e Q. I. Verbal (com superioridade do primeiro) tem sido utilizada como um dos fatores adjuvantes ao diagnóstico de autismo, apesar de pesquisas nesta área não terem conseguido demonstrar a validade de constructo desta dicotomia (Taub, 2001, citado por Spek, Scholte, & van Berckelaer-Onnes, 2008).

- Escala de Diagnóstico de Síndrome de Asperger (ASDS): é um questionário de aplicação a pais (ou cuidadores/professores com contacto continuado) com a pessoa avaliada, que atualmente não se encontra adaptada para a população portuguesa. Contém 50 itens agrupados em cinco subescalas: linguagem, social, adaptativa, cognitiva e sensório-motora (Goldstein, 2002). Os resultados obtidos nestas escalas são traduzido num quociente (*Asperger Syndrome Quotient ou ASQ*). Estes resultados são comparados com os resultados obtidos com a média normativa (obtida através duma população diagnosticada com Síndrome de Asperger) e dividem a probabilidade do indivíduo em avaliação ter Síndrome de Asperger em  *muito pouco provável, pouco provável, possível, provável ou muito provável* (Boggs, Gross, & Gohm, 2006). Da medição da confiança teste-reteste deste instrumento concluiu-se que as respostas dos mesmos participantes, separadas por duas semanas, não foram estatisticamente diferentes ( $t = 0.3$ ,  $df = 16$ ,  $p = 0.75$ ) e estavam fortemente correlacionadas ( $r = 0.7$ ,  $p = 0.002$ ). A consistência interna dos itens dos cinco domínios da ASDS foi aferida, sendo que os Coeficientes do Alfa de Cronbach encontravam-se todos entre o moderado e o alto (Comunicação = 0.65; Social = 0.77; Imaginação = 0.65; Atenção ao Detalhe = 0.63; Alternância de Atenção = 0.67) (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin, & Clubley, 2001).

- *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*: é um instrumento padronizado que avalia a interação social, comunicação e imaginação ao longo de uma interação semiestruturada com o examinador (Bastiannsen et al., 2011; Papanikolaou et al., 2008), sendo considerado, juntamente com o ADI-R, um dos instrumentos padrão para o diagnóstico de PEA (Falkmer, Anderson, Falkmer, Horlin, 2013). Atualmente não existe uma adaptação para a população portuguesa. Inclui quatro módulos, cada um indicado para indivíduos com um determinado nível de linguagem e desenvolvimento (de crianças sem discurso expressivo até pessoas mais adultas e capazes com discurso expressivo e funcional) (Bastiannsen et al., 2011). Segundo Lord e colaboradores (2000, citados por Lozowski-Sullivan, 2011), os valores da consistência interna no domínio da comunicação variaram entre 0.86 e 0.91, e no domínio social entre 0.74 e 0.84, nos quatro módulos do instrumento. Já os valores da consistência interna no domínio dos comportamentos restritos e repetitivos deixam a desejar em todos os módulos, variando entre 0.47 e 0.65 (Lord et al., 2000, citados por Lozowski-Sullivan, 2011).

- *Entrevista Diagnóstica de Autismo – Revista (ADI-R)*: é considerada um dos principais instrumentos a utilizar em situações de diagnóstico de PEA, apesar de ainda não existir uma adaptação para a população portuguesa. Consiste numa entrevista padronizada e semiestruturada a realizar com os cuidadores da pessoa a diagnosticar (Magaña & Smith, 2013). Através da aplicação deste instrumento, o entrevistador avalia três domínios funcionais: linguagem e comunicação, interação social recíproca, e comportamentos e interesses restritos e repetitivos, utilizando, para cotar, um algoritmo com base nos critérios para diagnóstico de PEA do DSM-IV (Cicchetti, Lord, Koenig, Klin, & Volkmar, 2007; Magaña & Smith, 2013). Lord e colaboradores (1994, citados por Lozowski-Sullivan, 2011) reportam valores adequados de consistência interna nos domínios social (0.95) e comunicacional (0.84), apesar do valor não adequado no domínio dos comportamentos restritos e repetitivos (0.69).

- Inventário de Comportamento da Criança para Pais (CBCL 6-18): é um questionário de aplicação aos pais da pessoa avaliada (ou cuidadores/professores com contacto continuado com a mesma), adaptado para a população portuguesa por Fonseca et al. (1994, citado por Ferreira, Martins, Monteiro, & Pereira, 2014). Tem 120 itens, baseados em estudos empíricos e que refletem problemas psiquiátricos e de comportamento comuns em crianças e adolescentes (Halleröd et al., 2010), que se traduzem em resultados nas seis escalas orientadas pelos critérios do DSM-IV: afetividade, ansiedade, somática, défice de atenção/hiperatividade, oposição/desafio e problemas de conduta (Bellina, Brambilla, Garzitto, Negri, Molteni, & Nobile, 2013). É um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de perturbações emocionais neste tipo de população (Franic, Dolan, Borsboom, van Beijsterveldt, & Boomsma, 2014). A versão portuguesa apresentou propriedades psicométricas apropriadas (consistências internas que variam entre os 0,61 e os 0,83 para os diferentes fatores) (Ferreira, Martins, Monteiro, & Pereira, 2014).

- Autorrelato para Jovens (YSR): é um questionário de autorrelato comumente utilizado na avaliação de problemas emocionais e comportamentais (Ebesutani, Bernstein, Martinez, Chorpita, & Weisz, 2011). É constituído por 119 itens, cujas pontuações se irão traduzir nas mesmas subescalas orientadas pelo DSM-IV que encontramos no CBCL (Grigorenko, Geiser, Slobodskaya, Francis, 2010) (facto explicado por pertencerem ao mesmo sistema de classificação, o ASEBA – *Achenbach System of Empirically Based Assessment*). A versão portuguesa foi adaptado por Fonseca e Monteiro, em 1999, tendo a validade da mesma sido alvo de nova testagem por Mónico, Jordão, Sousa e Campos (2012). As autoras concluíram que esta adaptação apresenta uma consistência interna alta (sendo o alfa de Cronbach 0.934), análoga à apresentada pelo instrumento original, pelo que pode ser utilizada com segurança na identificação das principais síndromes de psicopatologia infantil e juvenil.

- Inventário de Sintomas para Adultos (SCL-90-R): é um questionário de autorrelato, ou seja, preenchido pela pessoa avaliada, comumente utilizado para averiguar a presença de problemas emocionais (Eich, Angst, Frei, Ajdacic-Gross, Rössler, & Gamma, 2012). Os 90 itens presentes no instrumento foram concebidos para cobrir problemas relacionados com nove subescalas: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e esquizofrenia (Paap et al., 2011). A versão adaptada à população portuguesa foi criada por Baptista (1993, citado por Martins, 2011), com os estudos psicométricos a revelarem valores elevados de consistência interna (alfa de Cronbach variou entre 0.74 e 0.97), resultados posteriormente replicados posteriormente por Pereira (2007, citado por Martins, 2011).

### **3.5 Apresentação dos Casos Clínicos**

Os casos clínicos são parte fundamental do trabalho de estágio, marcando a passagem e aplicação do conhecimento teórico para o domínio prático. Nesse sentido, serão apresentados dois casos avaliados, descrevendo a sua história clínica, avaliação, resultados e discussão, seguindo-se uma breve reflexão pessoal sobre os casos.

Devido a questões relacionadas com a privacidade dos utentes avaliados, os seus nomes foram ocultados no presente relatório, pelo que as letras “A” e “B” representam apenas a ordem de apresentação dos casos, não existindo qualquer correspondência com o possível nome dos utentes.

#### **3.5.1 Caso clínico “A”.**

O A. é do género masculino, tem 19 anos e chega à instituição para a realização de uma OEP (Orientação Escolar e Profissional), a pedido do pai, uma vez que iria iniciar o 10º ano pela quarta vez, com mudanças sucessivas de curso. O pai relata também impulsividade e baixa

autoestima. Após uma primeira entrevista na instituição, o A foi encaminhado para consulta de psiquiatria, uma vez que a técnica que iria realizar a OEP se apercebeu que seria uma situação psiquiátrica, não tendo realizado o procedimento. Acabou por ser observado por um pedopsiquiatra que, por sua vez, encaminhou o A para psicologia, para possível acompanhamento psicoterapêutico.

No sentido de providenciar um acompanhamento psicoterapêutico ajustado às suas características e necessidades, foi proposta a A. a realização duma avaliação para explorar a hipótese de diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, colocada tanto pela psicóloga como pelo próprio A. Nesse sentido, durante o processo de avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS III), para avaliação do perfil intelectual;

2) Escala de Diagnóstico da Síndrome de Asperger (ASDS), para avaliação da hipótese diagnóstica de Perturbação do Espectro do Autismo;

3) *Autism Diagnostic Observation Scale* (ADOS), com observação direta e registo da qualidade de interação social, comunicação (identificação e expressão de emoções, comunicação verbal e não-verbal) e comportamento em tarefas estruturadas – para avaliação da hipótese diagnóstica de Perturbação do Espectro do Autismo;

4) Entrevista Diagnóstica de Autismo – Revista (ADI-R), aplicada através duma entrevista semi-estruturada com os pais do A, com o objetivo de explorar o seu comportamento em diferentes áreas essenciais para a determinação do seu perfil de funcionamento;

5) Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL) e Inventário de Autorrelato para Jovens (YSR), para despiste das perturbações emocionais mais frequentes na infância e adolescência.

Os instrumentos aplicados poderão ser consultados no Anexo 3 deste trabalho.

### ***História clínica.***

Foi conduzida uma entrevista com os pais do A., para obter dados da história das suas dificuldades, bem como explorar o seu comportamento em diferentes áreas essenciais para a determinação do seu perfil de funcionamento.

O A. é o filho mais velho de uma fratria de dois, tendo uma irmã mais nova, com cerca de ano e meio de diferença. Quando nasceu, ambos os pais estariam na casa dos 20 anos. A gravidez foi de termo. A mãe foi internada durante 3-4 dias, por rotura da bolsa, até o parto ser induzido. O A. tinha o cordão umbilical à volta do pescoço e necessitou de reanimação à nascença. O Índice de Apgar aos 5 minutos era 7, sendo que até 15 minutos subiu para os 10, não levantando motivos para preocupação. Relativamente à existência de doenças neurológicas ou psiquiátricas na família foi mencionado o suicídio do bisavô materno do A., assim como o desaparecimento pós-parto temporário da avó materna. Foram ainda relatados alguns internamentos psiquiátricos do pai do A., dos quais não surgiu qualquer diagnóstico. O primeiro internamento surgiu como consequência de um acidente de viação do seu pai, que afetou drasticamente o seu sistema nervoso (entrou em choque, não conseguiu comer nem dormir por 3 dias) e levou à necessidade de internamento, uma vez que o pai do A. estava “sem consciência das coisas”. Desde esse primeiro internamento, sempre que acontecem situações potencialmente stressoras, o pai do A tem que ser internado (já tendo acontecido 3-4 vezes). O pai sente que este internamento pode ter despoletado parte dos problemas que o A. teve na escola, uma vez que foi nessa altura que as professoras sinalizaram o A. para ter acompanhamento.

O A. foi cuidado em casa, pela mãe, até aos 18 meses. A mãe relata que desde cedo o A. tinha dificuldades ao nível da alimentação e do sono, sendo que dormia pouco e chorava muito.

Com 18 meses foi integrado no colégio. Esta integração na escola foi complicada, uma vez que o A. chorava muito. A mãe ia levá-lo à escola e acabava por ficar lá com ele, admitindo que por vezes choravam os dois quando a mãe se ausentava. Quando a mãe o deixava na escola, o A. acabava por ficar o dia todo. O nascimento da irmã do A. acontece nesta altura e os pais relatam não ter notado diferenças no comportamento do mesmo. Neste colégio encaminharam o A. para psicologia, uma vez que diziam não ter capacidade para lidar com o seu comportamento, que rotulavam como irrequieto e instável. Deste seguimento surge o acompanhamento em psicologia, que disse aos pais considerar o A. uma criança saudável, com níveis de atividade dentro do esperado.

Com 5 anos A. foi integrado na pré-primária. Esta integração correu melhor e o A. não chorava para ficar na escola, segundo a mãe porque era novidade e tudo o que era novo estimulava o A. Nesta altura os professores chamaram a atenção para o facto de o A. preferir estar com adultos do que com as outras crianças e relataram ainda muita agitação em sala de aula. Aconteceu também pelo menos uma situação de agressão com colegas.

Foi integrado no 1º ciclo aos seis anos, no mesmo colégio. Mais uma vez manifestam-se alguns problemas ao nível da sala da aula, com o A. a recusar-se a ficar sentado (situação que veio a resolver-se). Acabou por transitar para o segundo ano sem outras queixas. No segundo ano os professores chamaram os pais à escola, uma vez que o A. não queria escrever e revela grande dificuldade nas composições. Os pais acharam estranho, uma vez que o A. foi para o primeiro ano a saber ler e escrever e a mãe diz que o A. apresentava sinais de disgrafia. Nesta altura o A. deixou também de completar os testes (ou não escrevia ou escrevia tão rápido que ficava ininteligível), pelo que o pai decidiu deixar de trabalhar da parte da tarde para acompanhar mais de perto o estudo do A. e completar com ele os trabalhos que ficavam por fazer na escola. O A. acaba por transitar todos os anos do 1º ciclo, com os professores a apresentarem queixas consistentes ao longo dos quatro anos: “este período denotou uma grande

fala de motivação”, “não se esforça e só realiza os trabalhos quando tem vontade, este fato prejudica bastante o seu desempenho na sala de aula”, “apresenta uma postura inadequada para uma sala de aula, pois tem muita dificuldade em estar sentado corretamente, o que o prejudica em termos de caligrafia, ortografia e atenção”, “necessita de adquirir mais responsabilidade e cuidado com o seu trabalho e material”.

Foi durante o 1º ciclo que o A. voltou a ter apoio psicológico, num Hospital. Este acompanhamento levou ao encaminhamento para pedopsiquiatria. O A. foi avaliado e, segundo o pai, não foi detetado qualquer problema cognitivo. Foi medicado com risperidona, que o deixou claramente lentificado, mas ajudou-o a dormir melhor. O pai relata que os filhos dormiram acompanhados pela mãe até aos 11-12 anos. Ambos relatam que o A. tinha pesadelos com frequência. Referem ainda que o A. parecia ter duas personalidades: de dia, era muito corajoso e aventureiro, enquanto de noite era muito medroso e pouco autónomo (mesmo para ir à casa-de-banho tinha que ser acompanhado).

O A. foi integrado no 2º ciclo, numa escola pública, onde continuou a escolaridade até ao final do 9º ano, sem reprovações. Segundo os pais, a adaptação correu relativamente bem, excluindo uma situação de agressão por parte de um grupo de colegas e uma outra situação em que o A. terá respondido mal a uma professora (o A. estava habituado a passar sempre pelo mesmo corredor e, quando numa situação lhe foi pedido para passar temporariamente por outro, recusou-se, o que acabou por causar uma discussão com uma auxiliar e uma professora), que resultou numa suspensão de 2-3 dias. Consideram que nesta altura a socialização do A. corria razoavelmente bem, não deixando de relatar que o filho tinha dificuldades em filtrar situações que poderiam ser perigosas para si, agindo sem medo, pondo-se em risco, e acabando por ser agredido ao tentar evitar um roubo. Durante este período (do 5º ao 9º ano), o feedback dos professores manteve-se nas mesmas linhas do ciclo anterior: “deverá estar mais atento e concentrado nas aulas”, “revelou falta de empenho, não realizou todas as atividades, mostrou

falta de concentração e muita desorganização pessoal e algumas atitudes menos corretas dentro e fora da sala de aula”, “deverá empenhar-se bastante mais”.

Quando transitou para o 10º ano, o A. mudou de escola, entrou no Curso Científico-Humanístico de Ciências e Tecnologias, mas com bastantes dúvidas em relação ao curso e ao seu futuro. Realizou Orientação Escolar e Profissional (OEP) mas nunca chegou a saber os resultados da mesma. Ao longo do ano o A. mostrou-se bem integrado, não faltou às aulas mas acabou por reprovar, admitindo aos pais que, ao chumbar, “não sentiu nada”. Repetiu o 10º, mas agora no curso de Línguas e Humanidades. No entanto, nesse ano letivo começou a faltar muito às aulas, situação que o levou a reprovar. Na sua terceira frequência do 10º ano, inscreveu-se num curso profissional de Informática. Contudo, pouco tempo depois de iniciar o curso, decidiu mudar novamente para Humanidades e, mais uma vez, reprovou o 10º. Nesta altura mudou de escola. Voltou a inscrever-se em informática mas foi colocado num curso de vendas, do qual desistiu. No seguimento desta desistência encontrou o curso que frequenta atualmente, do qual o pai diz que o A. gosta, apesar de querer esforçar-se pouco.

Os pais relatam que, em casa, o A. entra em muitas disputas com a irmã. Resiste em ajudar nas tarefas do dia-a-dia, como pôr a mesa, lavar a loiça, etc.

A foi internado no início de 2014, na sequência de uma intoxicação por abuso de consumo de álcool, numa festa de passagem de ano. O pai do A. foi buscá-lo à festa, já praticamente inconsciente. Quando acordou, já em casa, mostrou-se agressivo, violento e descontrolado, irritando-se com facilidade, sendo “impossível falar com ele”. Durante a noite começou a bater com um objeto nas paredes, pelo que os pais decidiram levá-lo para o hospital. No entanto, o A. recusou-se a acompanhar os pais, pelo que foi necessário chamar os bombeiros que, por sua vez, chamaram a polícia. Acabou por ficar internado cerca de um mês, devido a ajustes sucessivos de medicação. Neste período, segundo os pais, o A. esteve sempre bastante

“dopado”. Atualmente é observado em psiquiatria sensivelmente de dois em dois meses e está medicado.

### ***Avaliação psicológica do caso “A”.***

A avaliação psicológica foi realizada em três sessões, duas com A. e uma com os seus pais. Uma vez que se tratava de uma avaliação para despiste de PEA, utilizou-se o respetivo protocolo, já mencionado anteriormente. Para além deste protocolo, considerou-se a aplicação do *Clinical Analysis Questinnaire* (CAQ), no sentido de obter um perfil completo e multidimensional do sujeito que auxiliasse o esclarecimento de dúvidas relativas às condutas de A. que não pareciam enquadrar-se na hipótese diagnóstica de PEA. Infelizmente, foi impossível conseguir o teste nas datas das sessões de avaliação com A., pelo que essa ideia teve que ser abandonada.

Num primeiro contacto, o A. não revela características muito sugestivas das dificuldades de comunicação e interação social típicas das Perturbações do Espectro do Autismo. No entanto, ao longo da avaliação, foi possível observar dificuldades ligeiras ao nível da modulação do contacto ocular, assim como baixa expressividade facial e mudanças abruptas de temas de conversa, muitas vezes colocando questões desadequadas ao momento e contexto da avaliação (“posso por os pés em cima da mesa?”).

Mostrou-se empenhado nas tarefas propostas e manteve níveis de concentração adequados ao longo da avaliação. Fez um pedido peculiar, especialmente durante provas verbais (vocabulário, informação, aritmética, compreensão), durante as quais pediu permissão para andar às voltas na sala, justificando que andar às voltas o ajuda a pensar. Com efeito, após se ter levantado e iniciado este pequeno “exercício”, começou a responder mais depressa e de forma acertada às questões colocadas.

### *Resultados da avaliação.*

A análise do perfil obtido através da aplicação da WAIS-III permite concluir que A. apresenta um perfil intelectual globalmente heterogéneo, situado no nível “Médio” por comparação com os indivíduos da sua faixa etária na amostra de aferição da prova ( $102 < Q.I.E.C < 110$ ). No entanto, dada a diferença entre o Q.I Verbal e o Q.I de Realização ( $Q.I.V - Q.I.R = 115 - 94 = 21$ ), o Q.I de Escala Completa não é um bom indicador do seu funcionamento global, pelo que é necessário analisar o Q.I Verbal e o de Realização separadamente.

A Escala de Diagnóstico de Síndrome de Asperger (ASDS) foi preenchida separadamente pela mãe e pelo pai do A., retrospectivamente, reportando-se à sua infância e adolescência.

A pontuação da mãe (ASQ=111) indica uma manifestação acentuada das características desta Síndrome. De facto, 75% dos sujeitos com Síndrome de Asperger obtiveram pontuações inferiores a 110 nesta escala, indicando que o A. apresenta mais sinais do que 75% dos sujeitos com Síndrome de Asperger. Já a pontuação do pai (ASQ=44) indica uma manifestação extremamente reduzida das características desta Síndrome. Neste sentido, a pontuação do pai sugere ser muito pouco provável que a Síndrome esteja presente, uma vez que apenas 2% da amostra de aferição atinge pontuações inferiores a 69.

Ao longo da entrevista com os pais do A. foi possível averiguar a existência de vários sinais de uma PEA, presentes ao longo da sua história de desenvolvimento, abrangendo áreas como a comunicação, a interação social, os comportamentos repetitivos e padrões de comportamento estereotipados e a motricidade.

Foi realizada observação estruturada da capacidade de comunicação, interação social recíproca, imaginação e comportamentos estereotipados do A., através da Escala de Observação Diagnóstica de Autismo (ADOS – *Autism Diagnostic Observation Scale*).

Durante a prova, o A. revelou desadequações ligeiras ao nível da adequação das expressões faciais e da utilização de gestos instrumentais ou convencionais e emocionais. No entanto, consegue compensar parcialmente estas falhas demonstrando uma alguma reciprocidade social adequada e uma capacidade de manutenção de conversa. As cotações atribuídas aos comportamentos observados atingem o valor considerado indicador de existência de uma PEA.

O Inventário do Comportamento da Criança foi preenchido pelos pais do A. Dos nove fatores que compõem este inventário (oposição/imaturidade; agressividade; problemas de atenção; depressão; problemas sociais; queixas somáticas; isolamento; ansiedade e obsessões), nenhum atingiu valores clinicamente significativos, tanto no preenchimento da mãe como no do pai, indicando a ausência de manifestações na linha da internalização e da externalização.

O autorrelato de A., no Autorrelato para Jovens, é inconsistente com os resultados dos pais, atingindo valores clinicamente significativos ao nível dos seis fatores que compõem este inventário (comportamento anti-social; problemas de atenção/hiperatividade; ansiedade/depressão; isolamento; queixas somáticas; problemas de pensamento), apontando para um acentuado desequilíbrio emocional.

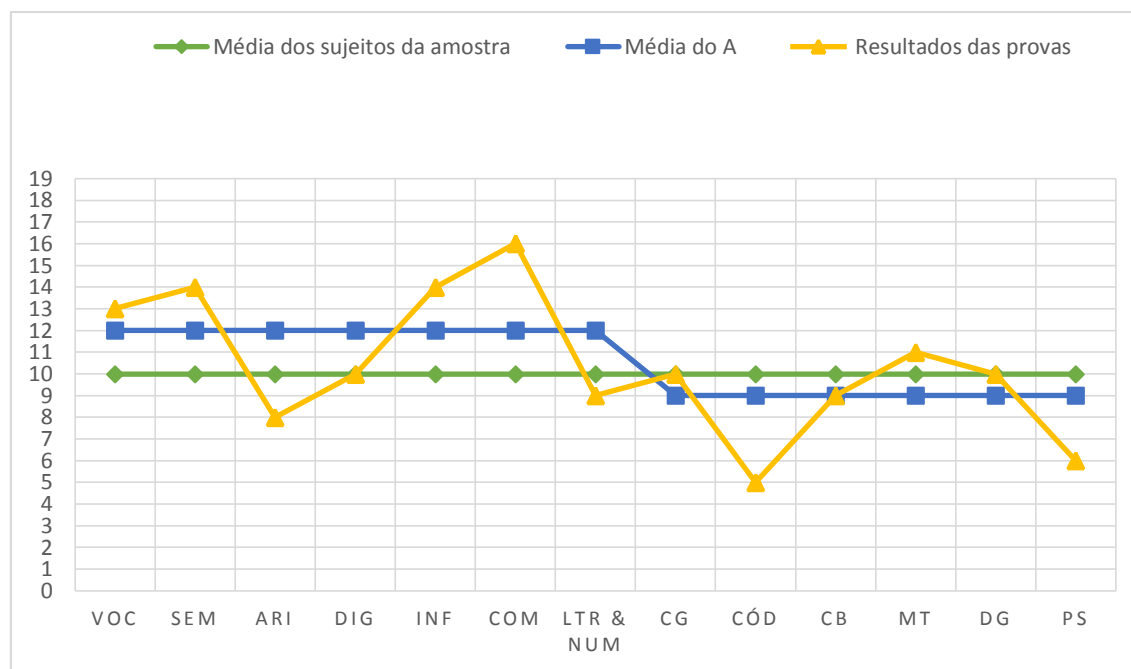
#### *Análise e integração dos resultados da avaliação psicológica.*

Dada a heterogeneidade dos resultados entre os Q. I. Verbal e de Realização, obtidos com a aplicação da WAIS-III, resultando numa diferença de 21 pontos, torna-se necessário analisar ambos os Q.I separadamente.

O Q.I Verbal (115), situado no nível “Médio Superior” por comparação com os indivíduos da sua faixa etária na amostra de aferição da prova ( $111 < \text{Q.I.V.} < 119$ ), situa-se no percentil 84 da amostra de aferição, ou seja, 84% da população aferida tem um Q.I Verbal igual ou menor que o do A. Dentro do Q.I Verbal, os seus pontos mais fortes são a compreensão de regras,

valores e tradições sociais, enquanto as suas dificuldades mais acentuadas se prendem com o raciocínio numérico e a retenção de informação.

Figura 1 – Resultados obtidos pelo A na WAIS-III.



O Q.I. de Realização (94), situado no nível “Médio Inferior” a “Médio” por comparação com os indivíduos da sua faixa etária na amostra de aferição da prova ( $88 < Q.I.V. < 101$ ), situa-se no percentil 34 da amostra de aferição, ou seja, apenas 34% da população aferida tem um Q.I. Verbal igual ou menor que o do A. Dentro do Q.I. de Realização, os seus pontos mais fortes são raciocínio abstrato, enquanto as suas dificuldades mais acentuadas se prendem com velocidade de processamento.

Da aplicação da Escala de Diagnóstico de Síndrome de Asperger (ASDS) aos pais de A., surgem os seguintes sinais e sintomas, divididos pelas respetivas categorias:

- ao nível da comunicação: falar como um adulto, de um modo demasiado formal e/ou usar uma linguagem demasiado correta gramaticalmente; falar excessivamente sobre um assunto favorito, com menos interesse para os outros; usar palavras ou frases repetidamente; agir como

se compreendesse mais do que aquilo que compreendia; fazer perguntas inadequadas; e dificuldade em iniciar e manter conversas.

- ao nível da interação social: usar poucos gestos; evitar ou desviar o olhar; dificuldades no relacionamento com os outros, não justificado por timidez, desatenção ou falta de experiência; usar poucas ou inadequadas expressões faciais; demonstrar pouco ou nenhum interesse nas outras crianças; preferir estar na companhia dos adultos do que com as crianças da sua idade; poucos ou nenhuns amigos, apesar de manifestar desejo de os ter; pouca capacidade para fazer e manter amizades; dificuldade em respeitar o espaço pessoal dos outros; pouco interesse no que as outras pessoas diziam ou naquilo que os outros achavam interessante; dificuldade em compreender as regras do comportamento social; e dificuldade em compreender as pistas sociais (por exemplo, dar a vez numa conversa).

- no domínio dos interesses e rotinas: dificuldade em alterar o comportamento para se adequar ao contexto; comportamentos inapropriados relacionados com os seus interesses obsessivos; comportamentos antissociais; dificuldade em lidar com mudanças na rotina; ansiedade perante situações imprevistas; comportamentos ritualizados, obsessivos ou repetitivos; comportamentos imaturos; birras frequentes; e imposição de rotinas ou interesses restritos aos outros.

- no domínio cognitivo: capacidades superiores numa área restrita de interesse; interesse obsessivo num tema restrito; melhor funcionamento em tarefas repetitivas ou conhecidas; memória a longo prazo fora do comum; melhor aprendizagem quando são apresentadas imagens ou palavras escritas; uma inteligência média ou acima da média; conhecimento ou percepção de que é diferente dos outros; extrema sensibilidade à crítica; falta de capacidades de organização; e falta de senso comum.

- no domínio sensório-motor: rigidez quando abraçado e dificuldades a escrita ou noutras tarefas de motricidade fina.

Durante a entrevista com os pais de A. (ADI-R), foi possível recolher informação sobre vários sinais e sintomas característicos de uma PEA, presentes durante o desenvolvimento do filho, tais como:

- ao nível da comunicação: revelava dificuldade na compreensão de instruções; fazia pouca conversa ao nível familiar; a conversação era pouco recíproca, constando essencialmente no debitar de informação; as conversas centravam-se em temas de interesse do A., com pouco interesse pela opinião dos restantes intervenientes; com o avançar do seu desenvolvimento foi aumentando o uso de linguagem demasiado formal e, mesmo em criança, muitas vezes utilizava palavras ou expressões que surpreendiam as outras pessoas; era pouco expressivo na utilização de gestos convencionais e instrumentais, recorrendo mais à verbalização.

- ao nível da interação social: foram observando um aumentar das dificuldades no contacto visual direto; Sorria socialmente quando via rostos familiares, apesar de hoje o sorriso social ser mais limitado; a mãe diz que A. não era de partilhar brinquedos, jogos ou outros materiais; era capaz de procurar outras crianças para brincar mas tinha que ter controlo absoluto e controlar/dominar as brincadeiras; não oferecia conforto se visse um familiar triste, doente ou preocupado; consideram que A. talvez não usasse uma gama vasta de expressões faciais para comunicar, tendo, no entanto, uma boa capacidade para descodificar expressões nos outros; não exibia respostas sociais apropriadas, como ceder a vez ou segurar uma porta para alguém passar ou oferecer-se para ajudar a carregar uma carga; não mostrava grande interesse em crianças, reagindo bem se abordado pelas mesmas.

- ao nível dos interesses restritos e padrões de comportamento estereotipados: foram observadas preocupações invulgares (durante algum tempo, recusava-se a comer se estivessem bonecas da sua irmã na cozinha); tinha interesses circunscritos que o absorviam durante algum tempo (quis um barco durante muito tempo e, nessa altura, tinha um conhecimento acima da média e falava essencialmente sobre barcos); A. tinha dificuldade em lidar com mudanças de

última hora nos planos, mostrando alguma rigidez; toma três banhos por dia, nos quais demora bastante tempo, mas não acontecia com tanta frequência na infância; observaram ligação invulgar a objetos durante tempos específicos em que está interessado num dado assunto (ex: varinha mágica do Harry Potter, mesmo sabendo que o tornava vítima de *bullying* pelos colegas); reagia de forma anómala a estímulos sensoriais, revelando uma hipersensibilidade ao som (queixava-se com frequência de situações com muita confusão ou muito barulho).

- ao nível da motricidade: tem algumas dificuldades ao nível da motricidade fina, como abotoar botões, apertar os atacadores, etc.

Através da aplicação do ADOS (módulo 4), foi possível averiguar que:

- na área da linguagem e comunicação, o A. utilizou com frequência um discurso demasiado formal ou gramaticalmente correto, mas sem alterações significativas ao nível da entoação, volume, ritmo ou velocidade do discurso. Também não foi observado qualquer tipo de ecolália. Faz recurso a neologismos, mas não de forma desapropriada. Ao longo da aplicação do instrumento, o A. forneceu muita informação pessoal espontaneamente. Acrescentou informação àquela explicitamente solicitada nas questões e forneceu pistas para o interlocutor seguir. Contudo, frequentemente introduz questões de forma abrupta e descontextualizada. Quando provocado para fazer perguntas ao examinador (provocações feitas através de “meias revelações” como “*Essa imagem faz-me lembrar um sítio onde eu estive de férias*” ou “*Já pratiquei um desses desportos*”), revelou reciprocidade social, questionado sobre os meus interesses e preferências. Durante a conversação, utilizou gestos descritivos e demonstrativos, mas poucos gestos emocionais. Em todo o caso, tanto os gestos descritivos como os emocionais parecem estar em défice, tanto em frequência como em intensidade.

- na área da interação social recíproca, A. parece ter dificuldades ligeiras ao nível da modulação do contacto ocular. O mesmo acontece com as expressões faciais, pouco diversificadas ao longo da prova. A. mostra pouco ou nenhum prazer retirado da interação com

o outro, mostrando-se apático na maior parte do tempo. Relativamente à comunicação verbal sobre emoções, mostrou-se capaz de falar sobre várias emoções, as situações que as despoletam e as sensações envolvidas. Também revelou capacidade para identificar as emoções nos personagens do livro nas tarefas “contar uma história a partir de um livro” e “cartoons”. Revelou pouco insight sobre a natureza das relações sociais e sobre o seu papel nestas relações, tendo dificuldade em definir e distinguir alguns conceitos associados a estas relações sociais. Durante a aplicação da prova não surgiram exemplos de responsabilidades adequadas à idade do A. se insere, sugerindo alguma irresponsabilidade tanto em tarefas do dia-a-dia, como relativamente a perspetivas para o futuro.

- na área da imaginação, A. revelou facilidade em “fazer de conta”, contando histórias bastante imaginativas nas tarefas “contar uma história a partir de um livro” e “criar uma história”. Agiu quase sempre como narrador e raramente como ator das suas histórias mas atribuiu significados simbólicos aos objetos utilizados na tarefa “criar uma história”.

- no que diz respeito a comportamentos estereotipados e interesses obsessivos, ao longo da aplicação da prova, não se observaram interesses sensoriais invulgares, nem qualquer tipo de rituais. Não fez referência a atividades ou temas sugestivos de configurar interesses obsessivos.

### ***Discussão clínica.***

Um primeiro contacto com A. não revela sinais e sintomas característicos de configurar uma PEA. No entanto, após analisarmos a história de desenvolvimento do mesmo, é possível perceber que os sinais e sintomas de PEA estavam presentes, assumindo, contudo, manifestações menos típicas e mais subtis.

A. começa por revelar um desenvolvimento neurotípico, pelo menos durante os primeiros 18 meses, após os quais surgem dificuldades relacionadas com choro sem causa aparente e

hiper-reactividade a estímulos sensoriais. Apesar de sinais de alerta de PEA, estas situações foram atribuídas a uma chamada de atenção decorrente do nascimento da irmã mais nova de A.

Com cinco anos A. é integrado numa pré-primária onde as educadoras reportam mais um sinal de alerta de PEA: A. tende a isolar-se dos seus pares, preferindo estar na companhia de adultos. Nesta altura é avaliado em psicologia, avaliação da qual não resultou qualquer diagnóstico, tendo o seu comportamento sido considerado “normal” e “esperado” para uma criança daquela idade.

A integração no primeiro ciclo começa por correr bem até que, no segundo ano, A. deixa de querer escrever, recusando-se a completar trabalhos de casa e testes (ou escrevendo tão rápido que se tornava ininteligível), conseguindo, de alguma forma, não só transitar de ano, mas concluir o primeiro ciclo sempre com sucesso. É possível que, após um primeiro ano de novidade, A tenha perdido o interesse na escola. Nesse sentido, a sua mãe revela que, por norma, tudo corria bem com A enquanto as situações eram novidade; depois, desinteressava-se e as situações complicavam-se. Com efeito, os interesses restritos e obsessivos/repetitivos característicos na PEA podem mudar com frequência, pelo que pessoas com este tipo de dificuldades tendem a mostrar um interesse acima do normal por um determinado assunto durante algum tempo, focando-se depois num outro interesse e assim sucessivamente. Assim, apesar de pouco interessado, A conseguiu transitar sempre, ajudado pelo facto de não ter quaisquer défices cognitivos (sendo um caso do que alguns autores denominariam de autismo de alto funcionamento).

Uma segunda avaliação psicológica nesta altura conclui que A. não tem qualquer défice cognitivo (resultado consistente com a avaliação realizada na instituição recentemente), tendo sido encaminhado para psiquiatria, onde foi medicado com Risperidona. Uma vez que não foi possível ter acesso ao relatório de avaliação psicológica, não é certo o que terá motivado o

encaminhamento para psiquiatria, ou a utilização de psicofarmacologia utilizada para o tratamento de esquizofrenia ou episódios de mania (em casos de Perturbação Bipolar), uma vez que não surgem, na história de desenvolvimento de A. (obtida com os pais), quaisquer sinais deste tipo de problemas. Risperidona também é utilizado para realizar breves terapias em casos de comportamentos de oposição e desafio, mas as queixas da escola relativas a A. surgiam com maior ênfase na desatenção do que no mau comportamento, pelo que se mantêm as dúvidas quanto à necessidade da medicação.

A partir do segundo ciclo a situação social de A. parece ter piorado consideravelmente. As dificuldades ao nível da comunicação e interação social tornam-se mais óbvias, levando a algum isolamento social. Por sua vez, o isolamento social é um dos potenciadores do *bullying* e, ainda no segundo ciclo, A. vê-se envolvido numa situação de agressão por um grupo de colegas, que aparentemente se terá juntado apenas com esse propósito. Com efeito, o *bullying* é uma situação recorrente em crianças e adolescentes com PEA, uma vez que o isolamento social resultante das dificuldades de comunicação e interação social, aliados aos seus interesses restritos (que muitas vezes contaminam os poucos momentos de interação que estes indivíduos têm), as tornam vulneráveis (Cappadocia, Weiss, & Pepler, 2012; van Roekel, Scholte, & Didden, 2010).

Mais recentemente, na passagem de ano de 13/14, A. foi internado na sequência de uma intoxicação por consumo excessivo de álcool. Foi encontrado pelo pai já quase inconsciente e, após alguns comportamentos bizarros, foi levado (forçosamente) para o hospital, onde acabou por ficar quase um mês em sucessivos ajustes de medicação. À data da avaliação encontrava-se medicado com um antipsicótico, um estabilizador do humor e um anticonvulsionante (e estabilizador de humor) (INFARMED, 2015). Esta medicação parece excessiva para um diagnóstico de PEA, deixando o A muito lentificado, o que prejudica o seu dia-a-dia, dificultando ações simples, como o acordar cedo para assistir às aulas, pelo que foi sugerida

uma reavaliação psiquiátrica, no sentido de averiguar a adequação da mesma. É ainda de salientar que esta medicação poderá ter alguma influência no seu desempenho na WAIS-III, nomeadamente ao nível das provas relacionadas com a Velocidade de Processamento, que surge como ponto fraco do A.

A avaliação da hipótese diagnóstica de Perturbação do Espectro do Autismo, tendo em conta os resultados dos testes supramencionados, assim como a discussão clínica do caso, revelou que os sinais e sintomas presentes ao longo do desenvolvimento são suficientes para estabelecer o diagnóstico. Desde a sua infância, A. revelou:

A. Défices persistentes na comunicação e interação social observáveis em diferentes contextos e manifestando-se através de:

1) Défices na reciprocidade socio-emocional (partilha de interesses, emoções e afetos reduzida);

2) Défices nos comportamentos de comunicação não-verbal utilizados na interação social (integração pobre entre comunicação verbal e não-verbal);

3) Défices no estabelecimento e manutenção de relações sociais ajustadas (dificuldade em ajustar o comportamento para se adaptar a diferentes contextos sociais e em fazer amigos; falta de interesse nos pares).

B. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos:

1) Adesão excessiva a rotinas e resistência à mudança;

2) Interesses restritos e intensos;

3) Hiper-reatividade sensorial.

Os défices na comunicação e interação social e os padrões de comportamento restritos e repetitivos identificados na avaliação permitem antecipar uma gravidade de nível 1, sem comprometimento cognitivo/intelectual.

### ***Reflexão sobre o caso.***

A avaliação deste caso foi o primeiro momento de trabalho prático no estágio, pelo que foi antecedido por alguma ansiedade. Apesar de já ter tido oportunidade de observar (e cotar) os instrumentos utilizados no protocolo de avaliação da hipótese diagnóstica de PEA, passar o conhecimento teórico para a vertente prática é sempre um desafio e, como em qualquer novidade, é acompanhado de alguma ansiedade e do receio de errar. A aplicação dos testes que constituem o protocolo de avaliação de PEA, com exceção da WAIS-III, requer formação específica, pelo que o apoio da Dr.<sup>a</sup> Sandra Pinho foi fundamental, garantido não só o bom funcionamento da avaliação mas também assegurando-me que os erros fazem parte do caminho da aprendizagem, sendo que o estágio serve justamente para aprender.

A avaliação deste caso ocorreu simultaneamente com o acompanhamento psicológico, sendo este realizado por uma psicóloga da instituição. Enquanto estagiário, tive oportunidade de observar quinzenalmente as consultas com A., o que me permitiu ter uma ideia da qualidade da interação do mesmo ainda antes da avaliação ter início. A postura quase pedante de A, muito sarcástico e irónico, manifestando total descrédito pelo exercício da Psicologia foi, sem dúvida, um dos fatores que mais contribuiu para o meu receio no início da avaliação. No entanto, uma vez que este tipo de avaliação era uma situação nova para A., este acabou por se mostrar mais interessado do que pedante, facilitando o processo.

Em conclusão, foi um processo bastante gratificante, uma vez que, embora pautado por algum receio, proporcionou a oportunidade de desenvolver competências ao nível da relação com o cliente e da aplicação dos instrumentos de avaliação. O bom funcionamento do processo de avaliação permitiu-me ainda ganhar confiança nas minhas capacidades, uma vez que foi a primeira vez que tive que por em prática os conhecimentos adquiridos e penso que essa transição correu bastante bem.

### **3.5.2 Caso clínico “B”**

B. tem 27 anos e diagnóstico informal de Perturbação de Espectro do Autismo pela Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger (APSA). De facto, apresenta características de comunicação, interação social e comportamento muito sugestivas duma perturbação deste tipo, que se evidenciam num primeiro contacto. Foi encaminhado para a instituição pela APSA, para diagnóstico formal de Perturbação do Espectro do Autismo.

No sentido de confirmar e caracterizar a hipótese diagnóstica de Perturbação do Espectro do Autismo e, por conseguinte, foi proposto ao B. a realização dum conjunto de provas, recorrendo aos seguintes instrumentos:

1) Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III), para avaliação do perfil intelectual;

2) Escala de Diagnóstico da Síndrome de Asperger (ASDS), para avaliação da hipótese diagnóstica de Perturbação do Espectro do Autismo;

3) Autism Diagnostic Observation Scale (ADOS), com observação direta e registo da qualidade de interação social, comunicação (identificação e expressão de emoções, comunicação verbal e não-verbal) e comportamento em tarefas estruturadas – para avaliação da hipótese diagnóstica de Perturbação do Espectro do Autismo;

4) Entrevista Diagnóstica de Autismo – Revista, aplicada através de uma entrevista semiestruturada com os pais do B, com o objetivo de explorar o seu comportamento em diferentes áreas essenciais para a determinação do seu perfil de funcionamento;

5) Inventário de Sintomas para Adultos (SCL-90-R), para despiste de perturbações emocionais.

Os instrumentos aplicados poderão ser consultados no Anexo 4 deste trabalho.

### ***História clínica.***

Foi conduzida uma entrevista com os pais do B, para obter dados da história das suas dificuldades, bem como explorar o seu comportamento em diferentes áreas essenciais para a determinação do seu perfil de funcionamento.

O B é o irmão mais novo duma fratria de dois, tendo uma irmã mais velha (atualmente com 29 anos). Vive com os pais. Quando o B nasceu a mãe estaria nos seus 20 e o pai nos 40 anos. A gravidez foi de termo (42 semanas), sem intercorrências, e o parto foi normal. Relativamente a doenças neurológicas ou psiquiátricas na família, é de salientar a epilepsia da mãe, que foi tratada com farmacoterapia e terá passado por volta dos seus 16 anos. Não são conhecidas outras patologias, tanto do lado materno como paterno.

Após o nascimento, o B. foi cuidado pela mãe até aos 3 anos. Durante os primeiros anos de vida, segundo a mãe, o B. dormia bem mas era muito esquisito com a comida, não comendo nada que tivesse molhos ou caldos. Começou a falar tarde, por volta dos dois anos, e era muito trapalhão, pelo que os pais o entendiam mas as restantes pessoas tinham algumas dificuldades nesse sentido.

Com 3 anos foi integrado no infantário. Os pais consideram que a adaptação ao infantário correu bem, apesar do B. ter adiado a entrada no 1º ano de escolaridade, por sugestão das educadoras, que o consideravam uma “criança especial, no sentido em que não partilhava brinquedos e brincadeiras com as outras crianças, mostrava interesses restritos, teve dificuldades em largar a chucha e a fralda. Dados os atrasos no desenvolvimento da linguagem, as educadoras sinalizaram o B. para terapia da fala.

Acabou por integrar o primeiro ano com seis anos, a caminho dos sete. Foi nesta altura que surgiram as primeiras preocupações dos pais, uma vez que se começavam a confirmar algumas suspeitas levantadas durante o percurso no infantário e era óbvio que o B. se isolava, tinha dificuldades em partilhar, tinha que ser ele a mandar nas brincadeiras com as outras

crianças, etc. Nesta integração o B. mudou de escola e professora e, segundo os pais, esta nova professora batia ao B., mandava-lhe muitos trabalhos e o B. chegava traumatizado a casa e chegou a ficar com marcas (nódoas negras). Esta situação manteve-se até meio do 3º ano, altura em que os pais decidiram mudá-lo de escola. A adaptação ao novo ambiente correu bastante bem, apesar do B. acabar por fazer uma retenção no 3º ano. Nesta nova escola não teve problemas de maior, pelo que a mãe refere que ele gostava de ir e nunca fez birras ou chorou por ter que ir para a escola.

Quando é integrado no 5º ano o B. volta a mudar de escola e, mais uma vez, volta a ser vítima de agressões, mas agora por parte dos colegas. As dificuldades ao nível da aprendizagem tornaram-se mais marcadas, uma vez que nas aulas tinha dificuldades em acompanhar o ritmo e não se sentia confortável para fazer perguntas aos professores. Os pais admitem que o 5º e o 6º anos foram especialmente complicados, tendo chegado ao ponto do B. precisar de ir ao hospital. Nesta altura tinha apoio a Língua Portuguesa e Matemática e era acompanhado por uma professora de ensino especial três vezes por semana. Foram-lhe também concedidas algumas adequações curriculares, como por exemplo, a realização de testes diferentes dos testes dos colegas. Entre o 7º e o 9º ano de escolaridade a situação melhorou, uma vez que o médico de B. foi à escola falar com professores e alunos no sentido de contextualizar as suas dificuldades e ajudar a comunidade educativa a perceber quais as melhores formas de lidar com as mesmas. Durante este período o B. passa a estar oficialmente integrado nas Necessidades Educativas Especiais até ao 9º ano e passou também a beneficiar de apoio psicológico na escola, apesar de não ter sido avaliado formalmente e o seu diagnóstico, consequentemente, ser informal.

Muda novamente de escola quando é integrado no 10º ano. Fez dois anos numa escola em Algueirão, mas sem sucesso, pelo que muda para outra. Aí completa o ensino secundário

através de um curso profissional, que completa com sucesso aos 25 anos e do qual não resultou um estágio.

Segundo os seus pais, o B. tem noção da sua condição enquanto portador de uma PEA, tendo inclusivamente informação sobre a mesma, estando ciente das dificuldades mais marcantes da perturbação e da forma como as mesmas o condicionam (atribui, por exemplo, as suas dificuldades sociais à PEA).

### ***Avaliação psicológica.***

A avaliação psicológica foi realizada em três sessões, duas com B. e uma com os seus pais. Uma vez que se tratava de uma avaliação para despiste de PEA, utilizou-se o respetivo protocolo, já mencionado anteriormente.

Num primeiro contacto, o B revela características muito sugestivas das dificuldades de comunicação e interação social típicas das Perturbações do Espectro do Autismo. Foram observadas peculiaridades ao nível da comunicação oral, dificuldades na modulação do contacto ocular, maneirismos e posturas complexas das mãos e mudança abrupta de temas de conversa, introduzindo temas relacionados com as suas preocupações.

Mostrou-se empenhado nas tarefas propostas e manteve níveis de concentração adequados ao longo da avaliação. No início, o B pareceu estar bastante ansioso, o que levou a alguns maneirismos/tiques (essencialmente ao nível da cabeça, pescoço e ombros). Contudo, no decorrer das provas, parece ter conseguido reduzir o seu nível de ansiedade, o que levou a uma diminuição significativa da frequência e intensidade destes tiques.

### ***Resultados da avaliação.***

O B. apresenta um perfil intelectual globalmente heterogéneo, situado no nível “Médio” por comparação com os indivíduos da sua faixa etária na amostra de aferição da prova

( $90 < Q.I.E.C. < 98$ ). No entanto, dada a diferença entre o Q.I Verbal e o Q.I de Realização do C ( $Q.I.V - Q.I.R = 83 - 109 = -26$ ), o Q.I de Escala Completa não é um bom indicador do seu funcionamento global, pelo que é necessário analisar o Q.I Verbal e o de Realização separadamente.

A Escala de Diagnóstico de Síndrome de Asperger foi preenchida pelos pais do B, retrospectivamente, reportando-se à sua infância e adolescência. A pontuação obtida (ASQ=80) indica uma manifestação reduzida das características desta Síndrome. De facto, apenas 6% dos sujeitos com Síndrome de Asperger obtiveram pontuações inferiores a 80 nesta escala, indicando que o B. apresenta menos sinais do que 94% dos sujeitos com Síndrome de Asperger.

Foi realizada observação estruturada da capacidade de comunicação, interação social recíproca, imaginação e comportamentos estereotipados do B, através da Escala de Observação Diagnóstica de Autismo (ADOS – *Autism Diagnostic Observation Scale*). Durante a prova, o B. revelou dificuldades ao nível da modulação do contacto ocular, da adequação das expressões faciais e da utilização de gestos instrumentais ou convencionais e emocionais, na modulação do contacto ocular. Apesar de parecer conseguir tirar algum prazer do contacto social, tem dificuldades ligeiras ao nível da reciprocidade social e da manutenção de conversas. As cotações atribuídas aos comportamentos observados atingem o valor considerado indicador de existência de uma Perturbação do Espectro do Autismo.

O Inventário de Sintomas para Adultos (SCL-90-R) foi preenchido pelo B. Dos nove principais fatores que compõem este inventário, nenhum atingiu valores clinicamente significativos, apontando para a ausência de manifestações de perturbações emocionais.

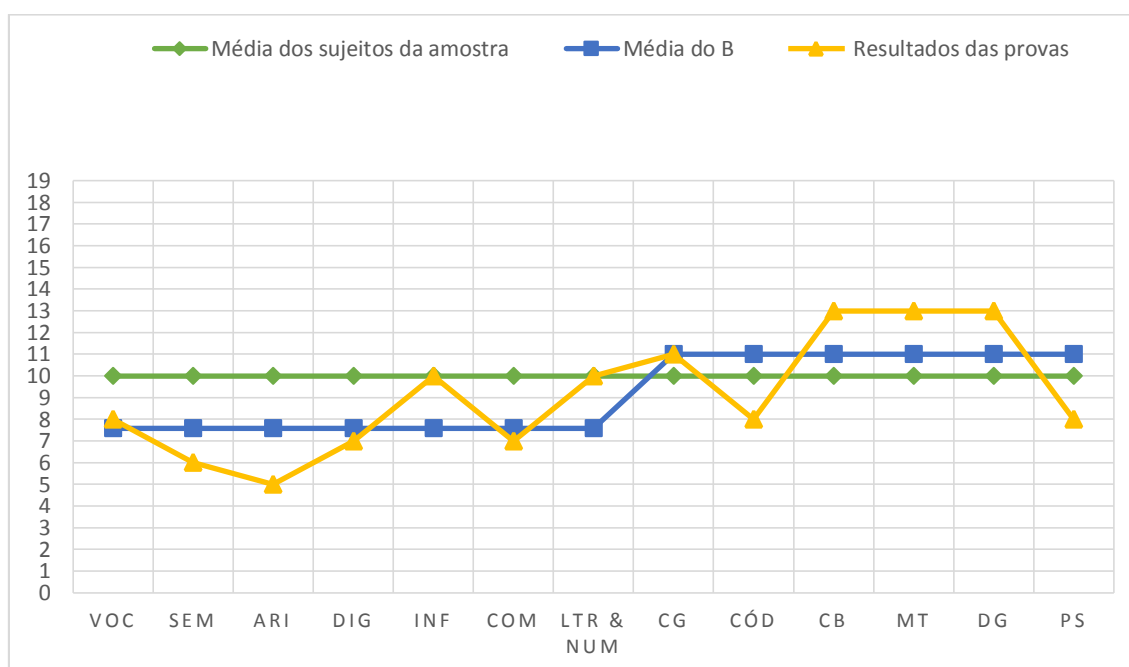
#### *Análise e integração dos resultados.*

Dada a heterogeneidade dos resultados entre os Q. I. Verbal e de Realização, obtidos com a aplicação da WAIS-III, resultando numa diferença de 26 pontos, torna-se necessário analisar

ambos os Q.I separadamente. Os resultados de todos os testes e subtestes podem ser consultados na Figura 1.

O Q.I Verbal (83), situado no nível “Inferior” a “Médio Inferior” por comparação com os indivíduos da sua faixa etária na amostra de aferição da prova ( $79 < Q.I.V. < 87$ ), situa-se no percentil 13 da amostra de aferição, ou seja, apenas 13% da população aferida tem um Q.I Verbal igual ou inferior ao do B. Dentro do Q.I Verbal, os seus pontos “mais fortes” são os conhecimentos escolares e de cultura geral, enquanto as suas dificuldades mais acentuadas se prendem com o raciocínio numérico.

Figura 2 – Resultados obtidos pelo B na WAIS-III.



O Q.I de Realização (109), situado no nível “Médio” a “Médio Superior” por comparação com os indivíduos da sua faixa etária na amostra de aferição da prova ( $102 < Q.I.R. < 115$ ), situa-se no percentil 73 da amostra de aferição, ou seja, 73% da população aferida tem um Q.I Verbal

igual ou menor que o do B. Dentro do Q.I de Realização, as suas dificuldades mais acentuadas prendem-se com a velocidade de processamento.

Da aplicação da Escala de Diagnóstico de Síndrome de Asperger (ASDS) aos pais de B, surgem os seguintes sinais e sintomas, divididos pelas respetivas categorias:

- ao nível da comunicação: não perceber piadas subtis; interpretar literalmente as conversas; e fazer frequentemente perguntas inadequadas; e ter dificuldade em iniciar e manter uma conversa.

- ao nível da interação social: evitar ou desviar o olhar; dificuldades no relacionamento com os outros, não justificado por timidez, desatenção ou falta de experiência; poucos ou nenhuns amigos, apesar de manifestar desejo de os ter; pouca capacidade para fazer e manter amizades; pouco interesse no que as outras pessoas diziam ou naquilo que os outros achavam interessante; e dificuldade em perceber ou compreender os sentimentos dos outros.

- ao nível dos interesses e rotinas: dificuldade em alterar o comportamento para se adequar ao contexto; dificuldade em lidar com mudanças na rotina; ansiedade perante situações imprevistas; comportamentos imaturos; birras frequentes; e confusão e ansiedade, especialmente em situações difíceis ou no meio de multidões.

- no domínio cognitivo: capacidades superiores numa área restrita de interesse; melhor funcionamento em tarefas repetitivas ou conhecidas; uma memória a longo prazo fora do comum; melhor aprendizagem quando são apresentadas imagens ou palavras escritas; uma inteligência média ou acima da média; e extrema sensibilidade à crítica.

- no domínio sensório-motor: hipersensibilidade a sons fortes e imprevisíveis; e alimentação limitada, consistindo sempre nos mesmos alimentos, cozinhados e apresentados da mesma forma.

Durante a entrevista com os pais de B. (ADI-R), foi possível recolher informação sobre vários sinais e sintomas característicos de uma PEA, presentes durante o desenvolvimento do filho, tais como:

- ao nível da comunicação: começou a falar tarde, com as primeiras palavras a surgirem por volta dos 2 anos e as primeiras frases mais complexas por volta dos 4-5 anos; fazia alguma ecolália, mas era raro; fazia pouca conversa ao nível familiar; a conversação era pouco recíproca, uma vez que o B era de poucas palavras, quase monossilábico; mostrava pouco interesse pelo dia-a-dia ou interesses dos outros; frequentemente fazia perguntas, incidindo sobre os “porquês” de tudo; raramente apontava para expressar interesse, sendo mais comum tentar resolver-se sozinho.

- ao nível da interação social: sorria socialmente quando via rostos familiares; não era de partilhar brinquedos, jogos ou outros materiais; era capaz de procurar outras crianças para brincar mas sempre teve dificuldade em criar e manter amizades; mostrava muita rigidez, no sentido necessidade de ser ele a controlar e a mandar nas brincadeiras com as outras crianças; na escola, tinha dificuldade em entender-se com os colegas, pois era-lhe difícil perceber quando estavam a brincar e a ser sérios.

- quanto a comportamentos repetitivos e padrões de comportamento estereotipados: tinha interesses circunscritos que o absorviam durante algum tempo (planetas; astronomia); por vezes brincava repetidamente com partes de objetos (ex: ficar a rodar as rodas dum carro) ou mostrava interesse em partes de objetos, como ficar a ver o tambor da máquina de lavar a girar; tinha dificuldade em lidar com mudanças de última hora nos planos, mostrando alguma rigidez; costumava alinhar/pôr por ordem carrinhos e peças de lego; reagia de forma anómala a estímulos sensoriais, revelando uma hipersensibilidade ao som (queixava-se com frequência de situações com muita confusão ou muito barulho); e tem tiques ao nível do pescoço e da cabeça quando está nervoso.

- no que diz respeito à motricidade: tem algumas dificuldades ao nível da motricidade fina, como abotoar botões, apertar os atacadores, descascar, etc; e apresenta marcha e corridas desajeitadas.

Através da aplicação do ADOS (módulo 4), foi possível averiguar que:

- na área da linguagem e comunicação, o B. utilizou um discurso ajustado ao seu nível cultural, mas frequentemente com alterações significativas ao nível da entoação, volume, ritmo ou velocidade do discurso. Não foi observado qualquer tipo de ecolália ou discurso demasiado formal. Ao longo da aplicação do instrumento, o B. forneceu muito pouca informação pessoal espontaneamente. Acrescentou pouca informação àquela explicitamente solicitada nas questões e raramente forneceu pistas para o interlocutor seguir. Introduziu algumas questões de forma abrupta e descontextualizada. Quando provocado para fazer perguntas ao examinador (provocações feitas através de “meias revelações” como “*Essa imagem faz-me lembrar um sítio onde eu estive de férias*” ou “*Já pratiquei um desses desportos*”), revelou reciprocidade social, questionado sobre os meus interesses e preferências. Durante a conversação, utilizou poucos gestos descritivos, demonstrativos e emocionais. Neste sentido, tanto os gestos descritivos como os emocionais parecem estar em défice, não só em frequência como também em intensidade.

- na área da interação social recíproca, o B. parece ter dificuldades ao nível da modulação do contacto ocular. O mesmo acontece com as expressões faciais, pouco diversificadas ao longo da prova. Mostra ser capaz de retirar algum prazer da interação com o outro, apesar de ter claras dificuldades no relacionamento interpessoal. No que toca à comunicação verbal sobre emoções, mostrou alguma dificuldade em falar sobre várias emoções, as situações que as despoletam e as sensações envolvidas. Também se revelou pouco à vontade na identificação das emoções nos personagens do livro nas tarefas “contar uma história a partir de um livro” e “cartoons”. Revelou bom insight sobre a natureza das relações sociais e sobre o seu papel nestas

relações, tendo facilidade em definir e distinguir alguns conceitos associados a estas relações sociais. Durante a aplicação da prova não surgiram exemplos de responsabilidades adequadas à idade do B., sugerindo alguma irresponsabilidade tanto em tarefas do dia-a-dia, como relativamente a perspetivas para o futuro.

- na área da imaginação, o B. revelou grande dificuldade em “fazer de conta”, contando histórias muito pouco imaginativas nas tarefas “contar uma história a partir de um livro” e “criar uma história”. Agiu quase sempre como narrador e raramente como ator das suas histórias e não atribuiu significados simbólicos aos objetos utilizados na tarefa “criar uma história”.

- no que respeita a comportamentos estereotipados e interesses obsessivos, ao longo da aplicação da prova, não se observaram interesses sensoriais invulgares, nem qualquer tipo de rituais. Não fez referência a atividades ou temas sugestivos de configurar interesses obsessivos.

### ***Discussão clínica.***

Desde muito cedo que o B. apresenta sinais de uma PEA. Durante os primeiros 24 meses do seu desenvolvimento apresentava dificuldades ao nível da alimentação e um atraso no desenvolvimento da linguagem, começando a dizer as primeiras palavras apenas após os 24 meses e, mesmo nessa altura, com alguma dificuldade, o que criava dificuldades de comunicação com terceiros (excetuando os pais). Este tipo de atraso no desenvolvimento da linguagem é um sinal típico da presença de uma PEA (Reetzke, Zou, Sheng, & Katsos, 2015; Rocha, 2002, citado por Freire, 2012; Turygin, Matson, Konst, & Williams, 2013)

Aquando a entrada do B. no infantário, as dificuldades tornam-se óbvias para as educadoras, que o consideram B. uma criança especial, uma vez que não partilhava brinquedos e brincadeiras com outras crianças e mostrava interesses restritos e repetitivos. Estes sintomas, aliados ao atraso da linguagem que já se manifestava desde os 24 meses, configuram um caso típico de PEA (Scheeren, Koot e Beeger, 2012). A falta de interesse em partilhar o seu espaço,

emoções e sentimentos com outras crianças, juntamente com o surgimento de interesses restritos, dificultavam a inclusão social de B. com os colegas, situação típica em crianças com este tipo de perturbação. Este quadro de desenvolvimento neuroatípico fez com que B. fosse sinalizado para terapia da fala e se adiasse a entrada do mesmo no 1º ciclo por um ano.

Do processo de adaptação do B. ao 1º ciclo surgem as mesmas dificuldades (ao nível da socialização, da necessidade de controlo e rigidez nas brincadeiras, manifestações consistentes com um caso típico de PEA) mas com uma nova agravante: a nova professora não entende as dificuldades do B., agride-o com frequência, ao ponto de o deixar marcado e sobrecarrega-o com trabalhos, situação que, segundo os pais, traumatizou o B., que deixou de querer ir para a escola. O desconhecimento dos professores face a este tipo de problemática é, ainda hoje, uma realidade, existindo ainda uma grande lacuna ao nível das estratégias de apoio para esta população (conforme discutido com Rita Soares, psicóloga clínica). Por outro lado, muitos dos casos de PEA só são diagnosticados na adolescência ou inícios da idade adulta, o que dificulta o acesso às adequações escolares necessárias.

A entrada do B. no 2º ciclo foi igualmente difícil, pois volta a ser vítima de agressões, agora por parte dos colegas. A relação entre as dificuldades sociais apresentadas por crianças com PEA e o bullying tem sido estudada, sabendo-se hoje que estas crianças são especialmente vulneráveis, uma vez que o isolamento social as torna os alvos fáceis, visto não terem estruturas de apoio social (Cappadocia, Weiss, & Pepler, 2012; van Roekel, Scholte, & Didden, 2010). Para além das dificuldades sociais, também as dificuldades de aprendizagem se tornam mais marcadas, uma vez que as dificuldades ao nível da Velocidade de Processamento do B. tornavam difícil acompanhar o ritmo das aulas.

Reportando aos resultados dos testes, parece relevante mencionar os resultados contraditórios entre o preenchimento do ASDS pelos pais e da aplicação do ADI-R. Primeiramente, o preenchimento do ASDS remete-se para a infância e adolescência da pessoa

avaliada, pelo que sugere enviesamentos. Por outro lado, os pais preenchem a escala sozinhos, pelo que, dadas as diferentes manifestações sintomáticas das PEA (Brentani et al., 2013; Eagle et al., 2010, citado por Lampton & Zlomke, 2014), é esperado que não consigam identificar alguns dos sinais que, com experiência clínica e conhecimento sobre as referidas manifestações, acabam por se tornar evidentes para o examinador no decorrer da aplicação do ADI-R.

A avaliação da hipótese diagnóstica de PEA, tendo em conta os resultados dos testes supramencionados, assim como a discussão clínica do caso, revelou que os sinais e sintomas presentes ao longo do desenvolvimento são suficientes para estabelecer o diagnóstico. Desde a sua infância, B. revelou:

A. Défices persistentes na comunicação e interação social observáveis em diferentes contextos e manifestando-se através de:

- 1) Défices na reciprocidade socio-emocional (partilha de interesses e emoções);
- 2) Défices nos comportamentos de comunicação não-verbal utilizados na interação social (integração pobre entre comunicação verbal e não-verbal);
- 3) Défices no estabelecimento e manutenção de relações sociais ajustadas (dificuldade em ajustar o comportamento para se adaptar a diferentes contextos sociais e em fazer amigos).

B. Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e repetitivos:

- 1) Adesão excessiva a rotinas e resistência à mudança;
- 2) Interesses restritos e intensos;
- 3) Hiper-reactividade sensorial.

Os défices na comunicação e interação social e os padrões de comportamento restritos e repetitivos identificados na avaliação permitem antecipar uma gravidade de nível 1, sem comprometimento cognitivo/intelectual.

### ***Reflexão sobre o caso.***

A avaliação deste caso, apesar de seguir o mesmo protocolo da avaliação do caso clínico A., foi pautado por muito menos nervosismo e insegurança. O feedback positivo da primeira avaliação permitiu-me ganhar confiança nas minhas capacidades e, por outro lado, uma maior familiarização com a aplicação dos instrumentos de avaliação garantiu uma avaliação mais descontraída, mais serena. Um outro fator que contribuiu definitivamente para o bom funcionamento do processo de avaliação prende-se com o tipo de interação que se estabeleceu com o B., verticalmente oposto ao que aconteceu com o A. Se, por um lado, o A. tinha uma postura pedante, distante e quase trocista do trabalho realizado em psicologia, o B. tinha uma postura afável, dócil, quase infantil, que permitia uma descontração diferente da minha parte.

Numa perspetiva diferente, foi um caso menos desafiante que o primeiro. É um caso no qual as manifestações de PEA se apresentam de forma típica e continuada desde o início do desenvolvimento de B., tendo impactos tanto ao nível familiar como escolar. Todo o seu percurso foi pautado por dificuldades ao nível da comunicação, da interação social e dos interesses e comportamentos restritos e repetitivos, pelo que chegar a uma conclusão sobre o diagnóstico foi relativamente mais simples que no caso do A.

Em conclusão, foi um processo enriquecedor, no sentido em que me permitiu não só continuar a desenvolver as minhas competências enquanto futuro profissional de Psicologia Clínica, mas também conhecer uma faceta diferente do tipo de interação presente neste tipo de população.

### **3.6 Discussão Global do Trabalho de Estágio**

Neste capítulo encontra-se a discussão geral do trabalho desenvolvido no estágio, englobando não só as problemáticas trabalhadas mas também os tipos de intervenções possíveis

para esses casos, assim como uma reflexão pessoal sobre as aprendizagens adquiridas e o estado atual da pesquisa na PEA.

Esta perturbação do neurodesenvolvimento, na sua atual denominação pelo DSM-V, é caracterizada por uma tríade de dificuldades ao nível da comunicação, da interação social e dos interesses restritos e obsessivos, com quadros sintomáticos heterogêneos, que se posicionam, relativamente à sua severidade, num *continuum* de dificuldades, variando do nível Um ao Três (*American Psychiatric Association*, 2013; Bone et al., 2014; Ganz et al., 2011; Scheeren, Koot, & Begeer, 2012). Torna-se necessário, então, refletir sobre os impactos das variadíssimas manifestações da tríade sintomática ao longo do desenvolvimento do indivíduo, uma vez que os sintomas deste tipo de perturbação se manifestam, normalmente, na infância (Tamahana, Perissinoto, & Chiari, 2008).

Dada a manifestação de sintomas durante a infância, é imperativo criar formas de avaliar, da forma mais concreta e precoce possível, este tipo de perturbação, uma vez que um diagnóstico atempado permitirá a criação de planos de intervenção precoce, que terão como principal objetivo colmatar as falhas comunicacionais e sociais destes indivíduos, assim como a extinção de comportamentos desadequados, estimulando-os no sentido do treino de competências sociais (Filipek, Acardo, & Ashwal, 2000, citado por Falkmer, Anderson, Falkmer, & Horlin, 2013), visando o melhor funcionamento possível para o futuro (Dawson, 2008). No entanto, a avaliação de uma PEA não é um processo simples, dadas as características próprias da população, que dificultam a utilização de medidas de autorrelato, tornando fulcral a inclusão de outras entidades para o bom funcionamento do processo (Bastiaansen et al., 2011).

Com base na minha experiência com este tipo de população considero fundamental a criação de infraestruturas que facilitem a transição destes indivíduos para o mercado de trabalho. Invariavelmente, nos casos acompanhados de adultos com PEA, o final da escolaridade implicava a perda de rotinas, ficando os indivíduos em casa ou integrado em

programas/pequenas formações que, sendo positivas, não lhes garantem um meio de sustento. Muitas vezes, os défices sentidos ao nível da comunicação e interação social não prejudicam diretamente o cumprimento das tarefas associadas ao posto de trabalho (organização, digitalização e cópia de documentos, por exemplo). No mesmo sentido, os interesses restritos e repetitivos acabam por se tornar um fator facilitador, uma vez que funções altamente repetitivas não são um problema, uma vez que evitam a necessidade de adaptação à mudança, dificuldade comum nesta perturbação. Obviamente, isto não significa que indivíduos com PEA se consigam adaptar a uma realidade mais abrangente do mercado de trabalho: com baixas capacidades de integração em equipa, dificuldades ao nível social, gosto particular por tarefas repetidas e dificuldades ao nível da mudança e da capacidade de adaptação, a diversidade de postos de trabalho prontos adequados para esta população são, à partida, escassos. Mas é possível fazerem-se adaptações aos postos de trabalho, no sentido de adequar as funções às capacidades dos indivíduos, estimulando a sua autonomia e criando uma forma de sustento.

Os estudos sobre este tipo de perturbação têm vindo a aumentar exponencialmente desde a década de 40, quando Kanner fez a sua primeira referência ao tema (Antunes, 2009; Filipe, 2015). No entanto, mesmo após várias décadas de pesquisas, continuam a não existir consenso quanto às causas da perturbação, assim como quanto às suas comorbilidades (Trammell, Wilczynski, Dale, & McIntosh, 2013). Parece-me necessário, então, continuar a tentar deslindar os mistérios que ainda se põem relativamente à PEA, no sentido de conseguir prestar a melhor ajuda possível no contexto da Psicologia Clínica.

### **3.7 Reflexão Global**

Ao longo de quatro anos de formação académica em Psicologia, um deles já em Psicologia Clínica, houve sempre uma questão que me deixou incomodado: a falta de uma componente prática mais presente. De facto, a aprendizagem teórica é a base da passagem à prática na

grande maioria das profissões, não sendo a Psicologia uma exceção, mas a constante falta de um enquadramento prática da informação transmitida fez-me sempre sentir que havia algo em falta. Assim, a oportunidade de poder realizar um estágio curricular surgiu como uma primeira oportunidade de estar na linha da frente e passar da teoria à prática, aplicar e consolidar os conhecimentos já obtidos e adquirir novos.

A temática das Perturbações do Desenvolvimento foi, desde o início do meu caminho na Psicologia, uma temática do meu interesse. Perceber o porquê das diferenças, tentar compreender a multitude de trajetórias de desenvolvimento possíveis ou observar toda uma panóplia de diferentes manifestações sintomáticas e quadros clínicos para uma patologia eram alguns dos temas que gostava de poder aprofundar e, como tal, a escolha desta instituição pareceu-me não só natural mas quase óbvia.

As minhas expectativas eram altas: começar o estágio enquanto observador e terminá-lo sendo o mais independente possível, conduzindo acompanhamentos com o mínimo de intervenção exterior possível. Em retrospectiva, não posso dizer que as minhas expectativas tenham sido superadas ou sequer alcançadas. A visão da instituição do estagiário enquanto aprendiz e não como força de trabalho, aliado a uma política de exigência e profissionalismo no atendimento aos clientes, levantam questões sobre a adequação da condução das sessões de acompanhamento pelos estagiários. É, de facto, complicado sentir que a parte mais “importante” do estágio, o momento pelo qual estive à espera durante os quatro anos que antecederam o estágio, o primeiro acompanhamento um-para-um com o cliente não vai acontecer. Neste sentido, a vertente prática do estágio ficou algo aquém das minhas expectativas iniciais. Por outro lado, e olhando para trás, penso que esta falta de autonomia também me desmotivou um pouco, sendo que talvez pudesse ter feito mais sugestões e ter tentado encontrar alternativas no sentido de ser mais ativo e participativo.

Apesar das dificuldades mencionadas, o estágio nesta instituição permitiu-me observar variadíssimos casos de PDs e, para além da observação, foi-me ainda concedida a hipótese de aplicar várias WAIS-III, assim como dois protocolos completos de despiste de PEA. Estes momentos proporcionaram-me a possibilidade de desenvolver competências práticas ao nível da avaliação psicológica, um outro campo pelo qual qualquer estudante de psicologia anseia. Não diria que, no campo da avaliação psicológica, o estágio tenha correspondido às minhas expectativas, uma vez que esperava poder ter realizado mais avaliações, mas também é possível que as minhas expectativas, por desconhecimento e ingenuidade, fosse demasiado altas e desajustadas da realidade da instituição.

Posto isto, as maiores dificuldades sentidas no estágio, pautadas por enormes quantidades de ansiedade, passaram pela aplicação dos instrumentos de avaliação. Inicialmente, a primeira preocupação foi a aplicação da WAIS-III. No entanto, com o apoio constante da orientadora antes e durante a primeira aplicação, o processo decorreu sem grandes incidentes e, se por um lado me ajudou a ter uma melhor perceção das minhas capacidades, por outro penso que tranquilizou algumas preocupações da minha orientadora quanto à minha competência enquanto estagiário, facilitando o acesso a avaliações futuras. Um outro momento difícil de gerir foi a primeira aplicação do protocolo de PEA. Este momento incluía não um mas dois instrumentos novos, sendo um deles aplicado numa entrevista com os pais do indivíduo em questão. Mais uma vez, foi uma situação de pressão, envolta pelo medo de errar, apesar da constante reafirmação por parte da orientadora de que o meu papel enquanto estagiário passava por aprender e, como tal, errar era normal. Felizmente, também esta aplicação correu pelo melhor, o que mais uma vez serviu para me reassegurar acerca das minhas capacidades.

Um outro aspeto que ficou aquém das minhas expectativas foram as aulas de seminário. Imaginei, desde o início do estágio, as aulas de seminário não apenas como um local onde todas as dúvidas são permitidas e podem ser esclarecidas, mas também um local de exposição de

conhecimentos e dados concretos, área na qual sinto que poderia ter corrido melhor. Contava com apresentações de casos clínicos por parte dos professores, com exemplos das estratégias usadas, os porquês das mesmas e os seus resultados. Estes momentos aconteceram, mas de uma forma pouco estruturada e frequente, o que, no caso de estágios com menos autonomia, acaba por ser desmotivante.

### 3.8 Considerações Finais

Este estágio não teria sido possível sem o protocolo existente entre a Universidade Autónoma de Lisboa e a instituição em questão, pelo que é devido um agradecimento a ambas as entidades.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washingto, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013a). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5.
- Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos. Da hiperatividade à síndrome de asperger, da dislexia às perturbações do sono. As respostas que procura*. Lisboa: Verso de Kapa
- Attwood, T. (2010). *A Síndrome de Asperger*. Lisboa: Babel.
- Autismo e Realidade, (n.d). Diagnóstico de autismo. Retirado de <http://autismoerealidade.org/informe-se/sobre-o-autismo/diagnosticos-do-autismo/>.
- Acedido a 10 de Outubro de 2015.

- Bandeira de Lima, C., & Levy, P. (2012). A causa do autismo: investigação etiopatogénica. In Bandeira de Lima, C. (coord). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção*, 13-22. Lisboa: Lidel
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum disorder quotient (AQ): evidence from asperger syndrome/high-functionism autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 31, 5-17.
- Bastiaansen, J., Meffert, H., Hein, S., Huizinga, P., Ketelaars, C., Pijnenborg, M., Bartels, A., Minderaa, R., Keyzers, C., Bildt, A. (2011). Diagnosing autism spectrum disorders in adults: the use of the autism diagnosis observation schedule (ADOS) module 4. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 41, 1256-1266.
- Bellina, M., Brambilla, P., Garzitto, M., Negri, G., Molteni, M., & Nobile, M. (2013). The ability of CBCL DSM-oriented scales to predict DSM-IV diagnoses in a referred sample of children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 235-246. doi: 10.1007/s00787-012-0343-0
- Bishop-Fitzpatrick, L., Minshew, N. J., & Eack, S. M. (2013). A systematic review of psychosocial interventions for adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 687-694.
- Boggs, S. (2002). Review of the asperger syndrome diagnostic scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(6), 611-614. doi: 0162-3257/02/1200-0611/0
- Bondy, A. (2012). The unusual suspects: myths and misconceptions associated with PECS. *The Psychological Record*, 62, 789-816.
- Bone, D., Lee, C. C., Black, M. P., Williams, M. E., Lee, S., Levitt, P., & Narayanan, S. (2014). The psychologist as an interlocutor in autism spectrum disorder assessment:

- insight from a study of spontaneous prosody. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57, 1162-1177. doi: 10.1044/2014\_JSLHR-S-13-0062
- Borden, M. C. (2011). treating individuals who have autism: DSM-V, ABA, and beyond. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter*, 27(8), 1-6.
- Boyd, B. J. (2007). Effects of circumscribed interests on the social behaviors of children with autism spectrum disorders. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 37(8), 1550-1561.
- Brentani, H., Paula, C., Bordini, D., Rolim, D., Sato, F., Portolese, J., Pacifico, M., McCracken, J. (2013). Autism spectrum disorders: An overview on diagnosis and treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), S62-S72. doi: 10.1590/1516-4446-2013-S104
- CADIn. (2013). Núcleo de Adolescência e Idade Adulta.
- Callahan, K., Shukla-Mehta, S., Magee, S., & Wie, M. (2010). ABA versus TEACCH: the case for defining and validating comprehensive treatment models in autism. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 40(1), 74-88. doi:10.1007/s10803-009-0834-0
- Cappadocia, C., Weiss, J., Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 42, 266-277.
- Cawston, A., Callahan, J., Wrape, E. (2015). Pre-practicum training to facilitate social inference competency. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(1), 28-34.
- Chalfant, A. M., Rapee, R., Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1842-1857. doi: 10.1007/s10803-006-0318-4

- Cherry, K. (2014, December 16). What is observational learning? *About health*. Retirado de: <http://psychology.about.com/od/oindex/fl/What-Is-Observational-Learning.htm>
- Cicchetti, D., Lord, C., Koenig, K., Klin, A., Volkmar, F. (2008). Reliability of the ADI-R: Multiple examiners evaluate a single case. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38, 764-770. doi: 10.1007/s10803-007-0448-3
- Chiang, C. S. (2008). Nonverbal communication skills in young children with autism. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 38(10), 1898-1906.
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum. *Development and Psychopathology*, 20, 775-803.
- Ebesutani, C., Bernstein, A., Martinez, J., Chorpita, B., & Weisz, J. (2011). The youth self report: Applicability and validity across younger and older youths. *Journal of Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 338-346. doi: 10.1080/15374416.2011.546041
- Eich, A., Angst, J., Frei, A., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Gamma, A. (2012). A new rating scale for adult PHDA based on the symptom checklist 90 (SCL-90-R). *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 262(6), 519-528. doi: 10.1007/s00406-011-0288-1
- Falkmer, T., Anderson, K., Falkmer, M., & Horlin, C. (2013). Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 329-340. doi: 10.1007/s00787-013-0375-0
- Ferreira, S., Martins, M., Monteiro, S., & Pereira, A. (2014). Inventário de somatização para crianças (ISC-24). *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 15(3), 751-767. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150315>
- Filipe, C. (2012). *Autismo: Conceitos, Mitos e Preconceitos*. Lisboa: Verbo
- Filipe, C. (2015). *Crescer e Viver Diferente*. Lisboa: Verso de Kapa.

- Franic, S., Dolan, C., Borsboom, D., van Beijsterveldt, C., Boomsma, D. (2014). Three-and-a-half-factor model? The genetic and environmental Structure of the CBCL/6-18 Internalizing Grouping. *Behavior Genetics*, 44, 254-268. doi: 10.1007/s10519-013-9628-4
- Freire, C. M. B. (2012). Comunicação e interação social da criança com perturbação de espectro do autismo. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências da Educação – Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
- Ganz, J. B., Lashley, E., & Rispoli, M. J. (2010). Non-responsiveness to intervention: Children with autism spectrum disorders who do not rapidly respond to communication interventions. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(6), 399-407. doi:10.3109/17518423.2010.508298
- Ganz, J., Earles-Vollrath, T., Heath, A., Parker, R., Rispoli, M., & Duran, J. (2012). A meta-analysis of single case research studies on aided augmentative and alternative communication systems with individuals with autism spectrum disorders. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 42(1), 60-74. doi:10.1007/s10803-011-1212-2
- Goldstein, S. (2002). Review of the asperger syndrome diagnostic scale. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 32(6), 611-614.
- Grigorenko, E., Geiser, C., Slobodskaya, H., & Francis, D. (2010). Cross-informed symptoms from CBCL, TRF and YSR: trait and method variance in a normative sample of russian youths. *Psychological Assessment*, 4, 893-911. doi: 10.1037/a0020703.
- Halleröd, S., Larson, T., Stahlberg, O., Carlström, E., Gillberg, C., Anckarsäter, H., Ramstam, M., Lichtenstein, P., Gillberg, C. (2010). The autism – Tics, AD/HD and other comorbidities (A-TAC) telephone interview: Convergence with the child behavior checklist (CBCL). *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 218-224.

- Hartmann, K., Urbano, M., Manser, K., & Okwara, L. (2012). Modified dialectical behavior therapy to improve emotion regulation in autism spectrum disorders. In Richardson, C. E., & Wood, R. A., (eds). *Autism Spectrum Disorders*, (41-72). New York, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Hattier, M., Matson, J., & Kozlowski, A. (2012). Communication skills in children with cerebral palsy and autism spectrum disorder. *Journal Of Developmental & Physical Disabilities*, 24(1), 85-93. doi:10.1007/s10882-011-9256-y
- Hewitt, S. (2006). Compreender o Autismo – Estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares. Porto: Porto Editora.
- Hurt, A. A., Grist, C. L., Malesky, L. A., & McCord, D. M. (2013). Personality traits associated with occupational 'burnout' in ABA therapists. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 26(4), 299-308. doi:10.1111/jar.12043
- INFARMED (2015). Aripiprazol. Retirado de:  
[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=585923&tipo\\_docfi](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=585923&tipo_docfi)
- INFARMED. (2015). Lítio. Retirado de:  
[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=30076&tipo\\_doc=fi](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30076&tipo_doc=fi)
- INFARMED. (2015). Valproato. Retirado de:  
[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=38032&tipo\\_doc=r](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=38032&tipo_doc=r)  
 cm
- Ke, F., & Im, T. (2013). Virtual-reality-based social interaction training for children with high-functioning autism. *Journal Of Educational Research*, 106(6), 441-461.
- Klin, A., Danovitch, J. H., Merz, A. B., & Volkmar, F. R. (2007). Circumscribed interests in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: An exploratory study. *Research & Practice For Persons With Severe Disabilities*, 32(2), 89-100.

- Krebs, M. A. (2010). The effects of peer training on the social interactions of children with autism spectrum disorders. *Education*, 131(2), 393-403.
- Lamport, D., & Zlomke, K. (2014). The broader autism phenotype, social interaction anxiety, and loneliness: implications for social functioning. *Current Psychology*, 33(3), 246-255. doi: 10.1007/s12144-014-9210-0
- Leite, S.S., Botton, M., Botton, F., Relvas, A., Palha, M., & Antunes, N.L. (2003). *FVA03 – CADIn*. Guide, Artes Gráficas.
- Lerna, A., Esposito, D., Conson, M., & Massagli, A. (2014). Long-term effects of PECS on social-communicative skills of children with autism spectrum disorders: a follow-up study. *International Journal Of Language & Communication Disorders*, 49(4), 478-485. doi:10.1111/1460-6984.12079
- Lerna, A., Esposito, D., Conson, M., Russo, L., & Massagli, A. (2012). Social-communicative effects of the Picture Exchange Communication System (PECS) in Autism Spectrum Disorders. *International Journal Of Language & Communication Disorders*, 47(5), 609-617. doi:10.1111/j.1460-6984.2012.00172.x
- Levy, A., & Perry, A. (2011). Outcomes in adolescent and adults with autism: A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 5(4), 1271-1282. doi: 10.1016/j.rasd.2011.01.023
- Lozowski-Sullivan, S. (2011). Psychometric properties of diagnostic assessment instruments for autism spectrum disorders in a community sample aged 2 through 17 years. Dissertação de Doutorado. Western Michigan University.
- MacKay, T. A. (2007). Developing social interaction and understanding in individuals with autism spectrum disorder: A groupwork intervention. *Journal Of Intellectual & Developmental Disability*, 32(4), 279-290.

- Magaña, S., & Smith, L. (2013). The use of the autism diagnostic interview revised with a latino population of adolescents and adults with autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 43, 1098-1105. doi: 10.1007/s10803-012-1652-3
- Mattila, M. I. (2010). Comorbid psychiatric disorders associated with asperger syndrome/high-functioning autism: A community- and clinic-based study. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 40(9), 1080-1093.
- Martins, L. (2011). Obesidade e morbilidade psicológica: psicopatologia, alterações da personalidade, auto-conceito e estratégias de coping em obesos selecionados e a aguardar cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Portuguesa.
- Mónico, L., Jordão, E., Sousa, A., Campos, I. (2012). Indisciplina e problemas emocionais em adolescentes: Estudo com o YSR. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 505-516.
- Navarro, J. (2002, January 2). Becoming a great observer. Observation is key to survival ye few of us do it well. *Psychology Today*. Retirado de:  
<https://www.psychologytoday.com/blog/spycatcher/201201/becoming-great-observer>
- O'Haire, M. (2013). Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 43(7), 1606-1622. doi:10.1007/s10803-012-1707-5
- Oliveira, G., Mecca, T., Morão, C., Silva, P., & Macedo, E. (2014). Cognitive profiles on the WAIS-III intelligence test in brazilian adults with dyslexia. *Psychology & Neuroscience*, 7(4), 551-557. doi: 10.3922/j.psns.2014.4.14
- Paap, M., Meijer, R., Bebbler, J., Pedersen, G., Karterud, S., Hellem, F., Haraldsen, I. (2011). A study of the dimensionality and measurement precision of the SCL-90-R using item

- response theory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(3), e39-e55. doi: 10.1002/mp
- Pan S, Jiang H, Du J, Chen H, Li Z, Ling W, et al. (2015). Efficacy of cognitive behavioral therapy on opiate use and retention in methadone maintenance treatment in china: A randomized trial. *PLoS ONE* 10(6): e0127598. doi:10.1371/journal.pone.0127598
- Papanikolaou, K., Paliokosta, E., Houliaras, G., Vgenopoulou, S., Giouroukou, E., Pehlivanidis, A., Tomaras, V., & Tsiantis, I. (2008). Using the autism diagnostic interview-revised and the autism observation schedule-generic for the diagnosis of autism spectrum disorders in a greek sample with a wide range of intellectual abilities. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 39, 414-420. doi: 10.1007/s10803-008-0639-6
- PCST<sup>TM</sup> Symbols - Picture Communication Symbols. (n.d.). Retirado de <http://www.mayer-johnson.com/category/symbols-and-photos>. Acedido a 13 de Outubro de 2015.
- Ramos, J., Xavier, S., & Morins, M. (2012). Perturbações do espectro do autismo no adulto e suas comorbilidades psiquiátricas. *Psilogos*, 12(2), 9-23.
- Ready, R. E., & Veague, H. B. (2014). Training in psychological assessment: Current practices of clinical psychology programs. *Professional Psychological: Research and Practice*, 45(4), 278-282. doi: 10.1037/a0037439
- Reetzke, R., Zou, X., Sheng, L., & Katsos, N. (2015). Communicative development in bilingual exposed children with autism spectrum disorders. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 58, 813-825.
- Renaud, J., Russel, J. J., Myhr, G. (2014). Predicting who benefits most from cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 924-932. doi: 10.1002/jclp.22099

- Scattone, D., & Mong, M. (2013). Cognitive therapy in the treatment of anxiety for adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Psychology in the Schools*, 50(9), 923-935. doi: 10.1002/pits.21717
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com Autismo*. Porto: Porto Editora.
- Spek, A., Scholte, E., van Berckelaer-Onnes, I. (2008). Brief report: The use of WAIS-III in adults with HFA and asperger syndrome. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38, 782-787. doi: 10.1007/s10803-007-0446-5
- Stephens, M. W. (1970). Training in behavioral observation and clinical inference. *Professional Psychology*, 1(5), 483. doi:10.1037/h0031719
- Tulbure, B.T., Szentagotai, A., David, O., Ștefan, S., Månsson, K. N.T., David, D., et al. (2015). Internet delivered cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in Romania: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 10(5): e0123997. doi:10.1371/journal.pone.0123997
- Scheeren, A., Koot, J., & Beeger, S. (2012). Social interaction style of children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 42(10), 2046-2055.
- South, M., Ozonoff, S., & McMahon, W. (2005). Repetitive behavior profiles in asperger syndrome and high-functioning autism. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 35(2), 145-158. doi:10.1007/s10803-004-1992-8
- Tahamana, A. C., Perissinoto, J., & Chiari, B. M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do autismo infantil e da síndrome de asperger. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(3), 296-299.
- Tang X, Yang F, Tang T, Yang X, Zhang W, Wang X, et al. (2015). Advantages and challenges of a village doctor based cognitive behavioral therapy for late-life depression

- in Rural China: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 10(9): 0137555. doi:10.1371/journal.pone.0137555
- Trammell, T., Wilczynski, S. M., Dale, B., McIntosh, D. E. (2013). Assessment and differential diagnosis of comorbid conditions in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Psychology in the Schools*, 50(9), 936-946. doi: 10.1002/pits.21720
- Turygin, N., Matson, J., Konst, M., & Williams, L. (2013). The relationship of early communication concerns to developmental delay and symptoms of autism spectrum disorders. *Developmental Neuropsychology*, 16(4), 230-236.
- van Der Schaaf, M. E., Schmits, I., Roerink, M., Geurts, D. E., Toni, I., Roelofs, K., et al. (2015). Investigating neural mechanisms of change of cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *BioMedCentral Psychiatry*, 15, 144-157.
- van Elst, L. T., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T., Riedel, A. (2013). High-functioning autism spectrum disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(2), 189-196. doi: 10.1007/s00406-013-0459-3
- van Roekel, E., Scholte, R., Didden, R. (2010). Bullying among adolescents with autism spectrum disorders: Prevalence and Perception. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 40, 63-73.
- Waris, P. P. (2013). The relationship between Asperger's syndrome and schizophrenia in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(4), 217-223.
- Weiss, J. A., Wingsong, A., & Lunsky, Y. (2014). Defining crisis in families of individuals with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(8), 985-995. doi: 10.1177/1362361313508024

- Wilson, C. E., Gillan, N., Spain, D., Robertson, D., & Roberts, G. (2013). Comparison of ICD-10R, DSM-IV-TR and DSM-V in an adult autism spectrum disorder diagnostic clinic. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 2515-2525. doi: 10.1007/s10803-013-1799-6
- Woodbury-Smith, M., Clare, I., Holland, A., Watson, P., Bambrick, M., Kearns, A., Staufenberg, E. (2010). Circumscribed interests and 'offenders' with autism spectrum disorders: a case-control study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(3), 366-377. doi: 10.1080/14789940903426877
- World Health Organization, (2015). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision. Retirado de:  
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>