



# Síndrome de Asperger e o Bullying

Uma realidade escondida

José Pedro Machado Antunes

Mestrado Integrado em Medicina

Dissertação Orientada pela  
Mestre Paula Cristina Correia

Covilhã, Junho 2008

## Resumo

O Síndrome de Asperger foi inicialmente descrita por Hans Asperger em 1944. Actualmente é considerada uma perturbação pervasiva do desenvolvimento. É caracterizada pela difícil interacção social e os interesses e comportamentos restritos como se observa no autismo, mas o seu desenvolvimento é marcado pela ausência de atraso clinicamente significativo na linguagem, capacidade cognitiva, capacidades de auto-ajuda e curiosidade sobre o meio ambiente.

Apesar de não haver um consenso universal quanto a sua prevalência, estima-se que seja de 1 em cada 200 a 300 indivíduos. Existem estudos que procuram a sua etiologia, conseguindo demonstrar certas relações genéticas e lesões, disfunções e variações cerebrais.

Existem vários critérios de diagnóstico para o Síndrome de Asperger, apesar de ainda não se ter chegado a consenso acerca do “gold standard”. Existem atitudes, intervenções e tratamento a realizar nestes doentes. No entanto não há cura para esta perturbação.

Devido as suas características de personalidade as crianças com Síndrome de Asperger são alvos perfeitos para serem vítimas de bullying. Há medidas a serem tomadas para reduzir a incidência destes trágicos acontecimentos com sérias repercussões.

## Abstract

The Asperger Syndrome was first described by Hans Asperger in 1944. Today it is considered a pervasive development disorder. It is characterized by the difficult social interaction and restricted interest and behaviour as one can observe in autism, but its development is marked by the absence of clinically significant delay in language, cognitive ability, capacity for self-help and curiosity about environment.

Although there is no universal consensus on its prevalence, it is estimated that there is 1 out of every 200 to 300 individuals. There are studies that seek its etiology, and demonstrate certain genetic relationships and injuries, variations and brain disorders.

There are several criteria for diagnosis of Asperger Syndrome, although a consensus concerning the goal standard has not been achieved yet. There are interventions and treatment to be implemented in these patients. However, there is no cure for this disorder.

Because of their personality characteristics, children with Asperger Syndrome are perfect bullying targets. There are measures to be taken to reduce the incidence of these tragic events with serious repercussions.

*“Onde a força de vontade é grande,  
as dificuldades não podem sê-lo”*

Nicolau Maquiavel

## Agradecimentos

Apesar de ser uma página como tantas outras que apresento ao longo desta dissertação tem certamente um valor simbólico muito maior. Não pela dificuldade tive em escrevê-la (apesar de ser sempre difícil encontrar as palavras certas), mas pela sinceridade com que a escrevo...

Queria deixar expresso em primeiro lugar, o agradecimento à Mestre Paula Correia, Pedopsiquiatra no Centro Hospitalar Cova da Beira por toda a atenção e disponibilidade que me demonstrou ao longo destes meses. Foi uma honra e um prazer poder contar com a sua orientação.

Também agradeço a força, coragem e carinho que recebi por parte de toda a minha família, em especial dos meus pais, Armando e Manuela, e do meu irmão Filipe, que se mostraram sempre disponíveis e prontos em todos os momentos do meu percurso académico.

Gostaria também de deixar presente o agradecimento ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco pelo seu empenho e contributo para a estruturação, organização e apoio no Mestrado Integrado em Medicina.

Por fim, mas não menos importante, um sincero agradecimento a toda a Universidade da Beira Interior, em especial a Faculdade de Ciências da Saúde, enquanto instituição, que me apoiou e me deu o conhecimento e formação para alcançar a concretização do meu Mestrado Integrado em Medicina.

## Índice

Introdução .....	1
Capítulo I – A Epidemiologia.....	6
Capítulo II - Definições e Quadro Clínico.....	9
Critérios de Diagnóstico de Síndrome de Asperger.....	19
Gillberg e Gillberg (1989).....	19
Szatmari, Bremner e Nagy (1989).....	20
ICD-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993).....	21
DSM-IV (American Psychiatric Association, APA1994).....	22
Capítulo III - Etiologia .....	23
Genética: .....	23
Lesões, Disfunções e Variações Cerebrais.....	24
Factores Psico-Sociais.....	26
Capítulo IV - Co-Morbilidades .....	27
Capítulo V - Diagnóstico Diferencial .....	29
Asperger e o Espectro do Autismo .....	29
Asperger e ADHD. ....	31
Capítulo VI - Escola e Dificuldades de Aprendizagem .....	33
Capítulo VII – Bullying e o Síndrome de Asperger.....	34
Definições gerais e epidemiologia.....	34
Os Agressores - “Os Bullies” .....	37
As Vítimas – “Os Alvos” .....	39
Síndrome de Asperger. “Os Alvos Perfeitos” .....	42
Consequências:.....	45
Clínica, Medidas e Intervenção. ....	46
Capítulo VIII - Atitudes, Intervenções e Tratamento .....	51
Capítulo IX – O Meu Contributo para a Ciência - Um Olhar Crítico Sobre o Síndrome Asperger .....	58
Conclusão .....	63
Bibliografia .....	65

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Espectro do Autismo .....	9
Tabela 2- Temas de Interesses Especiais de Crianças com S.A. -.....	16
Tabela 3- Tipos de Bullying.....	35
~	
Tabela 4- Características Gerais dos Bullies .....	38
Tabela 5 - Características Gerais de um Alvo- .....	41
Tabela 6 - Características Gerais das Crianças com S.A.; Apresentação Social Evitante/Passiva e Envolvente.....	44
Tabela 7- Sinais e Sintomas Possíveis de Serem Observados em Alvos de Bullying. ....	47
Tabela 8 - Lista de exemplos das dificuldades, estratégias compensacionais, e estratégias terapêuticas num caso específico com S.A- .....	57

## Índice de Ilustrações

Ilustração 1- Comparação das Vias do Desenvolvimento Normal, do Autismo e do Síndrome de Asperger .....	31
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## Introdução

As perturbações pervasivas do desenvolvimento (PPD) englobam um conjunto de condições congênicas caracterizadas fundamentalmente por uma marcada perturbação qualitativa da interação social, dificuldades de comunicação, défices no jogo simbólico e uma gama variável de padrões desde comportamentos repetitivos e estereotipados a interesses específicos. Inclui, segundo DSM-IV-TR, perturbações que podem estar invariavelmente associadas a atrasos mentais (p.e. Síndrome de Rett), associadas ou não a atrasos mentais (autismo e PPD não específica) ou ainda associadas a um nível de inteligência normal ou superior (Síndrome de Asperger). As PPD estão entre as mais comuns das perturbações do desenvolvimento<sup>46</sup>. No entanto a sua apresentação clínica tem uma grande variabilidade. Varia em termos do seu perfil sintomatológico, mas todos eles apresentam em comum uma disrupção no processo de socialização.

O protótipo das PPD é o autismo<sup>47</sup>. Autismo significa literalmente que o sujeito vive em função de si próprio<sup>80</sup>. Foi inicialmente descrito por Leo Kanner no hospital Johns Hopkins em 1943<sup>45</sup>. Ele descreveu 11 casos aos quais determinou um distúrbio autista no contacto afectivo<sup>45</sup>. Em todos os casos ele relatou uma incapacidade de relacionamento com as pessoas logo desde o início da vida<sup>47</sup>. Ele também constatou que apresentavam alterações nas respostas ao ambiente onde incluiu os maneirismos motores estereotipados, resistência a mudança ou perseverança. Tal como aspectos invulgares de comunicação na criança como a tendência para a ecolalia e a inversão pronominal<sup>46</sup>. Ao longo dos anos 50 e 60, vários autores se debruçaram sobre a questão da natureza e da etiologia do

autismo. A mais consensual na época era que seria causada pelos pais que eram emocionalmente frios com os seus filhos – hipóteses “*refrigerator mothers*”<sup>46</sup>. Apesar de esta teoria ter sido abandonada pela maior parte do mundo, pode ainda ser creditada em algumas partes da Europa e América latina. No início dos anos 60 começou a ganhar força a teoria de que o autismo seria uma doença cerebral, presente desde a infância e encontrada em todas as partes do mundo, todas as etnias, raças e classes sócio-económicas.

Michael Rutter 1978, propôs uma definição para o autismo através de 4 critérios: 1) Défice na socialização e não relacionada apenas com o atraso na função mental. 2) Problemas na comunicação e não relacionados com atraso da função mental 3) Comportamentos incomuns tais como movimentos estereotipados e maneirismos 4) Antes dos 30 meses de idade.

Mais tarde, em 1980, sob a influência de Rutter, no DSM-III, surgiu uma nova classe de perturbações- PPD- na qual o autismo foi a primeira a ser reconhecida e enquadrada. A aprovação e aceitação desta nova classe de perturbações foram-se fixando na comunidade científica sendo também adoptada na X revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (ICD-10).

O Autismo apresenta uma marcada perturbação da interacção social, desvios na comunicação e comportamentos e interesses restritivos ou estereotipados. Estas anomalias são encontradas antes dos 3 anos de idade<sup>46</sup>. Apresenta-se como uma perturbação neurobiológica com um grande componente genético<sup>47</sup>.

Síndrome de Asperger (S.A.) é outra perturbação incluída nas PPD. É caracterizada pela difícil interação social e os interesses e comportamentos restritos como se observa no autismo, mas o seu desenvolvimento é marcado pela ausência de atraso clinicamente significativo na linguagem, capacidade cognitiva, capacidades de auto-ajuda e curiosidade sobre o meio ambiente. Foi em 1944, Hans Asperger, um pediatra Austríaco interessado em educação especial, que descreveu crianças com dificuldades de integração social nos grupo<sup>5</sup>. Na sua descrição sumária das características peculiares desta perturbação à qual denominou de "psicopatologia autista", ele fazia referência a sua funcionalidade intelectual distinta onde incluía problemas de atenção, comportamento problemático nas situações sociais e a sua restrição de emoções e instintos. Já em 1926, um Neurologista Russo, Ewa Ssucharewa, tinha descrito numa publicação própria, um quadro clínico em tudo semelhante que denominou de "perturbação de personalidade autista". No entanto a sua publicação não suscitou quaisquer interesses da comunidade científica até ao século XX, onde foi revista e comparada pela Psiquiatra Escocesa Sula Wolff. Foi Lorna Wings, em 1981, que publicou 34 casos aos quais se referiu como tendo "Síndrome de Asperger". O interesse no seu trabalho começou a crescer globalmente. Foi em 1991, aquando da tradução para Inglês e publicação do texto original de Asperger, que o tema se tornou debate internacional com relevada importância de discussão na psiquiatria da criança e adolescente e também no público em geral. Em 1994 já era considerado um diagnóstico específico pelo DSM-IV.

Hans Asperger, licenciado em Medicina e especializado em Pediatria, trabalhava em Viena, quando gradualmente foi absorvido pelo interesse em estudar os desvios de comportamento e as perturbações de interação social. Nos

anos 30 descreveu os primeiros casos, mas foi só em 1944 que os publicou em alemão. No entanto, Leo Kanner, um psiquiatra Americano, publicou o seu trabalho sobre 11 crianças (8 sexo masculino e 3 sexo feminino) caracterizadas por uma extrema dificuldade na reciprocidade da interação social e com a peculiaridade de realizar com preservação rotinas repetitivas e inflexíveis. Numa visão retrospectiva, torna-se claro que estes ilustres médicos se referiam a condições muito semelhantes. No entanto os casos descritos por Kanner apresentavam usualmente uma inteligência baixa (contudo ocasionalmente com algumas habilidades extraordinárias isoladas), que diferia com os casos apresentados por Asperger onde no mínimo a vasta maioria possuía um nível de inteligência normal ou até bastante elevado.<sup>32</sup>

Fazendo alguns levantamentos históricos, alguns autores referem haver personalidades que se destacaram na história com o S.A.. Num artigo publicado em 2003<sup>41</sup>, James Ioan refere que de acordo com os critérios padronizados, parece não haver dúvidas que Isaac Newton, Henry Cavendish e Albert Einstein possuíam o Síndrome de Asperger. Também Wittgenstein, Kandinskij, Satie, Bruckner e Bartok, segundo Christopher Gillberg (2003)<sup>32</sup>, eram outras personalidades que possivelmente tinham perturbações do espectro do autismo.

Com o desenvolvimento nos campos na investigação nestas áreas e nas circundantes, foi possível compreender melhor todo o quadro do S.A.. Assim sendo foi possível conseguir identificar, diagnosticar e compreender a perturbação que apenas se tornou reconhecida nas ultimas décadas.

Esta tese de mestrado foi realizada no âmbito do mestrado integrado em medicina, e foi escolhido este tema porque considero a pedopsiquiatria uma

especialidade médica com um enorme potencial de desenvolvimento e aprofundamento. Para além de me sentir seduzido para exercê-la enquanto profissional na área médica considero muito útil a exposição pública de temas nesta área, nomeadamente o Síndrome de Asperger que entendo como um tema extremamente entusiasmante pela sua particularidade nomeadamente no que se refere as suas habilidades especiais. Não menos importante faço referência ao bullying enquanto problemática actual e pouco divulgada e focada quando associada ao Síndrome de Asperger. Salvaguardo ainda o destaque que tem sido dado nas últimas décadas por uma investigação e abordagem mais profunda.

## Capítulo I – A Epidemiologia

A prevalência das PPD, incluindo o S.A. teve uma evolução desde os primeiros estudos até a actualidade. O primeiro estudo epidemiológico relativamente ao autismo foi conduzido por Victor Lotter em 1966 onde concluiu uma prevalência próxima dos 4.5 por 10,000 crianças situadas entre os 8 e os 10 anos de idade na população de Middlesex, no noroeste de Londres. De seguida, muitos outros estudos foram realizados em torno de todo mundo apresentando resultados com bastante variabilidade. No entanto não é encontrada muita informação relativamente aos métodos de inclusão diagnóstica.<sup>32</sup>

Como não é consensual os critérios “*gold standard*” para o diagnóstico de Síndrome de Asperger, a prevalência real torna-se um pouco desconhecida.

O primeiro estudo populacional da ocorrência de Síndrome de Asperger foi realizado em Göteborg, Suécia no início dos anos 80. Perto de 5,000 crianças que nasceram em 1971 foram rastreadas e seguidas por estudos neuropsiquiátricos intensos. Uma taxa mínima de 20 por 10000 crianças foram diagnosticadas com Síndrome de Asperger com a descrição de Gillberg C.,1991. O ratio desta perturbação seria similar se os critérios de ICD-10 tivessem sido usados e não se tivesse tido em conta o desenvolvimento normal nos primeiros 3 anos de vida.<sup>32</sup>

Também nos inícios dos anos 80, um estudo realizado na Islândia corroborou os achados do estudo sueco revelando uma prevalência de 35 por 10,000.<sup>32</sup>

Em 1992, outro estudo em Göteborg o ratio de “típico” S.A. (critério de Gillberg e Gillberg) na idade escolar (7-16 anos) foi estimado em 36 por 10,000 crianças.<sup>32</sup>

Um estudo realizado na Suécia, publicado em 1993<sup>21</sup>, utilizou questionários distribuídos aos Educadores, destinado a diagnosticar eventuais casos de S.A.. Posteriormente as crianças rastreadas foram então submetidas a critérios padrão de diagnóstico e revelaram uma taxa de prevalência de aproximadamente 1:300.<sup>53</sup>

Em 1999, Kadesjö, Gillberg e Hagberg, fizeram um estudo de pequena escala na Suécia com crianças em torno dos 11 anos de idade, aproximando-se de uma taxa de prevalência de 48 por 10,000.<sup>32</sup>

Em 2003, Fombonne et al, fizeram um estudo comparativo de vários estudos de prevalência de S.A. realizados, e ponderou uma taxa de prevalência a variar entre 2 a 4 por cada 10,000.<sup>37</sup>

Já em 2007, Matiila et al, apresentaram um estudo que tinha como objetivo avaliar o processo de diagnóstico e de taxas de prevalência de Síndrome de Asperger (S.A.) de acordo com diversos critérios. Os resultados foram que, as taxas de prevalência seriam de 2,5 por 1000 de acordo com a DSM-IV, de 2,9 por 1000 segundo a CID-10, de 2,7 por 1000 segundo os apresentados por Gillberg e Gillberg e de 1,6 para os critérios de Szatmari et al.<sup>54</sup>

Não há dúvidas quanto à questão da prevalência por sexo. Todos os estudos demonstram o mesmo resultado, sendo mais prevalente no sexo masculino. A Klin, A, apresenta um ratio numa publicação em 2006 de 9:1. No entanto, no estudo referido anteriormente<sup>21</sup>, eram rastreados numa razão de 10:1,

mas com diagnóstico a taxa não ultrapassava o ratio de 4:1. Segundo Gillberg, a maioria dos estudos sugere uma proporção na ordem dos 3-6 do sexo masculino por cada caso do sexo feminino com S.A.

Com a evolução do conhecimento por parte dos médicos assistentes, professores e pais, futuros estudos com base em critérios independentes e universalmente aceites poderão revelar taxas de prevalência mais próximas da realidade.

## Capítulo II - Definições e Quadro Clínico

Segundo Christopher Gillberg, na definição de perturbação do espectro do autismo (sinónimo tangencial ao conceito de PPD), encontramos inúmeras perturbações com compromissos funcionais major em pelo menos duas das seguintes áreas: 1- interacção social recíproca; 2- comunicação verbal e não verbal recíproca; 3- imaginação e comportamento. Quando apresentam défices nestas 3 áreas é usualmente denominado de tríade de Lorna Wing pelo facto de que a combinação destes 3 sintomas era o que havia em comum nos indivíduos tendo o diagnóstico de autismo infância (Wing 1981).

Na literatura encontramos frequentemente o termo “perturbação do espectro do autismo” onde fazem referência a um quadro clínico de “*autismo-like*” sem que apresentem os critérios de classificação do autismo.

**Tabela 1- Espectro do Autismo**

<b>Espectro do Autismo – Sinónimos</b>	
Autismo	Síndrome de Kanner
	Perturbação Autista
	Autismo da Infância
	Autismo Infantil
Síndrome de Asperger	Perturbação de Asperger
	Psicopatía Autista (Autismo Altamente Funcionante?)
Perturbações Desintegrativas da Infância	Dementia Infantil
	Síndrome de Heller
Outras Condições “ <i>Autistic-Like</i> ”	Autismo Atípico
	PPD – não específico
A Menor Variante do Autismo	Fenótipo lato do autismo

Adaptada de Gillberg 2002<sup>32</sup>, página13

Como anteriormente referi o S.A. é considerado um “síndrome do desenvolvimento”, isto é, que afecta o desenvolvimento da pessoa. Há diversas teorias para o seu aparecimento que serão discutidas posteriormente. Há que ressaltar que a perturbação no desenvolvimento apresentada não envolve apenas um sinal/sintoma singular, mas sim um conjunto que afecta toda a globalidade.

O diagnóstico de S.A. normalmente só é realizado na idade escolar, e os primeiros sinais de alerta raramente são constatados antes dos 4 anos de idade. No entanto, fazendo uma análise retrospectiva, é possível verificar que os sinais já estavam presentes no segundo ano de vida.<sup>32</sup>

Há alguns casos de crianças que apresentam inicialmente uma hiperactividade, défices no controlo de impulsos e défice atenção e casos que se apresentam com distúrbios acentuados no sono. No entanto pode-se apresentar inicialmente no sentido oposto. A maioria dos sintomas “autistas” aparece cedo nas crianças com evitamento do contacto visual, pobre atenção e estados confusionais, sem diálogo tónico e um marcado atraso nos domínios sociais e comunicativos.<sup>32</sup>

É importante ressaltar a ideia de que nem os pais nem o médico conseguem identificar sinais de alerta suficiente que os conduzam para o diagnóstico de S.A. No entanto alguns sinais clássicos do autismo estão presentes desde muito cedo, mas não é possível prever neste estadio de desenvolvimento se será ou não uma ilustração futura de um autismo leve, médio, severo ou altamente funcionante ou sequer compatível com um futuro quadro de autismo. Marca-se então um ponto importante, isto é, existem sinais inespecíficos

que nos podem alertar que o desenvolvimento não está normal. Estes podem ser sinais de problemas de desenvolvimento neurológico ou neuropsiquiátrico ou ainda apenas sinais transitórios sem repercussões futuras<sup>32</sup>. Apesar de tudo as crianças com Síndrome de Asperger apresentam muito cedo sinais clássicos, mas não levantam suspeita de um problema sério por parte dos pais e outras pessoas próximas.

Quando nos referimos a sinais inespecíficos, em especial aqueles que se desenvolvem desde muito cedo, saliento as alterações do sono, os défices de atenção (particularmente a auditiva), hiper ou hipo actividade, pouco diálogo tónico (o exemplo clássico de a mãe abraçar a criança e ela não retribuir com o gesto) visão fixa e a obsessão pelo detalhe. Não há consenso sobre a consideração do início da marcha como um sinal inespecífico, mas há evidências de que há um pequeno grupo que inicia a marcha antes do esperado<sup>32</sup>. Algumas crianças demonstram sinais de bem-estar quando são deixadas sozinhas e não são cativadas pela atenção. Ainda há outras crianças que no primeiro ano de vida se revelam muito perturbadas, gritam muito, tem dificuldade em se manter calmas, e balançam entre os extremos de comportamentos de hiperactividade e raramente apatia. Por também apresentarem alterações no sono, a ADHD (perturbação de hiperactividade e défice de atenção) deve ser considerada. Este quadro clínico pode também ser síndrome de Gilles de La Tourette.<sup>32</sup>

No entanto, segundo a experiência de Christopher Gillberg<sup>32</sup>, as crianças com S.A. frequentemente apresentam desde cedo os clássicos sintomas do autismo. São estas as reacções invulgares a estímulos sensoriais (som, odor e em particular ao toque), anormalidades nos comportamentos visuais (fixação, menos atenta, com um olhar vago e perdido que não segue o olhar das outras

peçoas) um olhar “velho e sensato”. O gesto de apontar aparece normalmente mais tarde do que nas crianças com o desenvolvimento normal e particularmente pegam no braço do adulto para indicar o que precisam, como se o adulto fosse um objecto. O isolamento social não é comum antes do 3 ano de vida.

Passo agora a citar as problemáticas no desenvolvimento das crianças. Em termos da linguagem, há discrepância entre os vários critérios de classificação. Enquanto o DSM e ICD-10 referem não haver atrasos clinicamente significativos (até aos 3 anos), o que é visto num estudo realizado por Kristiina Kopra<sup>48</sup> em 89% dos casos, Gillberg e Szatmari referem haver peculiaridades (no volume, entoação, inflexão, velocidade...) no discurso, demonstrado no estudo de Kopra em 83% e 97% respectivamente. Também é de relevar que está presente a ecolalia em alguns casos e mais raramente verborréia. Também a imitação de frases e até em línguas estrangeiras podem muitas vezes mascarar o “atraso” no desenvolvimento da linguagem. As crianças podem fazer comentários espontâneos sobre coisas que vêem ou ouvem, mas falham na resposta a perguntas ou outras abordagens<sup>32</sup>. Hiperlexia pode às vezes corroborar os testes em alguns casos.

A maneira como exploram o meio físico que os rodeia, é extraordinariamente particular e inteligente em alguns casos. Em consenso é que há uma curiosidade sobre o ambiente circundante. No entanto os períodos, os modos e as formas com que esta curiosidade diferenciada é realizada levantam polémica entre as várias classificações.

Em termos sensório-motor, podemos nos aperceber de movimentos estereotipados e repetitivos. Como é um sinal consistente e igual que se repete

semana pós semana, chama facilmente a atenção daqueles que convivem diariamente com as crianças. Isto dá-nos uma pista que estes comportamentos repetitivos são intrínsecos, sem controlo voluntário e só pode ser modificado (diminuído) até um ponto. Contudo é importante a caracterização da natureza e a extensão das alterações motoras para o diagnóstico diferencial e a detecção precoce do espectro do autismo. Segundo Rinehart et al 2002,<sup>69</sup> há vários estudos, usando testes padronizados sobre a função motora que compararam crianças com autismo altamente funcionante e S.A. Contudo era inicialmente pensado que as crianças com S.A. teriam uma perturbação na função motora mais significativa que as crianças com autismo e que era manifestado por “desajeitado motor”<sup>31;33</sup>. Estudos mais recentes indicaram que existiam problemas na função motora similares em ambos os grupos<sup>29;55</sup>. No DSM-IV-TR (APA,2000) é citado “desajeitado motor” como uma característica do S.A. enquanto na perturbação autista é referido “anormalidades da postura”. “Desajeitado motor” é referido no ICD-10<sup>82</sup> como um sintoma comumente encontrado no S.A., contudo, não é mencionado “desajeitado motor” no ICD-10 quanto à descrição clínica do autismo<sup>69;82</sup>.

A interação com os pares é sem duvida uma problemática importante nas crianças com S.A.. Os pais tendem muitas vezes a tentar não ver que os filhos apresentam um atraso no desenvolvimento, num período importante para a vida e desenvolvimento da criança. Normalmente demonstram pouco ou nenhum interesse nas outras crianças desde que não possuam determinados objectos que elas procuram. É vulgar concentrarem-se no seu mundo com os seus objectos não sentido a necessidade nem a vontade de interagir com o intuito de formar um grupo. Criticam negativamente os jogos/brincadeiras realizadas pelas outras

crianças. Demonstram atitudes insensíveis, tirando-lhes muitas vezes os objectos que possuem ou até tratá-los de forma agressiva, empurrando-os. Algumas crianças com S.A. são fixadas em matérias “sociais” como num ídolo, certa pessoa ou até num animal. Demonstram ainda uma preferência acentuada pelas rotinas inflexíveis com dificuldade exagerada na mudança.<sup>32</sup>

A contínua fixação pela parte e não pelo todo é muitas vezes revelada, não só nos objectos como também nas próprias pessoas. São capazes de cheirar ou até provar uma parte e desencadear irritação ou medo. Ainda antes da idade escolar, as crianças com S.A. podem desenvolver talentos extraordinários ou também denominados como habilidades especiais em algumas áreas como a geografia, computadores, matemática ou resultados desportivos.<sup>32</sup>

No entanto, pela complexidade e variabilidade da apresentação do S.A. nas idades pré escolares, o diagnóstico torna-se bastante difícil de realizar. O quadro inicialmente pode ser muito similar ao autismo clássico, mas devemos sempre levantar a suspeita quando nos é apresentada uma criança com esses sintomas, com um coeficiente de inteligência (QI) normal e uma linguagem menos afectada. Falo em seguida de características mais próprias da idade escolar, altura da vida em que há uma maior necessidade de interacção social, um maior desenvolvimento a linguagem abstracta entre outras.

Na idade escolar normalmente as crianças com S.A. são bem sucedidas, nomeadamente a leitura (pela sua comum capacidade de memorização) e a habilidade de cálculo pode ser igualmente forte. No entanto, é comum serem relativamente fracos em trabalhos de desenho.<sup>32</sup>

Existe uma marcada redução na capacidade de reciprocidade social, sintoma este que é percebido como um “egocentrismo extremo”. A verdade é que as crianças com S.A. não têm a capacidade de entender e perceber as regras sociais e ter a capacidade de sentido crítico e de julgamento nas diversas situações, chegando mesmo a desconhecer o senso comum. No entanto, uma vez aprendidas quaisquer regras, eles cumprem-nas de forma inflexível. O seu egocentrismo torna-se então num grande bloqueio a fazer amigos, apesar de eles não se mostrarem importados. Chegam a dar mais importância a ler um livro que a interagir com os pares. Muitos vão-se tornando aos poucos cada vez mais diferentes e estranhos. Muitas crianças, contrariamente ao que se apresenta no autismo clássico, apresentam, pelo menos alguma vez e em especial na idade escolar, desejo de viver em sociedade e de ter amigos. O contraste emocional entre o desejo e a concretização das amizades leva-nos muitas vezes a cair no sentimento de frustração e a sentirem-se desapontadas com as suas dificuldades sociais. Segundo Stephen Bauer, o seu problema não é exactamente a falta de interacção, mas a falta de afectividade nas interacções. Gillberg descreveu isso como um “transtorno de empatia”, a inability de efectivamente “ler” as necessidades e perspectivas dos outros e responder apropriadamente. Normalmente apresentam um grau de desempenho baixo em fazer e manter amizade, apesar de poderem mostrar interesse por uma ou um grupo restrito de crianças as suas ligações serão superficiais. São conhecidos casos de crianças, apresentados por Stephen Bauer, que se demonstram atenciosas e bem comportadas, quando interagem, principalmente com adultos.<sup>32</sup>

Muitas crianças revelam uma conduta de interesses estreitos e muito direccionados. Aqui é importante distinguir se se trata de um simples hobbie ou

então de um interesse obsessivo por um determinado assunto. São exemplos o facto de saber “*top charts*” de diversas matérias (mais comum no sexo masculino). Algumas raparigas (e uns poucos rapazes) revelam ter poucos ou nenhuns interesses. Ainda há casos que se assemelham aos descritos por Elisabeth Newson (Newson and Newson, 1983) que se caracterizam pelo negativismo e a tendência a dizer “Não”.<sup>32</sup>

Podemos observar na tabela seguinte, alguns dos temas de interesse especial das crianças com Síndrome de Asperger, descritas por Christopher Gillberg.

**Tabela 2- Temas de Interesses Especiais de Crianças com S.A. -**

<b>Alguns Temas de Interesses Especiais</b>		
Eventos Históricos	Cantores de Opera	Micologia
Capitais do Mundo	Olaria chinesa	Áustria na 2º Guerra Mundial
Meteorologia	Revolução Francesa	Horários
Dinossauros	Matemática	Indicativos telefônicos
Arqueologia	Números Primos	Sistema Gastrointestinal
Cinema e Actores	Guerra do deserto de Rommel	Computadores
Sapos	Índios da America do Norte	<i>“Fish and Chips”</i>
Cromwell	Sainsbury	Bonecas
Rowan Atkinson	Björn Borg	

Adaptada do texto de Gillberg<sup>32</sup>, pág. 32-33

As crianças com S.A. podem descrever tudo até ao ínfimo detalhe. Podem manter-se num monólogo por bastante tempo sem alterar a temática do assunto. Os seus interesses especiais são normalmente isolados, isto é, não são

inspirados noutras áreas vizinhas<sup>32</sup>. Não é comum existir mais do que duas áreas de interesse em simultâneo, sendo mesmo o mais frequente, existir apenas uma.

O fascínio por movimentos, e em especial os repetitivos, é uma característica importante do S.A., como é o exemplo da máquina de lavar a roupa, das ventoinhas, dos pêndulos, das hélices dos aviões dos gira-discos, do ondular dos lençóis ou de sacos de plástico no estendal, dos insectos voadores, da ondulação da água. Números e a sua ordenação, incluindo os horários, mapas, tabuada, fórmulas químicas, contagens, datas também são incluídas nestes interesses especiais e bizarros. Não obstante, frequentemente encontramos o fascínio por luzes ou objectos luminosos, bem como por desenhos e símbolos.

Correlaciona-se directamente com os interesses especiais as rotinas e os rituais. No entanto, muitas vezes eles impõem outros tipos rituais e rotinas, tal como ao vestir-se, na refeição, ao ver televisão, ao serem transportadas ou com a sua higiene pessoal<sup>32</sup>. Às vezes estas rotinas tornam-se de tal forma marcadas, incluindo rituais na pré-realização de determinadas actividades, e ainda comportamentos característicos como o alinhamento de objectos milimetricamente, que se torna difícil de separar de diagnósticos como a perturbação obsessivo-compulsivo, ou da personalidade obsessivo-compulsiva que exigem um tratamento específico.

Num estudo recente<sup>42</sup>, publicado em 2008, concluíram que os pacientes com S.A. tinham menos capacidade de reconhecer as expressões faciais de emoções num pequeno espaço de tempo do que o grupo de controlo. No entanto os resultados sugeriam que o reconhecimento das emoções faciais básicas e da informação facial dinâmica estava intacto, mas havia uma limitação na capacidade processamento visual das características globais. A sua própria

mímica facial é extremamente pobre, com os gestos estereotipados e com olhar fixo e alheado. Acontecem também situações, em que passam de expressões completamente apáticas, para grandes sorriso e expressão de enorme apatia.

Contraditoriamente, as crianças com S.A. que aparentam grandes défices, possuem “força” e habilidades impressionantes. Apresentam um QI normal ou superior á media da população em geral. No entanto o elevado QI não pode ser maximizado pelos défices de desenvolvimento cerebral que possuem.

Indo de encontro ao publicado por Attwood em 1998, para realizar o diagnóstico de S.A., devem ser ponderadas duas situações: numa primeira envolvendo um questionário-escala oriundo da Austrália<sup>28</sup>, por pais e educadores para tentar identificar comportamentos sugestivos de S.A. durante os primeiros anos escolares, onde são visados aspectos/capacidades sociais e emocionais, de comunicação, de concentração e cognitivas. Numa segunda fase, um ajuizamento efectuado por médicos e/ou psicólogos, com base em determinados critérios, onde são testados vários aspectos entre os quais o comportamento social, interesses, linguagem, funções motoras e sensoriais e a cognição. Posteriormente será realizada uma translação de aproximação aos critérios de tabelas existentes onde relevo a apresentada por DSM-IV, ICD-10, Gillberg e Gillberg e ainda por Szatmari, Bremner e Nagy.

Actualmente existem diversos critérios para o diagnóstico de Síndrome de Asperger, no entanto não há consenso qual é o “gold standard”. Num estudo realizado por Kopra et al, 2008<sup>48</sup>, foram comparados as diversas tabelas de critérios diagnosticos.

## Critérios de Diagnóstico de Síndrome de Asperger.

### Gillberg e Gillberg (1989)

- 1- Perturbação grave da interação social recíproca, manifestada por, pelo menos, dois dos seguintes:**
  - a- Incapacidade de interagir com os pares
  - b- Ausência de desejo de interagir com os pares
  - c- Ausência de apreciação de pistas sociais
  - d- Comportamento social e emocional inadequado
- 2- Limitação de interesses, manifestado por, pelo menos, um dos seguintes critérios:**
  - a- Exclusão de outras actividades
  - b- Aderência repetitiva
  - c- Adopção rígida de comportamentos rotineiros
- 3- Imposição de esquemas e interesses repetitivos, manifestados por, pelo menos um dos seguintes critérios:**
  - a- Imposição sobre o próprio
  - b- Imposição sobre os outros
- 4- Alterações no discurso e da linguagem, manifestado por, pelo menos três dos seguintes critérios:**
  - a- Atraso no desenvolvimento da linguagem
  - b- Linguagem expressiva superficialmente perfeita
  - c- Linguagem pedante, formal
  - d- Alterações da prosódia/características vocais particulares
  - e- Alteração da interpretação, incluindo interpretações erradas de significados literais ou implícitos.
- 5- Perturbações na comunicação não verbal, manifestada por, pelo menos, um dos seguintes critérios:**
  - a- Uso limitado do gesto
  - b- Linguagem corporal desajeitada
  - c- Expressão facial limitada ou inadequada
  - d- Olhar fixo, peculiar
- 6- Perturbação motora, manifestada no exame neurosedenvolvimental.**

Szatmari, Bremner e Nagy (1989)**1. Solidão, manifestada por, pelo menos, dois dos seguintes:**

- a) sem amigos próximos;
- b) evita os outros;
- c) sem interesse em fazer amigos;
- d) solitário.

**2. Perturbação da interacção social, manifestada por, pelo menos, um dos seguintes:**

- a) aproxima-se dos outros apenas para satisfazer as próprias necessidades;
- b) aproximação social inadequada;
- c) resposta unilateral aos pares;
- d) dificuldade na percepção dos sentimentos dos outros;
- e) destacamento em relação aos sentimentos dos outros.

**3. Perturbação da comunicação não verbal, manifestada por, pelo menos, um dos seguintes:**

- a) expressão facial limitada;
- b) impossibilidade de observar emoção na expressão facial;
- c) incapacidade de transmitir mensagens com os olhos;
- d) não olha para os outros;
- e) não utiliza as mãos para se expressar;
- f) movimentos largos e desajeitados;
- g) aproxima-se demasiado dos outros.

**4. Perturbação do discurso, manifestada por, pelo menos, um dos seguintes:**

- a) alterações da inflexão;
- b) fala muito;
- c) fala pouco;
- d) falta de coesão relativamente à conversação;
- e) uso idiossincrático de palavras;
- f) padrões de discurso repetitivos.

**5. Não cumpre os critérios da classificação DSM-III-R para perturbação autista.**

ICD-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993)

**1. Ausência de atraso clinicamente significativo na linguagem expressiva ou receptiva ou no desenvolvimento cognitivo.**

**2. Alterações qualitativas na interação social recíproca, manifestadas em, pelo menos, duas das seguintes áreas:**

a) uso inadequado do contacto ocular, da expressão facial, da postura corporal e do gesto, para regular a interação social;

b) incapacidade para desenvolver (de forma apropriada para a idade e apesar de múltiplas oportunidades) relações com membros da mesma faixa etária, que envolvam a partilha mútua de interesses, actividades e emoções;

c) ausência de reciprocidade social ou emocional, demonstrada por uma diminuição ou alteração da resposta às reacções das outras pessoas, por uma ausência de modulação do comportamento de acordo com o contexto social, ou por uma fraca integração dos comportamentos sociais, emocionais e comunicativos.

d) ausência da procura espontânea de partilhar o divertimento, os interesses ou os acontecimentos com outras pessoas.

**3. O indivíduo apresenta um interesse circunscrito anormalmente intenso, ou padrões de comportamento restritivos, repetitivos e estereotipados, manifestadas em, pelo menos, uma das seguintes áreas:**

a) preocupação com padrões de interesse, estereotipados e restritivos, que é anómala no conteúdo ou foco; ou, um ou mais interesses que são anómalos pela sua intensidade e natureza circunscrita, mas não pelo seu conteúdo ou foco.

b) aderência, aparentemente compulsiva, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais.

c) maneirismos motores, repetitivos e estereotipados, envolvendo movimentos de torcer ou bater as mãos/dedos, ou movimentos complexos da totalidade do corpo.

d) preocupação com partes de objectos ou com elementos não funcionais de brinquedos (tais como a cor, a sensação táctil da sua superfície ou o ruído que geram).

**4. Esta perturbação não pode atribuir-se a perturbações psiquiátricas, tais como: esquizofrenia simples, perturbação esquizotípica, perturbação obsessivo compulsiva, personalidade anancástica e perturbações reactivas da infância.**

[DSM-IV \(American Psychiatric Association, APA1994\)](#)**1. Perturbação qualitativa da interacção social manifestada por, pelo menos, dois dos seguintes:**

- a) perturbação marcada do uso de múltiplos comportamentos não verbais (tais como contacto ocular, expressão facial, posturas corporais e gestos) por forma a regular a interacção social.
- b) incapacidade para desenvolver relações com os seus pares, adequadas ao nível de desenvolvimento.
- c) ausência da procura espontânea de partilhar o divertimento, os interesses ou as aquisições, com outras pessoas.
- d) ausência de reciprocidade emocional ou social.

**2. Padrões de comportamento, interesses e actividades, estereotipados, repetitivos e restritos, manifestados por pelo menos um dos seguintes:**

- a) preocupação persistente com um ou mais padrões de interesse, repetitivos e estereotipados, que é anómala na sua intensidade ou foco;
- b) aderência, aparentemente inflexível, a rituais ou rotinas específicas, não funcionais;
- c) maneirismos motores repetitivos e estereotipados (p.e. torcer ou bater as mãos ou os dedos, ou movimentos corporais complexos);
- d) preocupação persistente com peças ou objectos.

**3. A perturbação condiciona alteração clinicamente significativa nas áreas de funcionamento social, ocupacional e outras.**

**4. Não está presente atraso clinicamente significativo da linguagem** (p.e., aos dois anos são utilizadas palavras simples e aos três anos são utilizadas frases comunicativas).

**5. Não está presente atraso clinicamente significativo do desenvolvimento cognitivo, da capacidade de autonomia, ou ainda do comportamento adaptativo.**

**6. Não se preencherem os critérios de outras perturbações pervasivas do desenvolvimento ou esquizofrenia.**

## Capítulo III - Etiologia

A etiologia do Síndrome de Asperger ainda não está claramente estabelecida. É importante referir alguns aspectos/objectos de estudo nos últimos anos, deixando em aberto perspectivas futuras na investigação nesta área:

### Genética:

Aproximadamente metade das crianças com S.A. têm um ou mais familiares com alterações compatíveis com Síndrome de Asperger<sup>53</sup>. Como sabemos o S.A. é incluído dentro das patologias do espectro de autismo e relativamente ao autismo, por si só, há inúmeros estudos que relacionam a patologia com achados genéticos encontrados.

É possível que uma pequena porção de casos esteja envolvida com genes autossómicos recessivos, e ainda, outros casos, podem estar envolvidos com hereditariedade autossómica dominante. Raros casos por um específico cromossoma. Contudo, a vasta maioria de transmissão familiar de Síndrome de Asperger está provavelmente relacionada com hereditariedade poligénica.<sup>32</sup>

Rehnström K et al, 2006<sup>67</sup>, fizeram um estudo onde concluíram que, possivelmente há validade correlacional entre 3p21-24 e o Síndrome de Asperger.

Sasaki, T. 2007<sup>74</sup> referencia que há vários estudos<sup>74</sup> que sugerem regiões cromossómicas, incluindo 2q, 7q e 15q que se associam ao autismo e a perturbações do espectro do autismo. Releva ainda que a região 7q, apesar de

ser muito promissora para futuros estudos para o autismo, não evidencia relação com a etiologia do S.A..

### Lesões, Disfunções e Variações Cerebrais.

Vários estudos demonstram haver uma correlação entre as lesões cerebrais, sejam elas localizadas ou generalizadas, e o Síndrome de Asperger e os outras perturbações do espectro do autismo.

Na lesão cerebral podem estar envolvidos múltiplos factores, designadamente intercorrências infecciosas durante a gravidez, alterações registadas nos últimos estádios do trabalho de parto e situações como hipotiroidismo congênito, infecções cerebrais neonatais, esclerose tuberosa e neurofibromatose entre outras.<sup>30</sup>

Segundo Gillberg<sup>32</sup>, os principais factores de risco implícitos na literatura sobre S.A. são os partos com desvio da normalidade, como os auxiliados com fórceps, pré e pós termo, baixo peso à nascença, rotura precoce das membranas e/ou toxémia materna. Podem também estar subjacentes aos sintomas do S.A. outros problemas médicos que causem lesões cerebrais, sejam o síndrome de Marfan, síndrome de XYY ou CATCH-22, entre outras.

Existem investigadores que acreditam que a genética e as lesões cerebrais actuem em conjunto: os genes serão a pré-condição que será manifestada com a existência de lesão cerebral. Resultados de um considerável numero de estudos neurofisiológicos e neuropsicológicos, indicam que a lesão básica no Síndrome de

Asperger pode ser atribuída a uma função anormal ou aberrante dos lobos frontais (ou áreas vizinhas dos lobos frontal e temporais).<sup>32</sup>

Segundo um estudo realizado por Happé et al 1996<sup>35</sup>, foi identificado uma área no lobo frontal esquerdo (área 8/9 de Brodmann) que não funcionava normalmente no S.A. . Em 1999, Ringer et al<sup>70</sup>, num estudo usando PET e RM, verificou existir um metabolismo reduzido numa porção do giro cingulado do sistema límbico (área 24 de Brodmann) nos indivíduos com S.A e Autismo altamente funcionante comparado com o grupo controlo de indivíduos saudáveis.

Num outro estudo realizado em 2000 usando RM funcional<sup>16</sup>, sugeriu que os indivíduos com S.A. não activavam as mesmas áreas cerebrais que o grupo de controlo quando analisavam emoções faciais e que eles usavam estratégias não faciais quando estudavam as expressões faciais humanas.

Em 1999, Taylor et al<sup>79</sup>, com uma análise cuidadosa de crianças seleccionadas para cirurgia para a epilepsia, encontraram achados de que os sintomas do S.A. poderiam resultar de lesões do lobo frontal direito. Acredita-se que as dificuldades de aprendizagem não verbal são causadas por disfunção ou lesão nos circuitos neuronais no hemisfério cerebral direito.<sup>32</sup>

Uma publicação de Março de 2007<sup>77</sup> revelou um estudo realizado a indivíduos com perturbações do espectro do autismo (incluído S.A.), utilizando SPECT, PET e RMN. Os resultados apresentados demonstraram existir através da RMN, anomalias estruturais e funcionais no cerebelo, nos lobos frontais, nos lobos temporais e no sistema límbico. Através das técnicas de SPECT e PET, os estudos sugeriram anomalias no sistema serotoninérgico e um decréscimo na irrigação sanguínea nos lobos frontais e temporais.

Torna-se promissor que com o desenvolvimento das técnicas, metodologias e equipamentos, haja um enorme progresso na investigação nesta área nos próximos anos.

### Factores Psico-Sociais

Não há evidências que o Síndrome de Asperger possa ser causado por factores psicológicos ou sociais<sup>32</sup>. No entanto temos que ressaltar a importância que os mesmos têm para entender e saber como interagir e ainda o desenvolvimento e progresso das doenças.

Torna-se evidente que um diagnóstico precoce, a atitude educacional, a informação, o suporte psicológico tornam-se determinantes no desenrolar da doença.

Tendo em conta a grande variabilidade da apresentação desta perturbação, temos que medir o peso destes factores nas co-morbilidades associadas e na formação e preparação do indivíduo para lidar com o mesmo.

Num estudo publicado por Abe T, em Março de 2007<sup>1</sup>, indicava que o envolvimento psico-social não influenciava muito o core dos défices sociais, mas que poderia facilitar o aparecimento de sintomas secundários como a dissociação, ansiedade, depressão, delírios persecutórios assim como comportamentos anti-sociais incluindo actos criminais sérios.

## Capítulo IV - Co-Morbilidades

Uma grande parte das crianças com S.A. tem problemas de atenção de diversos tipos. Muitas vezes estão também associados a problemas de coordenação motora. Existem casos de associação a hiperactividade e impulsividade à semelhança da ADHD. Contrariamente outros combinam-se com hipoactividade e perfeccionismo. Remetendo para o indicado por Gillberg, num estudo realizado na Suécia a grande maioria dos diagnosticados com S.A. apresentavam critério para ADHD com DAMPS (Défice de Atenção e Controlo Motor), já o oposto não se verificava.

Na Suécia também foi realizado um estudo populacional onde se concluiu que 80% dos que tinham diagnóstico definitivo, e 60% daqueles que tinham diagnóstico ou suspeita de Síndrome de Asperger tinham tiques de um tipo ou de outro.<sup>32</sup>

Comparativamente com população em geral, o Síndrome de Gille de La Tourette também se revela muito mais prevalente nos que tem S.A.. Em 2000, Kadesjö et al, chegaram à conclusão que 1 em cada 20 com Síndrome de Gille de La Tourette tinham o típico Síndrome de Asperger, e 3 em cada 20 tinham outro tipo do espectro do autismo altamente funcionante.

Relativamente às perturbações afectivas, queria mencionar aquela que provavelmente é o diagnóstico errado mais comum, a depressão. No entanto é importante ressaltar a ideia que muitos indivíduos com Síndrome de Asperger desenvolvem depressão ou distímia. Existem estudos que poderá haver uma

correlação genética entre o espectro do autismo altamente funcional (incluindo o S.A.) e perturbações depressivas.<sup>32</sup>

Comportamentos rígidos, repetitivos, perfeccionistas, obsessivos e compulsivos fazem parte e parcela de virtualmente todos com perturbações do espectro do autismo incluindo o Síndrome de Asperger. Algumas vezes é um problema distinguir a Perturbação Obsessivo-compulsiva como um diagnóstico independente das perturbações do espectro do autismo<sup>32</sup>. Num estudo publicado por Russell AJ et al. Em 2005 revelava que as 25% do grupo estudado com S.A. também encontrava critérios formais segundo o ICD-10 para perturbação Obsessivo-compulsiva.<sup>72</sup> Quando comparado um grupo com S.A. com um outro com critérios de diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), concluíram que os dois grupos tinham frequências semelhantes de sintomas obsessivo-compulsivos, com apenas as obsessões somáticas e rituais repetitivos mais comuns no grupo com POC. O grupo com POC tinha mais sintomas obsessivo-compulsivos graves, mas que 50% do grupo com S.A. revelava no mínimo níveis moderados de interferência com os seus sintomas.<sup>72</sup>

Na revisão da literatura é controversa a existência de co-morbilidades associadas. No entanto há consenso da existência de condições apresentadas que vão além das tabelas diagnosticas apresentadas. Fica levantada a questão da existência em conjunto de várias patologias ou se são situações/aspectos clínicos que globalmente devemos inserir no síndrome de asperger.

## Capítulo V - Diagnóstico Diferencial

### Asperger e o Espectro do Autismo

O autismo compartilha dos mesmos critérios diagnósticos quanto às alterações na interação social e no comportamento, mas requer também atraso na linguagem. O atraso ou déficit na interação social, comunicação ou comportamento tem que aparecer antes dos 3 anos de idade. No DSM-IV, se ambos, autismo e SA, poderem ser diagnosticados, o diagnóstico de autismo toma precedência.

Ao contrário do Síndrome de Asperger (que exclui indivíduos com défices nas capacidades cognitivas e outras habilidades), o autismo pode ocorrer em todos os níveis de capacidades. A maioria (70%) dos casos está associada a dificuldades de aprendizagem e a quase metade têm um QI abaixo dos 50.<sup>30</sup>.. Num estudo de prevalência, Wing e Gould (1979), identificaram um elevado número de crianças que não tinham critérios de diagnóstico para o autismo clássico, mas tinham a tríade de défices envolvendo a interação social, comunicação e imaginação em conjunto com actividades repetitivas estereotipada. Esta tríade de sintomas são identificadas em todos os níveis de inteligência, são denominadas de “espectro do autismo” e são incluídas no ICD-10 como “autismo atípico” ou “perturbação pervasiva do desenvolvimento inespecífica”, e no DSM-IV como perturbações pervasivas do desenvolvimento não específicas<sup>32</sup>.

Uma problemática encontrada na literatura é a diferenciação entre o S.A. e o autismo altamente funcionante. Casos com autismo podem ser agrupados naqueles que são “pouco funcionantes”, “médicamente funcionantes” e “altamente funcionante”. Neste ultimo grupo o QI é usualmente no nível médio ou médio baixo.<sup>32</sup> Este facto faz com que muitos autores defendam a inclusão do S.A. no autismo altamente funcionante. No entanto há outros autores que defendem o termo S.A., indicando que é abismal a diferença entre um autismo severo ou “pouco funcionante” e um “muito” altamente funcionante como é o caso do S.A.. Foram reportadas diferenças como, por exemplo, a capacidade verbal é significativamente melhor que as não verbais no Síndrome de Asperger<sup>30</sup>. Esta diferença pode ser simplista dependendo do sistema de diagnóstico utilizado, nomeadamente no que diz respeito ao atraso da linguagem. Provavelmente, mais do que critérios ou diferenças concretas e bem delimitadas, será um conjunto de sintomas e a apresentação clínica que nos conduzirá ao diagnóstico de S.A..

Tanto o autismo como o Síndrome de Asperger estão associados a dificuldades sociais que persistem até a idade adulta, mas apresenta-se menos acentuada naqueles com S.A.<sup>30</sup> Na página seguinte, é apresentada uma imagem com a representação de 4 gráficos retirados do livro de Ritvo, E.<sup>71</sup> que ilustra a comparação do desenvolvimento normal, com o do autismo e do S.A..

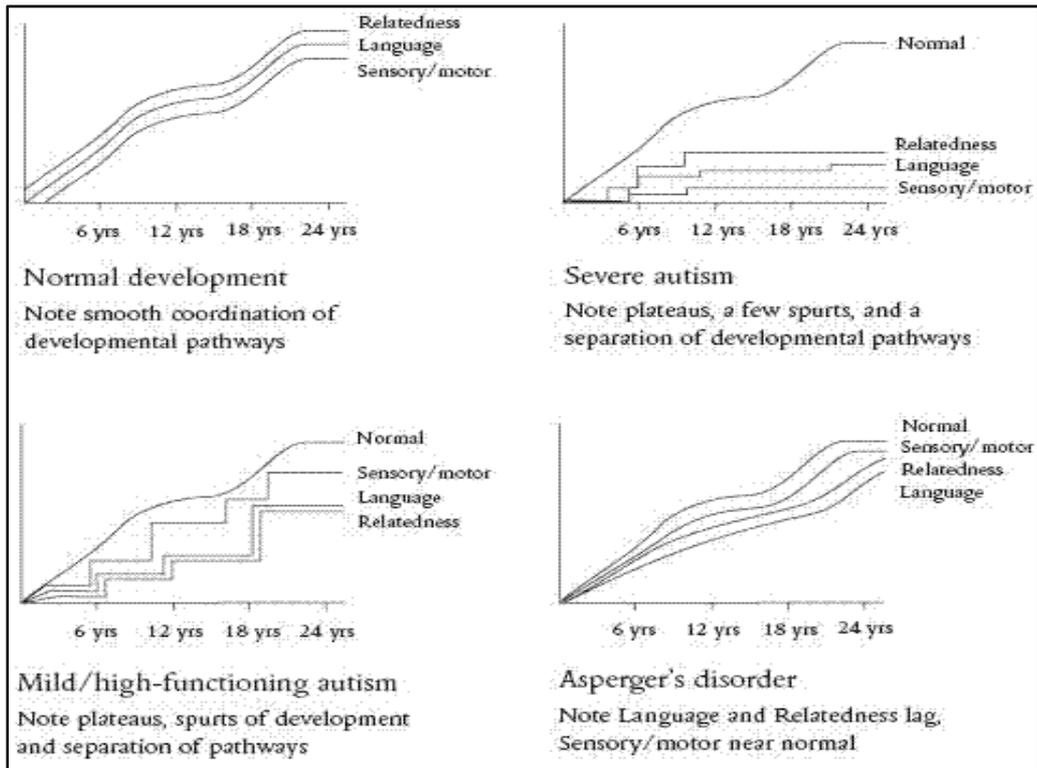


Ilustração 1- Comparação das Vias do Desenvolvimento Normal, do Autismo e do Síndrome de Asperger. Retirada do Livro de Ritvo E. (71 pág.296) pag. 29

### Asperger e ADHD.

A perturbação de hiperactividade e défice de atenção (ADHD) apresenta-se com desatenção, distractibilidade, inquietabilidade, impulsividade e hiperactividade.<sup>30</sup> Uma considerável proporção de todas as crianças na população em geral apresentam ADHD. Maioria dos estudos que sugerem patologia clinicamente significativa indica uma prevalência mínima a rondar os 3% com uma razão de sexo masculino/ feminino de 2:1<sup>32</sup>. Consoante os critérios utilizados, a ADHD pode co-existir com o Síndrome de Asperger (como é o exemplo de Gillberg e ICD-10) ou então, segundo o DSM-IV, uma pessoa com critérios de uma perturbação pervasiva do desenvolvimento de desenvolvimento não pode ser diagnosticada com ADHD.

Segundo Gillberg e Ehlers 1998, mencionam um estudo em que 21% das crianças com ADHD severa, apresentavam todos os critérios para S.A., e 36% revelaram traços autistas<sup>30</sup>. Muitos indivíduos com Síndrome de Asperger e outras condições “*autistas-like*” demonstram marcas acentuadas de desatenção e impulsividade e muitos encontram-se com os sintomas-critério para ADHD do DSM-IV.

A história do desenvolvimento é normalmente suficiente para separar o diagnóstico de ADHD com S.A.. No entanto a ADHD pode estar presente mal a criança comece a conseguir caminhar, e isto é importante considerar, porque a impulsividade pode interferir com as suas relações sociais e fazer com que as crianças pareçam não ter empatia.<sup>30</sup>

Possivelmente há sub-diagnósticos de S.A. devido a ADHD. É importante considerar a possibilidade de ADHD no S.A.<sup>30</sup>. No entanto permanece a questão de co-morbilidades associada ao S.A. ou parte integrante deste mesmo síndrome.

## Capítulo VI - Escola e Dificuldades de Aprendizagem

As crianças com Síndrome de Asperger, na sua maioria, não tem grandes dificuldade com o progresso na vida escolar. No entanto levantam-se algumas dificuldades, como referi anteriormente, na socialização com os pares, o que pode levar a intolerância por parte dos colegas e até mesmo marginalização<sup>32</sup>. O facto da possibilidade de ocorrência de Bullying era posteriormente discutido.

Podem existir alguns problemas específicos com a aprendizagem incluindo naqueles com elevado QI. Aparecem alguns casos com dislexia, que poderá não ser considerável, tendo em conta que esta patologia é comum na restante sociedade. Por outro lado, a discalculia está sobre-representada no S.A.. É importante referir os défices de atenção que podem ser um bloqueio na aprendizagem. A não conquista de bons resultados, por si só, criar uma certa desmoralização nas crianças, que não é muitas vezes estimulada por pais e professores.<sup>32</sup>

## Capítulo VII – Bullying e o Síndrome de Asperger

### Definições gerais e epidemiologia

Diariamente debatemo-nos com a problemática de situações de violência que ocorrem entre os jovens. Este fenómeno, apesar de já existir há muitos tempo, tem sido mais explorado e discutido nos últimos anos.

Bullying é um conceito de difícil tradução para português, e como tal vou utilizar o termo original após uma breve descrição do seu significado.

Segundo o apresentado por Carvalhosa et al em 2001<sup>10</sup>, Olweus<sup>58;59</sup> definiu o conceito de bullying, afirmando que um aluno está a ser provocado/vitimado quando ele ou ela está exposto, repetidamente e ao longo do tempo, a acções negativas por parte de uma ou mais pessoas. Considera-se uma acção negativa quando alguém intencionalmente causa, ou tenta causar, danos ou mal-estar a outra pessoa<sup>58</sup>. Esse repetido importunar pode ser físico<sup>62</sup>, verbal<sup>7;8;78</sup>, psicológico<sup>59;61</sup> e/ou sexual<sup>4</sup>.

Bullying é usualmente definido como acções negativas repetidas intencionadas a danificar ou causar sofrimento significativo, realizado por uma pessoa mais forte, a uma menos forte.<sup>43</sup>

Segundo Rebekah Heinrichs<sup>39</sup> o bullying é tipicamente físico, verbal, social ou educacional, tal como está sintetizado no quadro seguinte.

Tabela 3- Tipos de Bullying

<b>Tipos de Bullying</b>	
Físico	Inclui bater, puxar, empurrar, pontapear, cuspir, puxar cabelos, agarrar as roupas, prender e outro tipo de agressões físicas feitas com as mãos
Verbal	Incluem gozar, insultos verbais, “chamar-nomes” e outros tipos de incidentes envolvendo a linguagem. Algum bullying verbal inclui gestos obscenos, tipos de olhares (como ameaçadores) e outros tipos de linguagem não verbal que representem simbolicamente palavras.
Social	Ocorre quando a intenção é isolar ou excluir alguém dos pares espalhando rumores, ignorar, humilhando ou outros métodos de estragar ou manipular relações.
Educacional	Ocorre quando um adulto que é membro da escola usa o seu poder para magoar, com ou sem intenção, um estudante causando nele sofrimento.  Pode incluir o uso de sarcasmo, ser muito criticado ou controlado, humilhar um aluno perante os pares, favorecer um estudante e ser muito punitivo

Adaptada do livro *Perfect Target – Asperger’s Syndrome and Bullying* <sup>39</sup>

Basicamente o bullying pode ser praticado de maneira directa ou indirecta. Bullying directo ocorre no frente a frente, de uma maneira aberta. Não quer dizer que a agressão ocorra em frente ao professor, mas sim em frente ao alvo. Inclui o uso de contacto físico, palavras, gestos ou expressões faciais feitos “na cara” da vítima. Bullying indirecto é quando um aluno é excluído de um grupo social, resultante de um isolamento ou exclusão intencional. É feito de um modo mais reservado, sem chamar tanto à atenção e inclui o gozar e a tentativa intencional de estragar relações. <sup>39</sup>

A prevalência do bullying foi investigada em 29 países (ter sido vítima e ter provocado outros), assim como as diferenças entre grupos etários. Foi ainda explorada a relação entre o bullying e o Produto Interno Bruto (PIB) <sup>13</sup>. A análise revelou que existe uma grande variação entre os países quando se comparou a frequência de comportamentos de bullying. A percentagem de vítimas variou entre 5,8% na Suécia e 40,1% na Lituânia, bem como a percentagem de agressores variou de 3,4% em Inglaterra e 34,4% também na Lituânia. <sup>9</sup>

Segundo Hoover e Oliver, 1996, as crianças têm 75% de hipóteses de serem vítimas de bullying ao longo dos anos escolares, entre o jardim de infância e o 12º ano. <sup>18</sup>

Smith e Whitney 1993 referem que nesse ano, 27 por cento dos estudantes do 2º e 3º ciclo referiram ser frequentemente vítimas de bullying. <sup>18</sup>

Quase toda a gente é excluída ou ostracizada pelos seus pares alguma vez na vida. A rejeição dos pares ou a exclusão são formas de bullying. <sup>18</sup>

Em Portugal, têm sido feitos vários estudos sobre a problemática do bullying. Estes envolvem aspectos como a tradução da palavra “bullying” para português, a observação dos comportamentos de bullying nos recreios, a caracterização das vítimas, dos agressores e das vítimas-agressoras e a prevalência deste tipo de comportamentos e a sua monitorização a nível nacional. Nas investigações com amostras nacionais representativas <sup>10;11</sup> verificou-se que, em 1998, 42.5% dos alunos entre os 11 e os 16 anos de idade relataram nunca se terem envolvido em comportamentos de bullying, 10.2% afirmaram serem agressores (uma vez ou mais, no último período escolar), 21.4% referiram serem vítimas (uma vez ou mais, no último período escolar) e 25.9% eram simultaneamente vítimas e agressores. Já em 2004, verificou-se que 41.3% dos

alunos nunca se envolveram em comportamentos de bullying, 9.4% são agressores, 22.1% são vítimas e 27.2% são tanto vítimas como agressores. Pode-se assim concluir que em Portugal, existem taxas elevadas de comportamentos de bullying, nas escolas. Num estudo comparativo sobre a evolução do fenómeno em Portugal, verificou-se que a frequência dos comportamentos de vítimação e de provocação, uma vez ou mais por semana, aumentaram nos últimos anos nas escolas Portuguesas<sup>11</sup>. Nas escolas estes fenómenos passam muitas vezes despercebidos na sua verdadeira extensão e expressão.<sup>9</sup>

Ainda destacamos que, dos alunos portugueses entre os 10 e os 18 anos, 23.5% estão envolvidos em comportamentos de bullying, 2 a 3 vezes por mês ou mais, ou seja, 1 em cada 4 alunos. Os rapazes envolvem-se mais em comportamentos de bullying na escola, quer como agressores, quer como vítimas, quer com duplo envolvimento (simultaneamente agressores e vítimas). O envolvimento em comportamentos de bullying parece ter um pico aos 13 anos, embora os mais novos (11 anos) se envolvam mais, enquanto vítimas. Nos últimos anos, verificou-se um aumento na frequência de bullying, uma vez por semana ou mais, quer em relação a provocar os outros quer em relação a ser vítima.<sup>9</sup>

### Os Agressores - “Os Bullies”

Bullying na escola, no recreio ou no grupo de pares, pode ser um problema psicossocial terrível. Precisa de ser tratado imediatamente. Pode ser

frequentemente prevenido com o diagnóstico precoce e informando as pessoas no ambiente mais próximo que os envolve.<sup>32</sup>

Como tal, é importante termos noção das características gerais dos bullies. Podemos definir os bullies como os agentes que praticam o bullying. São caracterizados pelo uso do poder e agressividade<sup>39</sup>. São mais agressivos quando comparados com os seus pares<sup>39</sup>. A tabela seguinte define características gerais dos bullies.

**Tabela 4- Características Gerais dos Bullies**

<b>Características Gerais dos Bullies</b>
Percepção inapropriada de intenções hostis nas acções dos outros
Frequentemente foram expostos a modelos com comportamentos agressivos
Repetem cronicamente comportamentos agressivos
Tendem a ter pouca empatia pelos seus alvos
Controlam os outros com ameaças físicas e verbais
Ficam rapidamente chateados e são mais aptos a usar a força
Maus e vingativos
Pais são maus modelos de regras sociais
Pais são maus modelos de regras de resolução de problemas
Gostam mais de contactar com grupos agressivos
Vêem a agressão como um meio de preservar a sua auto-imagem
Disciplina inconsistente em casa
Focados em maus pensamentos
Percebem a sua imagem física como importante para os seus sentidos de poder e controlo
Têm mais problemas familiares
Falta de supervisão dos pais
Mais propensos a sofrer abusos físicos e emocionais em casa
Exibem acções obsessivas ou rígidas
Frustrados com os pares e criam ressentimento

Adaptada de Hazler, R.J. et al<sup>37</sup>

No entanto também podemos encontrar os Bullies passivos, são aqueles que, enquanto ocorre o bullying, são observadores que o encorajam, mas não estão activamente envolvidos. A presença de bullies passivos reforça os comportamentos de bullying. Eles próprios são propensos a tornarem-se bullies activos.<sup>39</sup>.

O estudo Health Behaviour in School-aged Children<sup>17</sup>, envolvendo 35 países e regiões maioritariamente europeus, aponta que cerca de 30 % dos jovens entre os 11 e os 15 anos reportam envolvimento em bullying, estando os rapazes mais envolvidos do que as raparigas, em todas as idades e que as últimas optam mais por formas de bullying indirecto como manipulação social e agressão verbal.

Pela labilidade de idéias individuais coesas, também podemos encontrar grupos de Bullying, isto é, são comportamentos tomados por um grupo, onde temos os bullies activos e passivos e até crianças que habitualmente não estão envolvidas, porque são influenciados a partilhar da mesma idéia.

### As Vítimas – “Os Alvos”

Já descrita a parte do agressor, é importante agora definir certos conceitos acerca das vítimas, tipo de comportamento perante o bullying, e as suas características gerais.

Considera-se alvo o aluno exposto de forma repetida e durante algum tempo, às acções negativas perpetradas por um ou mais alunos. Entende-se por acções negativas as situações em que alguém, de forma intencional e repetida,

causa dano, fere ou incomoda outra pessoa. Em geral, não dispõe de recursos, status ou habilidade para reagir ou cessar o bullying. Geralmente são pouco sociáveis, são inseguros e desesperançados quanto à possibilidade de adequação ao grupo. Normalmente têm poucos amigos, são passivos, retraídos, infelizes e sofrem com a vergonha, medo, depressão e ansiedade. As suas auto-estimas podem estar tão comprometidas que acreditam serem merecedores dos maus-tratos sofridos.<sup>57</sup>

São tipicamente divididos em dois grupos: Os alvos passivos, que são a grande maioria, e um pequeno grupo, que são os alvos provocativos.

Os alvos passivos tendem a ser fisicamente mais fracos que os seus pares, e podem ter “ansiedade física” (medo de serem magoados ou de se magoarem e serem ineficientes nos jogos, desportos, lutas, e ainda terem falta de coordenação física). Eles geralmente relacionam-se melhor com os adultos do que com os pares. Tendem a ser mais cautelosos, calados, introspectivos e passivos. São descritos como sendo ansiosos, inseguros, com baixa auto-estima e vistos pelos outros como sendo “alvos fáceis”.<sup>83</sup>

Os alvos provocativos podem demonstrar uma reacção com os seus colegas de uma combinação de ansiedade e agressividade. Também podem ser frágeis fisicamente e terem, como anteriormente mencionado, a “ansiedade física”.<sup>39</sup>

Embora não haja estudos precisos sobre métodos educativos familiares que incitem ao desenvolvimento de alvos de bullying, alguns deles são identificados como facilitadores, tal como, protecção excessiva, gerando dificuldades para enfrentar os desafios e para se defender; tratamento infantilizado, causando desenvolvimento psíquico e emocional aquém do que é

aceite pelo grupo; e o papel de “bode expiatório”. da família, sofrendo críticas sistemáticas e sendo responsabilizado pelas frustrações dos pais.<sup>57</sup>

**Tabela 5 - Características Gerais de um Alvo-**

<b>Características Gerais de um Alvo</b>	
Competências sociais ineficientes	Menos populares
Competências interpessoais pobres	Competências limitadas para ganhar aceitação e sucesso
Acreditam que não podem controlar o ambiente	Competência de comunicação limitada em situações de stress.
Tem receios sobrepostos de inadequação pessoal	Maneirismos físicos associados à depressão.
Isolados socialmente	Sentimentos frequentes de inadequação pessoal
Medo de ir para a escola	Realiza acções autodestrutivas
Fisicamente mais novos pequenos e frágeis do que os pares	Acredita que os outros são mais capazes
Fraco conceito próprio	Sente que os factores externos têm maior impacto que o controlo interno
Dificuldade de relacionamento com os pares	Tem famílias sub-envolvidas nas suas decisões e actividades
Vergonha pessoal pelos seus problemas	A percepção de progressivas falhas faz com que aos alvos façam sucessivamente menos esforço nas situações seguintes.

Adaptada de Hazler et al 1997.<sup>36</sup>

## Síndrome de Asperger. “Os Alvos Perfeitos”

As crianças com Síndrome de Asperger têm risco aumentado de outros problemas, incluindo bullying<sup>32</sup>. Quando revemos os conceitos e características dos alvos passivos e provocativos, torna-se claro e evidente, que compartilham características com as crianças com Síndrome de Asperger.<sup>39</sup> Bullying é provavelmente o fenómeno mais sub-considerado no SA.<sup>32</sup>

Um estudo apresentado por Konstantareas 2005 revelou que 22 em cada 22 pais de crianças com S.A., com idade 11-19, revelaram que os seus filhos foram vitimizados pelos pares. O mesmo autor refere que a média de episódio em que eram vítimas de bullying dentro deste grupo é de 1.25 vezes por semana.<sup>18</sup>

Heinrichs 2003 realizou 400 entrevistas pais de crianças com SA com idades compreendidas entre os 4 e os 17, descobriu que 94% dos seus filhos tinham sido vítimas de bullying. Little 2002 concluiu que crianças com SA. têm 4 vezes mais probabilidade de ser vítimas de bullying do que os seus pares.<sup>18</sup>

As crianças com Síndrome de Asperger costumam ser ou mais introvertidas, ou mais extrovertidas. As mais introvertidas tendem a passar muito tempo sozinhas, e são bastante passivas sobre a procura de contactos sociais com os outros. As mais extrovertidas tendem a perseguir de forma mais activa, e iniciar outras interações sociais com os seus colegas, mas de uma forma estranha. Howlin 2002, utiliza o termo evitante/passivo (introvertido) e envolvente (extrovertida) para descrever os dois tipos de apresentação social, observando que as crianças com qualquer apresentação social tendem a frustrar e ser rejeitado pelos seus pares.<sup>39</sup>

Crianças com um padrão de comportamento evitante/passivo muitas vezes isolam-se, preferindo os objetos e os interesses especiais para seus companheiros. Para Howlin 2002, os profissionais podem identificar mais cedo as crianças que se apresentam como evitantes/passivas porque as suas diferenças sociais são mais óbvias e fora do normal<sup>39</sup>. Também há aqueles exemplos, em que os pares de idade tentam activamente o bullying a adolescentes com o S.A., e por estes reagirem tão pouco ou até mesmo nada, os agressores perdem o interesse pelo alvo.<sup>32</sup>

No entanto, quando demonstram um padrão de envolvimento, as crianças muitas vezes exibem uma excessiva autocracia, inflexibilidade e dificuldade com a interacção social durante as brincadeiras. Segundo Howlin 2002, estas crianças podem não ser detectadas tão precocemente pelos profissionais e às vezes são vistos simplesmente como estranhos e “mal-educados”<sup>39</sup>. A tabela 6 (página seguinte) apresenta de um modo sintetizado as características gerais de uma criança com Síndrome de Asperger, e as características da apresentação social do tipo envolvente e do tipo evitante/passivo.

Numa observação mais aprofundada das características das crianças com SA, em comparação com as características das crianças geralmente alvo de bullying, as semelhanças são espantosas. Ou seja, as características dos alvos passivos são similares às características de apresentação social dos evitantes/passivos, comumente visto em crianças com S.A., enquanto as características dos alvos provocador assemelham-se às daqueles com apresentação social envolvente, vista em algumas crianças com SA. Não é de admirar que as crianças diagnosticadas com SA são tantas vezes alvo de Bullying.<sup>39</sup>

**Tabela 6 - Características Gerais das Crianças com S.A.; Apresentação Social Evitante/Passiva e Envolve**

<b>Características Gerais das Crianças com o Diagnóstico de S.A.</b>	
<p>Pares frustrados  Rejeitados pelos pares  Desajeitados, podem ser ineficientes nos jogos, desportos e lutas  Dificuldade em se envolver nas interacções sociais esperadas para a idade  Discurso formal – “pequenos professores”  Vulnerabilidade emocional, ficam facilmente “stressados”  Ansiosos  Inflexíveis  Facilmente fatigados. Tendência ao sedentarismo  Socialmente ingênuo  Visto como um “alvo fácil”</p>	
<b>Apresentação Social Evitante/Passiva</b>	<b>Apresentação Social Envolve</b>
São socialmente passivos	São mais rejeitados pelos pares
Tendência ao isolamento	Demonstram excessiva autocracia
Preferem objectos e os seus interesses especiais	Falta de foco. Impulsivos e imaturos. Têm hábitos irritantes
Falta de reciprocidade nas brincadeiras	Tentativa de luta ou resposta ineficiente quando sofrem bullying
Podem ser identificados pelos profissionais de saúde precocemente	Tendem a receber o diagnóstico tardiamente. Vistos como problemáticos e “mal-educados”
Relacionam-se melhor com adultos do que com os pares.	Mal-vistos por alguns adultos com autoridade, incluído professores.
Vistos como “alvos fáceis”	Vistos como exigentes e não conscientes aos sentimentos e respostas dos outros.

Adaptado de Howlin, R 2002. Understanding Asperger Syndrome (social dyslexia). (in<sup>39</sup>)

Crianças sem S.A. por vezes não contam à sua família que são vítimas de bullying. Naquelas com Síndrome de Asperger, definitivamente não deve ser esperado que as crianças dêem informação deste tipo por iniciativa própria.

Primeiro temos que estar conscientes da grande possibilidade de bullying e fazer perguntas apropriadas e concretas. Só depois podemos detectar precocemente o bullying em processo e serem evitadas consequências terríveis.<sup>32</sup>

### Consequências:

Existem consequências sérias provocadas pelo bullying. Possivelmente as maiores não vão ser as resultantes de uma agressão física, mas sim aquelas que podem influenciar a conduta e o desenvolvimento da vítima.

A baixa auto-estima na vida adulta é um exemplo de efeitos a longo prazo destas vítimas. Gilmartin 1987, também refere problemas com a interacção com o sexo oposto, porque encontrou neste estudo, que 80 % dos homens heterossexuais que tinham sido repetidamente vítimas de bullying na escola, tinha problemas em prosseguir com uma relação para além de interacção casual com uma mulher.<sup>18</sup>

Hazler, Hoover e Oliver 1993, concluíram que as vítimas de bullying teriam uma performance académica inferior. Ross and Ross 1988, acrescenta que também podem possuir uma diminuição da performance imunitária contra várias doenças. Também está documentado um aumento da depressão e ansiedade como consequências na vida adulta<sup>18</sup>

Neil Marr e Tim Field no seu livro em 2001, referem que frequentemente as crianças não dizem aos adultos que estão a ser vitimas de bullying. Esta situação, quando não há intervenção, pode conduzir á consequência mais catastrófica, denominada por alguns autores como o bullycídio (suicídio que é resultado de ser alvo de bullying).<sup>18</sup>

Bullying e a sensação de não ser capaz de cooperar com todas as regras sociais que a vida lhes apresenta em torno da idade da puberdade, aparece como o factor precipitante mais comum de tentativa de suicídio, pelo menos neste grupo etário. (5)

Como Nick Dubin<sup>18</sup> referiu, um comportamento no presente, pode espelhar como uma pessoa vai reagir 20 ou 30 anos depois, e até encaminhar para circunstância da vida que podem ser totalmente diferentes.

### Clínica, Medidas e Intervenção.

Os efeitos do bullying são raramente evidentes, sendo pouco provável que a criança ou adolescente procure os profissionais de saúde com a clara compreensão de que é autor ou alvo de bullying. No entanto, é possível identificar os pacientes de risco, aconselhar as famílias, rastrear possíveis alterações psiquiátricas e incentivar a implantação de programas anti-bullying nas escolas<sup>52</sup>.

Sofrer bullying pode ser um factor predisponente importante para a instalação e manutenção de sinais e sintomas clínicos. Na página seguinte é apresentada uma tabela com sinais e sintomas, possíveis de serem observados em alvos de bullying. (Tabela 3).

Tabela 7- Sinais e Sintomas Possíveis de Serem Observados em Alvos de Bullying.

<b>Sinais e Sintomas Possíveis em Alvos de Bullying</b>	
Enurese noturna	Tentativas de suicídio
Alterações do sono	Irritabilidade
Cefaléia	Agressividade
Dor epigástrica	Ansiedade
Desmaios	Perda de memória
Vômitos	Histeria
Dores nas extremidades	Depressão
Paralisias	Pânico
Hiperventilação	Relatos de medo
Queixas visuais	Resistência em ir à escola
Síndrome do cólon irritável	Demonstrações de tristeza
Anorexia	Insegurança por estar na escola
Bulimia	Mau rendimento escolar
Isolamento	Actos deliberados de auto-agressão

Adaptada de Neto A, 2005 (56)

A avaliação psiquiátrica e/ou psicológica pode ser necessária, e deve ser garantida nos casos em que crianças ou adolescentes apresentem alterações de personalidade, intensa agressividade, distúrbios de conduta ou se mantenham, por longo período, na figura de alvo, autor ou alvo/autor<sup>2;15;52;60</sup>. A prevenção de futuros incidentes pode ser obtida com orientações sobre medidas de protecção a serem adoptadas: ignorar os apelidos, fazer amizade com colegas não agressivos, evitar locais de maior risco e informar ao professor ou funcionário sobre o bullying sofrido<sup>19;52</sup>. Entre os autores, as alterações de comportamento, os comportamentos de risco e o consumo de álcool e drogas, são vistos com maior frequência<sup>52</sup>. Outros factores que contribuem para a agressividade e o desenvolvimento de perturbações da conduta são as lesões cerebrais pós-trauma, maus-tratos, vulnerabilidade genética, falência escolar, experiências traumáticas, etc.<sup>51</sup>

O tratamento indicado para o autor de bullying deve ser ajudá-lo a controlar a sua irritabilidade, expressar a sua raiva e frustração de forma apropriada, e a que seja responsável pelas suas acções, e aceite as consequências dos seus actos. Portanto, aqueles pacientes que relatarem situações em que protagonizam acções agressivas contra seus colegas, merecem tanta atenção quanto os que são por eles agredidos<sup>44</sup>. As famílias, tanto dos alvos como dos autores, devem ser ajudadas a entender o problema, expondo todas as possíveis consequências advindas do bullying. Os pais devem ser orientados para que procurem a parceria da escola, conversando com um professor que lhes pareça mais sensível e receptivo ao problema<sup>3;15;52</sup>. Como consultores em escolas, actuando nos departamentos de segurança pública ou em associações comunitárias, os profissionais de saúde devem esclarecer sobre o impacto que o bullying pode provocar sobre as crianças, adolescentes e escolas, e ainda indicar a importância de criar ambientes onde seja valorizados a amizade, solidariedade e o respeito à diversidade.<sup>52</sup>

Avaliar o bom desempenho dos estudantes pelas notas dos testes e cumprimento das tarefas não é suficiente. Perceber e monitorar as capacidades ou possíveis dificuldades que possam ter os jovens nos seus convívios sociais com os colegas passa a ser atitude obrigatória daqueles que assumiram a responsabilidade pela educação, saúde e segurança dos seus alunos, pacientes e filhos. Todos os programas anti-bullying devem ver as escolas como sistemas dinâmicos e complexos, não podendo tratá-las uniformemente. Em cada uma delas, as estratégias a serem desenvolvidas devem considerar sempre as características sociais, económicas e culturais da sua população.<sup>57</sup>

O envolvimento de professores, funcionários, pais e alunos, é fundamental para a implementação de projectos de redução do bullying. A participação de todos, visa estabelecer normas, directrizes e acções coerentes. As acções devem priorizar a consciencialização geral; o apoio às vítimas de bullying (fazendo com que se sintam protegidas), a consciencialização dos agressores sobre a incorreção dos seus actos e ainda a garantia de um ambiente escolar sadio e seguro.<sup>57</sup>

O fenómeno bullying é complexo e de difícil solução, portanto é preciso que o trabalho seja continuado. As acções podem ser incluídas no quotidiano das escolas, inserindo-as como temas transversais em todos os momentos da vida escolar. Devem-se encorajar os alunos a participarem activamente da supervisão e intervenção dos actos de bullying, pois o enfrentar da situação pelas testemunhas demonstra aos autores que eles não terão o apoio do grupo. Treinos através de técnicas de dramatização podem ser úteis para que adquiram habilidade para lidar de diferentes formas.<sup>83</sup> Uma outra estratégia é a formação de grupos de apoio, que protegem os alvos e auxiliam na solução das situações de bullying.<sup>23</sup>

Os professores devem lidar e resolver efectivamente os casos de bullying, enquanto as escolas devem aperfeiçoar suas técnicas de intervenção e buscar a cooperação de outras instituições, como os centros de saúde, conselho e redes de apoio social.<sup>23</sup>

Aos alunos autores, devem ser dadas condições para que desenvolvam comportamentos mais amigáveis e sadios, evitando o uso de acções puramente punitivas, como castigos, suspensões ou exclusão do ambiente escolar, que acabam por marginalizá-los.<sup>57</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os programas que enfatizam as capacidades sociais e a aquisição de competências parecem estar entre as estratégias mais eficazes para a prevenção da violência juvenil, sendo mais efectivos em escolas de educação infantil e do ensino básico. Um exemplo de programa de desenvolvimento social que utiliza técnicas comportamentais nas sala de aula é aquele que é implementado para evitar o comportamento prepotente agressivo (bullying).<sup>63</sup>

O Programa de Prevenção do Bullying criado por Dan Olweus é considerado como o mais bem documentado e mais efectivo, na redução do bullying, na diminuição significativa de comportamentos anti-sociais e em melhorias importantes no clima social entre crianças e adolescentes, com a adopção de relacionamentos sociais positivos e maior participação nas actividades escolares<sup>23;63;65</sup>. Nas escolas onde estudantes tiveram participação activa nas decisões e organização, observou-se redução dos níveis de vandalismo e de problemas disciplinares, e ainda uma maior satisfação dos alunos e professores com a escola<sup>78</sup>. Os melhores resultados são obtidos por meio de intervenções precoces que envolvam pais, alunos e educadores. O diálogo, a criação de pactos de convivência, o apoio e o estabelecimento de elos de confiança e informação, são instrumentos eficazes, não devendo ser admitidas, em hipótese alguma, acções violentas.<sup>20;;38;56;75</sup>

## Capítulo VIII - Atitudes, Intervenções e Tratamento

As atitudes e intervenções a ter numa criança com Síndrome de Asperger têm de passar por um trabalho de equipa multidisciplinar, que actue e trabalhe em várias áreas, desde o paciente em si, passando pela família, o ambiente envolvente mais próximo e ainda em todo o âmbito escolar.

Segundo Christopher Gilbert<sup>32</sup>, “não existe ‘cura’ para os problemas básicos”. No entanto ressalva a ideia de que uma vez efectuado o diagnóstico devem ser sempre considerados intervenções de suporte psicológico e educacional que costumam ser muito auxiliares.

Segundo o modelo bio-psico-social, que na Era contemporânea é adoptada na maioria das escolas de medicina, teremos de ver o paciente como uma individualidade singular, ao qual devemos respeito, e temos de perceber e entender, antes de iniciar uma intervenção directa. Não podemos estereotipar o tratamento para uma determinada doença, mas sim ter em conta a máxima de que “cada caso é um caso”. O mesmo acontece com os paciente com Síndrome de Asperger.

As crianças com S.A. tem uma enorme variabilidade na receptividade da informação. Temos aqueles que se aproximam com um sorriso e outros que se afastam. É comum uma extrema diversidade de humor. Alguns aparecem sempre calmos, disfóricos e pouco alterados com expressões de felicidade. Outros podem aparecer com mais excentricidade e ainda pode haver aqueles que se entusiasmem com o que normalmente as pessoas acham errado, mau e

diabólico. Isto são apenas alguns exemplos da heterogeneidade de várias crianças com a mesma patologia.<sup>32</sup>

No entanto mostra-se extremamente útil o diálogo, iniciando-se por ouvir a crianças, gerando-se por vezes monólogo, para conseguir uma maior aproximação. Não esquecer que muitas vezes é necessário explicar todas as situações, pois não se conformam com o simplista “é porque é”.

Normalmente as pessoas com Síndrome de Asperger são muito boas observadoras, e podem tirar notas astutas sobre os comportamentos e atitudes das outras pessoas. Às vezes é inacreditavelmente fácil ofender, sem intenção, uma pessoa com Síndrome de Asperger.<sup>32</sup> Muitas vezes tornam-se indiferentes às atitudes tomadas com eles, independentemente de serem pessoas estranhas ou conhecidas do seu meio.

Quando se vai de encontro aos seus interesses, muitas vezes eles mudam repentinamente o assunto, aparentando perder o interesse na matéria ou então podem revelar atitudes de extrema ansiedade, tentando desviar o olhar como um escape. É importante tomar uma atitude de certa neutralidade fazendo preferencialmente perguntas fechadas.

É importante nestas crianças manter os seus dias comandados por rotinas preenchidas de actividades bem estruturadas e com previsibilidade. No entanto o plano terapêutico deve ser ajustado caso a caso.

As suas áreas de interesse devem ser identificadas, e quando adequadas, devemos tentar potenciá-las. No entanto, como já foi citado, tornam-se algumas vezes barreiras no processo de socialização. Ora porque são obcecados por temas não compartilhados ou impossível de compartilhar com outras pessoas, ora

(e tornando-se num problema ainda mais grave) quando tangencia ou envolve directamente a violência.<sup>32</sup>

Talvez cerca de metade de todas as pessoas que encontramos com sintomas com critério de S.A., têm uma situação de vida razoável<sup>32</sup>. No entanto existe um outro grupo que tem necessidade de intervenção precoce. Esta intervenção está muitas vezes limitada pelo o atraso no diagnóstico, e pela aceitação por parte dos pais de que os seus filhos necessitam de ajuda médica. Por si só, o diagnóstico pode ser uma grande ajuda para compreender uma criança que muitas vezes, durante muito tempo, se pensou que era negativista e não se percebia o que estava de errado com ela.

Para alteração das suas atitudes, tem um papel crucial o aumento de conhecimento através dos livros, jornais, internet e dos media. Para sortir efeitos é necessária a educação de professores, psicólogos, sociólogos, médicos e da restante equipa de saúde. A primeira meta é ajustar as atitudes, ordens e expectativas das outras pessoas, com as crianças com S.A..

Uma excelente intervenção escolar é essencial para aumentar os conhecimentos das crianças com S.A., e assim melhorar as suas capacidades intelectuais. A “psico-educação” tem medidas gerais e específicas a concretizar. Gerais com o objectivo de aumentar os conhecimentos, e medidas específicas, porque é necessário adquirir esses conhecimentos e otimizar as intervenções educacionais e vocacionais directamente à criança<sup>32</sup>. É importante adaptar a turma, tanto no número, como na preparação e no ensino, mediante a inteligência e a capacidade de adaptação da criança. Não esquecer de deixar claramente

projectadas as actividades a realizar, sem gerar o factor surpresa ou a imprevisibilidade das mesmas.

A terapia ocupacional e de motricidade, ocupa um lugar de enorme importância no que diz respeito ao treino e desenvolvimento dos movimentos grosseiros e finos. Terapias de integração sensorial também se têm revelado com resultados positivos. Para desenvolver apropriadas “play skills” e habilidades de socialização, a terapia ocupacional tem desenvolvido novas técnicas, onde trabalha estas áreas em pequenos grupos, fazendo jogos que necessitem de interação e cooperação com a supervisão de um terapeuta, que identifica e tenta explicar os sentimentos que surgem. Tem como metas traçadas, a consciencialização social, como se sentir confortável e competente em situações sociais, e trabalhar novas maneiras de pensar sobre eles e sobre os outros <sup>71</sup>.

A terapia da fala torna-se extremamente importante nas crianças que apresentem quaisquer tipos de défices no discurso e/ou na linguagem. Trabalham a fala com o recurso a imagens, desenhos e escrita, a jogos didáticos, treinando os músculos da fala, recorrendo à imitação de sons, e partindo as palavras e pronunciá-las por sílabas no tempo correcto para formar novamente as palavras. Os terapeutas têm de ser muito criativos e trabalhar directamente com os pais e professores de modo a que, as crianças possam comunicar no mesmo sentido na escola e em casa.

É importante treinar as crianças com S.A. desde muito cedo nas actividades de vida diária dos diversos tipos, desde o vestir, comer, fazer a higiene pessoal, e ter preocupação e cuidado com as coisas. Também aqui é importante estabelecer rotinas fixas, mas nunca devem ser forçadas ao ponto de

se tornar intoleráveis. Segundo Christopher Gillberg, o aumento da ansiedade, diminuição do descanso e perturbações do sono, pesadelos ou depressão podem ser sinal que existe demasiada pressão a ser exercida.<sup>32</sup>

Desportos e Hobbies, segundo Ritvo<sup>71</sup> quando apropriadamente escolhidos e monitorizados, podem ser uma óptima actividade terapêutica para as crianças com autismo. No entanto é sempre importante informar o objectivo da prática do desporto, e devem ser escolhidas actividades e desportos que não envolvam competição.

Quanto à medicação, actualmente não existe nenhuma específica para o Síndrome de Asperger, e conforme o referido por Gillberg “pode nunca vir a ser uma realidade”. No entanto é também importante lembrar, que enquanto não há medicação para o S.A., existem tratamentos farmacológicos disponíveis para alguns problemas severos e comuns associados ao S.A., tal como a depressão, perturbação obsessiva-compulsiva, fobia social, défices de atenção e perturbações do humor.<sup>32</sup>

Mais de 50% dos casos beneficiam com os diferentes psico-fármacos para alívio de sintomas-alvo muito específicos. Os fármacos antidepressivos, os psicoestimulantes e os novos anti-psicóticos são os mais utilizados<sup>24</sup>. Os primeiros (especialmente os inibidores selectivos da recaptção da serotonina) podem melhorar os rituais, as estereotipias, a rigidez de comportamento, a agressividade e, sobretudo, a ansiedade<sup>76</sup>. Os psicoestimulantes, fundamentalmente o metilfenidato, nas suas doses habituais, têm-se mostrado eficazes na melhoria da atenção e no auto-controlo nas crianças com S.A.<sup>34:64</sup>. Não obstante, tem-se verificado uma maior incidência de irritabilidade e retraimento sobre os efeitos do

tratamento<sup>24</sup>. Finalmente os novos antipsicóticos, em especial a risperidona, têm-se revelado eficazes no tratamento dos problemas sérios de conduta, assim como na auto e hetero-agressividade<sup>66</sup>. Devido aos efeitos colaterais, tem que se vigiar a sedação e o aumento de apetite<sup>24</sup>. É de alertar que, a prescrição destes fármacos, tem de ser realizada por médicos que tenham bons conhecimentos de todo o espectro dos problemas associados com o diagnóstico. É necessário não esquecer das reações de hipersensibilidade e alergias, efeitos secundários e respostas paradoxais. Ritvo E., refere começar sempre por doses muito baixas e só as aumenta quando tem a certeza de que não existem efeitos colaterais prejudiciais. Diz ainda que muitas vezes um quarto da dose revela-se suficiente.<sup>71</sup>

Na página seguinte é apresentada uma tabela adaptada do livro de Christopher Gillberg<sup>32</sup>, onde correlaciona as dificuldades habituais das crianças com S.A., o seu ponto de compensação e as estratégias terapêuticas a adoptar para garantir uma melhor qualidade de vida.

**Tabela 8 - Lista de exemplos das dificuldades, estratégias compensacionais, e estratégias terapêuticas num caso específico com S.A-**

<b><i>Dificuldade</i></b>	<b><i>Ponto forte de compensação</i></b>	<b><i>Estratégias Terapêuticas</i></b>
Atenção selectiva. Alteração no foco de atenção	Perseverança.	Introduzir rotinas simples quando troca a actividade: encorajar a perseverança em outras situações
Compreender e reter informação complexa	Memória	Escrever informação complexa em blocos de notas; Usar tipos de jogos para facilitar rotina de aprendizagem dos factos, que não têm interesse quando vistos num livro de texto
Dificuldade em não se repetir	Perseverança, incapacidade de não se repetir mesmo nas situações em que os outros entendem como tédio	Introdução progressiva da ocupação do tempo e actividades complexas não relacionadas com os interesses especiais. Treino progressivo em mudanças de actividades.
Isolamento Social	Potencial para aprender a realizar actividades independentes	Organizar tempo para acomodação a interação social como para as actividades independentes
Comunicação Verbal	Vocabulário extensivo; Possível habilidade visuoespacial	Escrever mensagens, usar imagens ou objectos concretos para ilustrar idéias abstractas
Interesse compulsivo nos sinais rodoviários	Interesse forte nos sinais rodoviários	Usar os sinais rodoviários para ensinar o nome das cores. Formas, subtracção, adicção
Funções Executivas	Aderência a rotinas e rituais	Fazer listas do “top-10” de itens para aprender, ordenar da direita para a esquerda, de cima para baixo...

Adaptada de Gillberg (<sup>32</sup>), pág.121.

## Capítulo IX – O Meu Contributo para a Ciência - Um Olhar Crítico Sobre o Síndrome Asperger

A discussão e polémica sobre a patologia apresentada nesta monografia, o Síndrome de Asperger, é bastante grande, levantada principalmente nesta última década.

Ao longo do tempo e realização deste trabalho tive a possibilidade de contactar com consensos entre os vários autores, algumas questões ainda sem resposta, e até algumas discordâncias.

Relativamente à prevalência do Síndrome de Asperger, ainda não há muitas certezas e passo a explicar o sucedido. As prevalências apresentadas neste trabalho, são baseadas em inúmeros estudos realizados, válidos, e com amostras significativas. No entanto fica levantada a questão do método diagnóstico utilizado. Actualmente não há consenso sobre quais os critérios de inclusão da doença, ou seja, ainda não está definido qual o “gold standard” para firmar o diagnóstico de Síndrome de Asperger. Isto pode levar a que, para a mesma criança, com uns critérios diagnósticos posso indicar que possui S.A. e com outros não. Ainda queria referir que, algumas vezes, foram encontrados dados relativos a prevalência sem indicar o método de inclusão.

Um ponto de vista apresentado por Christopher Gillberg<sup>32</sup> no seu livro, é acerca do ratio entre sexo masculino e feminino. Ele reconhece que há uma maior prevalência no sexo masculino, mas pondera se será tão grande a diferença como habitualmente é apresentada, indicando que os rapazes têm sempre mais

propensão, pelo seu comportamento natural, a apresentar sintomas compatíveis com os critérios de diagnóstico. Haverá um sobrediagnóstico?

Actualmente o Síndrome de Asperger continua a ser uma patologia desconhecida por muitos médicos e outros profissionais de saúde, professores, e na população em geral. Como tal, é baixo o estado de alerta para certos comportamentos. Isto pode ser um factor condicionante da real prevalência. Se os professores fossem alertados e informados acerca da patologia, a incidência, possivelmente, iria aumentar. Seria um sobre diagnóstico? Ou seria o “Síndrome do Estudante de Medicina”?

Num estudo apresentado por Kopra K. *et al* 2008 <sup>48</sup>, foram comparadas as diferentes tabelas de critérios de inclusão. Dentro das questões postas em discussão, queria salientar a que diz respeito à linguagem. Nas tabelas apresentadas pelo DSM-IV e ICD-10, colocam como critério a não existência de atrasos clinicamente significativos. No entanto, tanto a de Gillberg como a de Szatmari, fazem referência à existência de peculiaridades na linguagem, sem descartar aqueles que eventualmente possam ter atrasos nesta área.

Ainda não resolvida a questão para muitos autores, está na diferenciação do Síndrome de Asperger com o Autismo Altamente Funcionante. Na minha perspectiva, a questão passa por um contexto clínico generalista sem margens bem definidas para as duas patologias. Seria então importante haver consensos diagnósticos para afirmá-las como duas perturbações do desenvolvimento distintas, ou então subdividi-las dentro dum espectro diferente do autismo. A minha opinião vai de encontro á apresentada por Gillberg, onde refere que existe uma diferença abismal entre o autismo “pouco-funcionante” e o Síndrome de

Asperger. Isto provoca, inevitavelmente, consequências sociais com repercussão no desenvolvimento da criança, e na sua interacção com uma sociedade ainda pouco preparada para aceitar diferenças deste género.

A questão de um quadro clínico largamente definido, ou seja, com limites pouco delineados, não se prende só por aqui. No que diz respeito as co-morbilidades, com atenção às suas incidências, fica também levantada a questão se o Síndrome de Asperger por si só, não é diagnóstico da qual fazem parte as “co-morbilidades” actualmente apresentadas. Isto é, se o Síndrome de Asperger não inclui, por exemplo, sintomas semelhantes às de ADHD, para além da sua clínica específica. Reforça esta ideia um estudo realizado na Suécia, em que a grande maioria dos diagnosticados com S.A. apresentavam critérios para ADHD com DAMPS (Défice de Atenção e Controlo Motor), e já o oposto não se verificava.<sup>32</sup>

Outro ponto importante prende-se com a etiologia do S.A., que ainda permanece desconhecida. Actualmente há bastantes estudos disponíveis, que se debruçaram sobre o assunto, não se tendo ainda chegado a uma conclusão definitiva. Já foram encontradas pistas que conduzem os investigadores para anomalias/ disfunções na estrutura cerebral. Da mesma forma já existem estudos genéticos que parecem revelar existir uma causa genética na base da doença. No futuro serão feitos, certamente, muitos estudos complementares que apontarão para uma causa mais concreta neste âmbito. Seria igualmente importante medir a influência dos determinantes psico-sociais no aparecimento e desenvolvimento desta patologia, tendo em conta que, actualmente não há evidências que os considerem como factores etiológicos. Isto poderia trazer repercussões futuras no que diz respeito ao aconselhamento genético, nomeadamente rasteio pré-natal,

um diagnóstico precoce com actuação nos primeiros estadios do desenvolvimento, e possivelmente uma maior preparação por todo o ambiente acolhedor de uma criança com S.A.. Seria evidente um desenvolvimento na área da terapêutica, tentando corrigir/atenuar o factor etiológico.

No âmbito do tratamento houve muito desenvolvimento nas técnicas adjuvantes, como a psicoterapia, na terapia da fala, na terapia ocupacional e de motricidade, entre outras. No entanto seria importante fazer estudos a longo prazo com uma grande amostra, para se poder quantificar e qualificar as diversas terapias e sabê-las adequar as diversas circunstâncias. Não menos relevante é desenvolver estratégias que nos permitam comunicar mais facilmente com o S.A., identificar tarefas, hobbies e desportos que se apropriem a cada doente. Fica em aberto ainda, o tratamento farmacológico do S.A.. Sabemos que é possível tratar determinados sintomas, mas não a causa. Será que algum dia será possível? Provavelmente não antes de identificar uma causa orgânica concreta para podermos pensar no desenvolvimento de um possível tratamento da causa.

As estratégias escolares para o desenvolvimento das competências de uma criança estão longe do desejado quanto a sua aplicabilidade na nossa realidade contemporânea. Talvez a falta de conhecimento da patologia, muitas vezes associado a um atraso significativo no diagnóstico, sejam factores determinantes.

O Bullying é sem duvida um problema major nas escolas, nomeadamente nas portuguesas, cuja atenção precisa de ser acrescida.

Como foi referido anteriormente, as crianças com S.A. tornam-se alvos perfeitos para se tornarem vítimas de bullying. Comparando as características dos alvos de bullying e as apresentações sociais do S.A. verificamos que existe muito

paralelismo. Estas semelhanças são reforçadas quando estatisticamente encontramos que as crianças com S.A. são freqüentemente vítimas de bullying. Ressalvo ainda o facto de estas crianças terem ainda menos capacidade para conseguirem relatar estes episódios de violência.

Não foram encontrados estudos em Portugal que conseguissem estabelecer a prevalência de crianças com diagnóstico de Síndrome de Asperger e que sejam vitimas de Bullying. Era importante conseguir verificar o impacto na frequência dos episódios de bullying nas crianças com S.A., após devida informação e diálogo com pares. Será que era significativa a diminuição? Como variaria o bullying passivo? Que correlação sócio-económico-culturais encontraríamos envolvidos?

É necessário serem tomadas medidas de prevenção e evitamento desta situação. É preciso conhecê-las e dá-las a conhecer aos profissionais de saúde, professores e auxiliares de educação, e ainda a população em geral, para que possa ser difundida e transmitida desde a infância às próximas gerações..

## Conclusão

No final da realização da minha tese de mestrado, queria deixar expresso algumas conclusões e propostas para trabalhos futuros.

Antes de mais acho que seria pertinente um estudo que conseguisse estabelecer critérios de diagnósticos relacionados com a apresentação clínica do S.A., que se tornassem mais eficazes dos que aqueles que actualmente dispomos.

Estudos futuros sobre a etiologia possivelmente genética e/ou funcional poderão ser extremamente úteis em diversas situações, como por exemplo no aconselhamento genético.

Em Portugal há pouco conhecimento sobre o Síndrome de Asperger. Certamente que após informação e conhecimento adequado por parte de profissionais de saúde e professores a prevalência iria aumentar. No entanto também não há estudos realizados sobre a sua prevalência. Em 2006, segundo dos dados do INE<sup>40</sup> (Instituto Nacional de Estatística) nasceram 105 449 nados vivos em Portugal. Apontando para uma prevalência de 1:300 crianças, teríamos uma incidência anual a rondar os 352 novos casos. Fica-se sem saber se estão diagnosticados.

Após o diagnóstico é importante pesquisar a existência de área de interesse. Caso exista e seja adequada, era importante criar estruturas sociais e governamentais que possibilitassem a sua potencialização, tornando os doentes

com S.A. activos na sociedade, e provavelmente diminuindo alguma da sua sintomatologia.

Continua a haver falta de compreensão da problemática das doenças psiquiátricas. Cria-se estigmas sociais, que nas crianças podem conduzir ao bullying com sérias repercussões futuras. Isto pode provocar uma evolução desfavorável principalmente para o doente com S.A., mas também para o ambiente que o rodeia.

As crianças com Síndrome de Asperger são “alvos perfeitos” para serem vítimas de bullying. Demonstrou-se haver correlação entre as características dos alvos de bullying e as características da apresentação social das crianças com Síndrome de Asperger.

O bullying é um fenómeno ainda pouco estudado e discutido em Portugal. Não temos dados de largo espectro da sua prevalência/incidência nem dados concretos das suas consequências. É importante que os profissionais de saúde saibam como agir mediante estas circunstâncias.

## Bibliografia

### A

1-: Abe, T. and Kato, S.2007, 'Environmental factors in Asperger syndrome', *Nippon Rinsho*, vol. 65, no.3, pp. 439-42

2- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2004, '*Conduct disorder. AACAP Facts for Families*' no. 33

3- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,2006,. Understanding violent behavior in children and adolescents. '*Academy of Child & Adolescent Psychiatry; AACAP Facts for Families*' no. 55.

4- Arnette, J., & Walsleben, M. 1998. Combating fear and restoring safety in schools. Retirado em 30 de Maio de 2008 da World Wide Web: <http://ojjdp.ncjrs.org/jjbulletin/9804/contents.html>

5- Asperger H. 1944, "Autistic Psychopathy" in childhood. In: Frith, U.1992. Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press;

6- Attwood T. Asperger Syndrome, a guide for parents and professionals. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Pub.,1998

### B

7- Beck, G. 1995. 'Bullying among young offenders in custody', *PsycLIT: Bullying and Delinquency*.

8- Bosworth, K., Espelage, D., & Simon, T. 1999, 'Factors associated with bullying behavior in middle school students'. *Journal of Early Adolescence*, vol. 19, no.3, pp. 341-362.

## C

9 - Carvalhosa, S. 2007, 'Seminário de Bullying, Violência e Agressividade em Contexto Escolar – O Bullying nas Escolas Portuguesas' Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal

10- Carvalhosa, S., Lima, L. and Matos, M. G. 2001 'Bullying – A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português'. *Análise Psicológica*, vol.4, no.19, pp. 523-537

11 - Carvalhosa, S., Matos, M. 2004, 'Bullying in schools: what's going on?' Paper presented at the 9th Biennial Conference of EARA, Porto.

12- Carvalhosa, S., Matos, M. 2005 'Provocação entre pares em idade escolar'. In Matos, M.(ed) *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*, 3ª ed., Cruz Quebrada: FMH Edições, Portugal

13 - Carvalhosa, S., Oddrun, S. & Hetland, J. (*in process*). *Relations between economic development and bullying behaviour in young people: A cross-national analysis*. Health Promotion International.

14- Carvalhosa, S., Oddrun, S., & Hetland, J. (*in process*). *Relationship between bullying and social support within and outside the school: Dimensional structure and variation across countries*. *Child Development*

15- Chesson, R. 1999, 'Bullying: the need for an interagency response bullying is a social as well as an individual problem'. *BMJ*. vol 7, no.319, pp.330-31.

16- Critchley, H.D., Daly, E.M., Bullmore and et al 2000 'The functional neuroanatomy of social behaviour: changes in cerebral blood flow when people with autistic disorder process facial expressions', *Brain*,.vol.123, no.11, pp.2203-12

17 - Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. 2000. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: World Health Organization.

## D

18 – Dubin, N., Carley, J. 2007. *Asperger Syndrome and Bullying: Strategies and Solutions*, Jessica Kingsley Publishers,

19- Dawkins J. 1995 'Bullying in school: doctor's responsibilities'. *BMJ*; vol.310, pp.274-5.

## E

20- Elinoff, M.J., Chafouleas S.M. and Sassu, K.A. 2004 'Bullying: considerations for defining and intervening- School settings'. *Psychol Sch.*; vol.41, pp.887-897.

21-. Ehlers, S. and Gillberg, C. 1993, 'The epidemiology of Asperger's syndrome - a total population study'. *J Child Psychol Psychiatr* vol.34 pp.1327-50

**F**

22- Fekkes, M., Pijpers, F.I.M. and Verloove-Vanhorick, S.P. 2004 'Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims'. *J Pediatr.*; vol.144, pp.17–22

23- Fekkes, M., Pijpers F.I. and Verloove-Vanhorick, S.P. 2005 'Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior'. *Health Educ Res.* vol. 20, pp 81-91

24- Fernández-Jaén, A., Martín, D., Calleja-Pérez, B. and Muñoz, J.N. 2007 'Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento', *Rev. Neurol*, vol.44, no.2, pp.53-5

25 - Fernell, E., Watanabe, Y., Adolfsson, I., Tani, Y., Bergstrom, M. and Hartvig P. 1997 'Possible effects of tetrahydrobiopterin treatment in six children with autism—clinical and positron emission tomography data: Apilot study' *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol.39, pp.313–318

26. Fitzgerald, M. and Corvin, A. 2001, 'Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome'; *Advances in Psychiatric Treatment* , vol. 7, pp. 310–318

27. Fombonne, E. and Tidmarsh, L. 2003 'Epidemiologic data on Asperger disorder'. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.*; vol.12 no.1, pp.15-21

**G**

28- Garnett, M.S. and Attwood, A.J. 1995 'The Austrilian Scale for Asperger's syndrome'. Comunicação apresentada na Conferência Nacional Australina sobre Autismo, Brisbane, Austrália.

29 Ghaziuddin, M., Butler, E., Tsai, L. and Ghaziuddin N. 1994 'Is clumsiness a marker for Asperger syndrome?' *Journal of Intellectual Disability Research*, vol.38, pp.519–527

30. Ghaziuddin, M., Shakal, J. and Tsai, L. 1995 'Obstetric facts in Asperger's syndrome'. *J Intellectual Disability Research*; vol.39 pp.538-43.

31 Ghaziuddin, M., Tsai, L.Y. and Ghaziuddin, N. 1992 'Brief report: A reappraisal of clumsiness as a diagnostic feature of Asperger syndrome'. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; vol.22 pp.651–656

32- Gillberg, C. 2002, *A Guide to Asperger Syndrome*; Cambridge University Press.

33 Gillberg, C.. 1989 'Asperger syndrome in 23 Swedish children'. *Developmental Medicine and Child Neurology*; vol.31 pp.520–531

## H

34. Handen, B.L., Johnson, C.R. and Lubetsky, M. 2000; 'Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder'. *J Autism Dev Disord*, vol.30, pp.245-55.

35- Happé, F., Ehlers, S. and Fletcher, P.1996, 'Theory of mind'in brain: evidence from PET scan study of Asperger Syndrome', *NeuroReport* vol.8, no.1, pp.197-201

36- Hazler, R.J.,Green,S., Powel,R. and Jolly, L.S., 2007 'Areas of Expert Agreement on Identification of School Bullies and Victims'. *School Psychology International*, vol.18, no.1, pp.5-14

37- Hazler, R.J., 1997, 'Identification of School Bullies and Victims'. *School Psychology International*, vol.18, no.1, pp.5-114,

38- Health Link - Medical College of Wisconsin. 'Understanding and preventing youth violence'. <http://healthlink.mcw.edu/article/984090068.html> Acesso: 28/04/2008..

39- Heinrichs, R. 2003, *Perfect Targets: Asperger Syndrome and Bullying: Practical Solutions Autism Asperger*, Publishing Company,

## I

40 - Instituto Nacional de Estatística, Estatísticas Demográficas 2006, Portugal

41-loan, J., 2003 'Singular scientists', *Journal of the Royal Society of Medicine*; Vol.96

## J

42- Jari, K.; Satu, S.; Kaisa, T.; Lennart, W. and Mikko S., 2008 'Impaired recognition of facial emotions from low-spatial frequencies in Asperger syndrome' *Neuropsychologia*

43 - Jolliffe, D. and Farrington, D.P, 2006 'Examining the Relationship Between Low Empathy and Bullying' *Institute of Criminology, University of Cambridge, England, London ;Aggressive Behavior*,Vol.32, pp.540–550

## K

44- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä and A., Rantanen, P.1999, 'Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey'. *BMJ*. vol.319

45- Kanner, L. 1943 "Autistic Disturbances Of Affective Contact". *Nervous Child*; vol.2, pp.217-53.

46 - Klin, A. 2006; "Autism and Asperger Syndrome : an overview" *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.28 pp.3-11.

47- Klin, A. 2003 'Asperger Syndrome: an update', *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.25

48- Kopra, K.; Von Wendt, L.; Von Wendt, T. and Paavonen, E., 2008 'Comparison of Diagnostic Methods for Asperger Syndrom' *J Autism Dev Disor*;

49- Kumpulainen, K. and Rasanen, E. 2000 'Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence—an epidemiological sample'. *Child Abuse Negl.*;vol.24, pp.1567–1577

50- Kumpulainen, K., Rasanen, Henttonen I, et al. 1998 'Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children'. *Child Abuse Negl.*; vol.22, pp.705–717

51- Kumpulainen, K., Räsänen, E. and Puura, K. 2001 'Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying'. *Aggr Behav*, vol.30

## L

52. Lyznicki, J.M., McCaffree, M.A. and Rabinowitz, C.B., 2004 'Childhood bullying: implications for physicians'. *Am Fam Physician*. vol.70, pp.1723-8.

## M

53- Martins, A; Fernandes, A. and Palha, M.; 2000 'Síndrome de Asperger-Revisão Teórica' *Acta Pediátrica Portuguesa*; vol.29, pp.47-53

54. Mattila, M.; Kielinen, M., Jussila, K., Linna, S., Bloigu, R., Ebeling, H. and Moilanen, I. 2007 'An Epidemiological and Diagnostic Study of Asperger Syndrome According to Four Sets of Diagnostic Criteria.' *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. vol.46, no.5, pp.636-646

55 Manjiviona, J. and Prior, M. 1995 'Comparison of Asperger syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment'. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol.25, pp.23–29.

56- Mihalic, S., Irwin, K., Elliott, D., Fagan, A. and Hansen, D. 2001 'Blueprints for violence prevention': *U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Juvenile Justice Bulletin*;

## **N**

57- Neto, A.A.L., 2005 'Bullying . comportamento agressivo entre estudantes' *Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria*, vol.5, pp.164,

## **O**

58- Olweus, D. '1994Annotation: bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program'. *Journal of Psychology and Psychiatry*, vol. 43, no.7, pp.1171-1190.

59 -Olweus, D. 1993, *Bullying at school*. Oxford e Cambridge: Blackwell.

## **P**

60- Pearce, J.B. and Thompson, A.C. 1998 'Practical approaches to reduce the impact of bullying'. *Arch Dis Child*, vol.79, pp.528-31.

61- Pereira, B., Almeida, A., & Valente, L. 1994 'Projecto «bullying» – análise preliminar das situações de agressão no Ensino Básico'. Comunicação apresentada no 6.º Encontro Nacional de Ludotecas e Espaços de Jogo ao Ar Livre, Lisboa, Portugal

62 - Peters, R., & McMahon, R. (Eds.). 1996, *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Sage Publications

63- Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2001. 'A Cultura da Paz em Resposta à Violência'. *Suplemento Rio Estudos: Diário Oficial do Município*, no.13.

## Q

64. Quintana, H., Birmaher, B., Stedje, D., Lennon, S. and Freed, J. 1995 'Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder'. *J Autism Dev Disord*; vol.25 pp.283-94.

## R

65- Ravens-Sieberer, U., Kökönyei, G. and Thomasm C. 2004 'School and health' *World Health Organization*.vol..4, pp.184-195.

66. Rausch, J.L, Sirota, E.L, Londino, D.L., Johnson, M.E.and Carr, B.M. 2005 'Open-label risperidone for Asperger's disorder: negative symptom spectrum response'. *J Clin Psychiatry*; 66: 1592-7.

67- Rehnström, K., Ylisaukko-oja, T., Nieminen-von, T., Sarenius, S., Källman, T., Kempas, E., vonWendt, L., Peltonen, L. and Järvelä, I. 2006 'Independent replication and initial fine mapping of 3p21-24 in Asperger syndrome', *J Med Genet*. Vol.43, no.2, pp.6

68-Rinehart, N.J., Bradshaw, J.L., Moss, S.A., Brereton, A.V. and Tonge, B.J.

2000 'Atypical interference of local detail on global processing in high functioning autism and Asperger's disorder'. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.41, pp.796–778.

69- Rinehart, N.J., Tonge, B., Brereton, M., Bellgrove, A., Howells-Rankin, D. and Bradshaw, J. 2007, 'An Examination of Movement Kinematics in Young People with High-functioning Autism and Asperger's Disorder: Further Evidence for a Motor Planning Deficit', *J Autism Dev Disord*, vol.36, no.6, pp. 757–767.

70- Ring, H.A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S.1999. 'Cerebral Correlates of preserved cognitive skills in autism: a functional MRI study embedded figures task performance'. *Brain* vol.122, pp.1305-15

71- Ritvo,E; 2006, *Understanding the Nature of Autism and Asperger's Disorder*, Jessica Kingsley Publishers.

72- Russe,l A.J., Mataix-Cols, D., Anson, M. and Murphy. D.G.M. 2005 'Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism' *British Journal of Psychiatry*, vol.186, pp.525-528

73. Rutter, M. 1978 'Diagnosis and definitions of childhood autism' *J Autism Dev Disord.*, vol.8, no.2, pp.139-61

## **S**

74-Sasaki, T. 2007, 'Genetic factors in Asperger syndrome' *Nippon Rinsho*. vol.65, no.3, pp.443-8.

75- Samdal, O., Dür, W. and Freeman, J. 'School. 2004.'Young people.s health':in Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. (editors). in . *Health Behavior in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Health Policy for Children and Adolescents; N° 4. World Health Organization.. pp..42-51

76. Steingard, R.J., Zimnitzky, B., DeMaso, D.R., Bauman, M.L. and Bucci, J.P.. 1997 'Sertraline treatment of transition-associated anxiety and agitation in children with autistic disorder', *J Child Adolesc Psychopharmacol*; vol.7, pp.9-15.

77- Sugihara, G., Ouchi, Y., Nakamura, K., Sekine, Y. and Mori, N. 2007 'Advances in neuroimaging research on Asperger syndrome' *Nippon Rinsho*. vol.65, no.3, pp.449-52

78- Sullivan, K. 2000, *The anti-bullying handbook*. Oxford University Press: Auckland

## T

79- Taylor, D.C., Neville, B.G. and Cross, J.H. 1999, 'Autistic spectrum disorders in childhood epilepsy surgery candidates' *European Child Adolescent Psychiatry*, vol.8, no.3, pp.189-92

80- Tustin, F., 1975, *Autism et Psychose de l'enfant*; 1st ed., Edition Du Seuil

**U**

81- University of Colorado. Center of Study and Prevention of Violence . Institute of Behavioral Science at University of Colorado at Boulder. Blueprints for violence prevention. Training and technical assistance. [www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/programs/BPP.html](http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/programs/BPP.html)1999 com ultimo update em (08/2004); acedido em 30/06/2008

**V****W**

82 -World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, 1992. Geneva: Author;.

**X****Y****Z**

83- Zimmerman, F.J., Glew, G.M., Christakis, D.A. and Katon, W. 2005 'Early cognitive stimulation, emotional support, and television watching as predictors of subsequent bullying among gradeschool children'. *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol.159, pp.384–388