

Síndrome de Asperger – Revisão Teórica

ANA MARTINS, ARMANDO FERNANDES, MIGUEL PALHA

*Clínica Universitária de Pediatria
Hospital de Santa Maria*

Resumo

Os autores abordam os aspectos teóricos da síndrome de Asperger, a qual se enquadra no conceito das perturbações pervasivas do desenvolvimento, sendo considerada uma variante do autismo clássico (autismo altamente funcionante).

Esta síndrome, cuja prevalência é de 1:1000, tem por base dois grandes grupos de factores causais: factores genéticos e factores envolvendo lesão cerebral.

A síndrome de Asperger é geralmente diagnosticada quando da entrada para a escola, dado ser nesta fase que se tornam mais evidentes as suas alterações características. Estas envolvem, fundamentalmente, perturbação da interacção social, repertório reduzido de interesses e comportamentos estereotipados, não se acompanhando de défices significativos das funções linguísticas ou cognitivas.

Seguidamente, são enunciados os vários critérios de diagnóstico desta síndrome, procedendo-se à sua análise e inter-relação.

Por fim, são abordados o prognóstico e as possíveis formas de intervenção terapêutica.

Palavras-Chave: Autismo, síndrome de Asperger.

Summary

Asperger's Syndrome: Theoretical Revision

The authors set out to approach Asperger's syndrome theoretical aspects: this syndrome fits the pervasive development disorders, being often considered as a variant form of classic autism (highly functional autism).

Asperger's syndrome, whose prevalence is approximately 1:1000, can be attributed to two major ethiological entities: genetic and cerebral ones.

Usually Asperger's syndrome is diagnosed upon school entrance, since this period particularly enhances Asperger syndrome

most obvious characteristics. These involve mostly, social interaction disturbances, reduced range of interests and stereotyped behavioral patterns; significant disorders of language or cognition are absent.

The authors then refer to the various diagnostic criteria, as well as its analysis and correlation.

Finally the aspects concerning prognosis and possible forms of therapeutical intervention are discussed.

Key-Words: Asperger's syndrome, autism.

1 – INTRODUÇÃO

A síndrome de Asperger (SA) foi inicialmente descrita, em 1944, por Hans Asperger, um Pediatra vienense, que na altura a designou por «psicopatia autística». Contudo, foi apenas em 1981 que Wing usou o termo «síndrome de Asperger». Desde então, foram propostos inúmeros critérios de diagnóstico, alguns dos quais serão referidos posteriormente, mas a opinião geral é que a SA se enquadra no conceito das perturbações pervasivas do desenvolvimento ⁽¹⁾, sendo considerado uma variante de autismo (autismo altamente funcionante).

Esta síndrome caracteriza-se por alterações a nível do comportamento social, dos interesses, da linguagem, das funções motoras e sociais e da cognição, aspectos adiante analisados em maior detalhe.

2 – EPIDEMIOLOGIA

Por forma a averiguar da prevalência desta síndrome, foi recentemente efectuado na Suécia um estudo ⁽²⁾, que utilizou questionários distribuídos aos Educadores, destinado a diagnosticar eventuais casos de SA. As crianças assim rastreadas foram então submetidas aos critérios-padrão de diagnóstico, tendo-se verificado que a incidência de SA não era, tal como anteriormente se pensara, semelhante à do autismo clássico (1:1000) mas bastante mais prevalente (1:300).

Correspondência: Ana Martins
Centro de Desenvolvimento Infantil
Clínica Universitária de Pediatria
Hospital de Santa Maria
1699 Lisboa

Aceite para publicação em 01/10/99.

Entregue para publicação em 23/11/98.

Relativamente à distribuição por sexos, a razão masculino/feminino das crianças referenciadas para uma avaliação diagnóstica foi de 10:1 ⁽³⁾, ao passo que a razão masculino/feminino epidemiológica é de 4:1 ⁽²⁾. Esta aparente discrepância pode explicar-se pela maior expressão dos défices sociais e maior propensão para comportamentos agressivos/disruptivos por parte das crianças e adolescentes do sexo masculino. Desta forma, os rapazes são mais facilmente identificados, quer pelos pais quer pelos educadores, razão pela qual são mais frequentemente referenciados.

3 – ETIOPATOGENIA

Devem considerar-se dois grandes grupos de factores etiológicos: os factores genéticos e os factores envolvendo lesão cerebral. Relativamente aos primeiros, verificou-se que, numa percentagem superior a 50%, era possível a identificação de um ou mais parentes, em primeiro ou segundo grau, com alterações compatíveis com SA ⁽⁴⁾. Embora não tenha ainda sido possível a identificação dos mecanismos precisos de transmissão, foram já identificados alguns *loci* frágeis, nomeadamente a nível do cromossoma X e do cromossoma 2, bem como algumas translocações ^(5, 6).

Na lesão cerebral, podem estar envolvidos múltiplos factores ⁽⁷⁾, designadamente intercorrências infecciosas durante a gravidez, alterações registadas nos últimos estádios do trabalho de parto e situações como hipotirodismo congénito, infecções cerebrais neonatais, esclerose tuberosa e neurofibromatose, entre outras.

4 – DIAGNÓSTICO

A SA é geralmente diagnosticada quando da entrada para a escola, sendo a idade média de diagnóstico de oito anos ⁽⁸⁾, dado que, nesta fase, se tornam mais evidentes as alterações características da SA. Contudo, o diagnóstico desta entidade nosológica pode, também, fazer-se na idade pré-escolar, como expressão atípica de uma outra perturbação (nomeadamente como uma perturbação da linguagem ou da atenção) ou como alteração psiquiátrica secundária.

Na idade pré-escolar, o diagnóstico geralmente não é de SA, mas de autismo clássico; no entanto, uma percentagem significativa das crianças com formas clássicas de autismo nesta faixa etária apresentam, posteriormente, uma melhoria significativa nas suas capacidades de comunicação, passando a demonstrar características compatíveis com SA. É, pois, essencial que o diagnóstico de autismo, quando efectuado em idades muito precoces, seja regularmente revisto.

De acordo com Atwood ⁽¹⁾, no diagnóstico da SA, devem também considerar-se duas fases: a primeira envolve a utilização de um questionário-escala, por pais e educadores, destinado a identificar comportamentos sugestivos de SA durante os primeiros anos escolares. Este questionário, de origem australiana ⁽⁹⁾, testa vários aspectos, nomeadamente as capacidades sociais e emocionais, as capacidades de comunicação, de concentração e cognitivas. A segunda fase envolve uma avaliação clínica, efectuada por médicos e/ou psicólogos, com base em determinados critérios estabelecidos, e na qual são avaliados, tal como no estágio anterior, várias dimensões: comportamento social, interesses, linguagem, funções motoras e sensoriais, e cognição.

Na análise subsequente de cada um destes itens, será efectuada uma tentativa de aproximação dos conteúdos dos diferentes critérios (ver tabelas anexas); serão, também, mencionados alguns exemplos.

ANEXOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Tabela 1: Critérios diagnósticos da síndrome de Asperger, de Gillberg e Gillberg (1989)

-
1. Perturbação grave da interacção social, manifestada por, pelo menos, dois dos seguintes critérios:
 - 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 desadequado.
 2. Repertório de interesses reduzido, 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 outros.
 4. Alterações do discurso e da linguagem, manifestadas 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) Alterações da interpretação, incluindo interpretações erradas de significados literais ou implícitos.
 5. Perturbação 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 desadequada;
 - e) Olhar fixo, peculiar.
 6. Perturbação motora manifestada por maior desempenhono exame neurodesenvolvimental.
-

Tabela 2: Critérios diagnósticos da síndrome de Asperger, de 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 desadequada;
 - c) resposta unilateral aos pares;
 - d) dificuldade na percepção dos sentimentos dos outros;
 - e) incompreensão relativamente 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 autística.
-

Tabela 3: Critérios diagnósticos da síndrome de Asperger, 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 interacção social, 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 interacção 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 responsabilidade sócio-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 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.
-

Tabela 4: Critérios diagnósticos da Síndrome de Asperger, DSM-IV (1994)

-
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 específicos, 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 preenchem os critérios de outras perturbações pervasivas do desenvolvimento ou esquizofrenia.
-

4.1. – COMPORTAMENTO SOCIAL

A análise do Comportamento Social encontra-se representada nos **critérios 1 e 5 de Gillberg** ⁽¹⁰⁾.

Critério 1: Perturbação grave da interacção social, manifestada por pelo menos dois dos seguintes quatro critérios:

- a) Incapacidade de interagir com pares de uma forma normal e recíproca;
- b) Ausência de desejo de interagir com os pares;

As crianças com SA têm dificuldade em brincar com as outras crianças, e não têm desejo de o fazer, e, se forçadas a participar num jogo, podem apresentar reacções de pânico. Quando eventualmente participam em jogos de grupo, demonstram uma tendência manifesta para imporem as suas próprias regras.

Da análise destes critérios, depreende-se que se encontram muito próximos dos mencionados no **critério 1 de Szatmari** ⁽¹¹⁾, ie, a incapacidade de interacção e a ausência de desejo da mesma, transforma as crianças com SA em crianças solitárias, sem amigos próximos, que evitam os outros e sem interesse em fazerem amigos.

- c) Ausência de apreciação de pistas sociais;
- d) Comportamento social e emocional desadequado;

Uma criança com SA não tem consciência das regras implícitas de comportamento social, sendo capaz de dizer ou fazer coisas que ofendem os outros. Um exemplo é o da criança que pára de repente a meio de uma conversa, só para dizer que os dentes da pessoa com quem está a falar são tortos.

Mas quando a criança com SA interioriza finalmente os códigos de conduta social, cumpre-os na totalidade, por vezes de forma exagerada.

Os critérios 1c) e 1d) de Gillberg correspondem aos **critérios 2d) e 2e) de Szatmari**, uma vez que se traduzem por uma dificuldade em apreciar os sentimentos dos outros e por uma dissociação relativamente a estes.

Critério 5: Perturbação na comunicação não verbal, manifestada por pelo menos um dos seguintes quatro critérios:

- a) Uso limitado do gesto;
- b) Linguagem corporal desajeitada;
- c) Expressão facial limitada ou desadequada;
- d) Olhar fixo, peculiar;

Estas crianças têm dificuldade em transmitir ou entender as mensagens que são transmitidas através do olhar.

4.2. – INTERESSES

A avaliação dos Interesses está representada nos **critérios 2 e 3 de Gillberg**, no critério B da Classificação DSM-IV ⁽¹²⁾ e no critério C da Classificação ICD-10 ⁽¹³⁾.

Critério 2: Repertório de interesses reduzido, manifestado por, pelo menos, um dos seguintes três critérios:

- a) exclusão de outras actividades;
- b) aderência repetitiva;
- c) adopção rígida de comportamentos rotineiros;

Critério 3: Imposição de esquemas e de interesses repetitivos, manifestados por, pelo menos, um dos seguintes dois critérios:

- a) Imposição sobre o próprio;
- b) Imposição sobre outros;

Como exemplo deste estreitamento de interesses e da sua imposição sobre os outros, temos o «caso das escovas de dentes»: uma criança com SA colecionava escovas de dentes e, o seu primeiro gesto, quando entrava em casa de alguém, era dirigir-se à casa de banho e apoderar-se de todas as escovas que encontrava.

Relativamente ao repertório de interesses restrito, parece haver uma **sequência** no seu estabelecimento, verificando-se que inicialmente manifestam interesse por **objectos**, depois por determinados **tópicos** e finalmente por **indivíduos**. Os tópicos de interesse são muitas vezes referentes a meios de transporte (por exemplo, comboios e camionetas), a animais (por exemplo dinossauros), a estatística e a electrónica. Na adolescência, o estreitamento de interesses focaliza-se no indivíduo, tomando frequentemente a forma de «paixões platónicas».

A redução do repertório de interesse conduz a um aprofundar de conhecimento sobre um determinado tema, permitindo ao indivíduo com SA uma conversação mais fácil, e conferindo ordem e consistência ao discurso. Da mesma forma, o estabelecimento de rotinas parece ser imposto pelos próprios, de modo a tornarem a sua vida mais previsível e ordenada, evitando as novidades e as incertezas, e diminuindo, assim, a ansiedade daí resultante.

(* Relativamente ao item «Interesses e Rotinas», não é mencionado nos critérios de Szatmari, embora o seja em

todos os restantes, provavelmente porque uma pequena parte dos SA não apresenta estas características).

4.3. – LINGUAGEM

A avaliação da Linguagem encontra-se representada no **critério 4 de Gillberg**, no critério 4 de Szatmari e nos critérios das classificações DSM-IV e ICD-10.

Critério 4: Alterações do discurso e da linguagem manifestadas por, pelo menos, três dos seguintes cinco critérios:

a) Atraso no desenvolvimento da linguagem;

Da literatura, ressalta o facto de mais de 50% das crianças com SA apresentarem alterações da linguagem, manifestadas por um atraso não muito significativo no início da fala, o qual geralmente é **recuperado mais tarde**, contrariamente ao que sucede no autismo clássico. A recuperação faz-se por volta dos quatro-cinco anos de idade, sendo a fala nesta altura já fluente ⁽⁸⁾.

Assim o que se verifica não são alterações da fonologia ou da sintaxe (a pronúncia e a gramática seguem um padrão convencional), mas sim alterações da **pragmática** (forma como a linguagem é usada num contexto social), da **semântica** (as crianças não reconhecem que a mesma palavra pode ter vários significados) e da **prosódia** (as crianças apresentam um timbre, ritmo ou entoação invulgares). As alterações mais significativas são as relativas à pragmática; como exemplo destas alterações, temos a criança que, num supermercado, se dirige à pessoa que está ao lado da mãe e lhe pergunta: «Tens um cortador de relva?». Se a resposta for afirmativa, segue-se um monólogo exaustivo sobre maquinaria de jardinagem.

b) Linguagem expressiva superficialmente perfeita;

c) Linguagem pedante, formal;

d) Alterações da prosódia / características vocais peculiares;

As crianças com SA apresentam frequentemente um discurso sem modulação, monótono, com precisão excessiva na dicção de cada sílaba ⁽¹⁴⁾.

e) Alterações da compreensão, incluindo interpretações erradas de significados laterais ou implícitos;

A uma criança com SA é dito: «Tens os olhos do teu pai». Esta afirmação afligiu imenso a criança, que voltando-se para a mãe disse: «Ó mãe os olhos são meus!».

No **critério 4 de Szatmari**, encontram-se representados os pontos mencionados anteriormente, mas também dois outros pontos importantes: o uso idiossincrático das palavras e a criação de neologismos. Por exemplo a criança pode referir-se ao tornozelo como o «pulso do pé», e aos cubos de gelo como os «ossos de água».

4.4. – FUNÇÕES MOTORAS E SENSORIAIS

4.4.1. – Funções motoras: encontram-se representadas no **critério 6 de Gillberg** e no critério X da classificação ICD-10. Não são mencionadas nos critérios de Szatmari nem na classificação DSM-IV.

Critério 6: Perturbação motora, manifestada por mau desempenho no exame neurodesenvolvimental.

As alterações motoras, particularmente as referentes à **coordenação motora**, parecem estar presentes em mais de 50% dos SA ^(2, 15).

Um dos primeiros indicadores da perturbação da coordenação motora é o facto das crianças com SA **aprenderem a andar geralmente alguns meses mais tarde que o esperado** ⁽¹⁶⁾. Por vezes, algumas crianças apresentam uma marcha peculiar e diminuição da coordenação membro superior/membro inferior (nomeadamente com ausência do característico balancear oposto dos braços quando andam). Posteriormente, na idade pré-escolar, o que se observa é uma habilidade diminuída para jogos com bolas, podendo o apanhar e o atirar da bola ser muito difíceis para estas crianças. Este facto decorre de uma **perturbação da coordenação motora**, pelo que as actividades que envolvam o uso conjugado das duas mãos, tal como jogos com bolas, apertar os atacadores ou comer usando dois talheres, podem estar alteradas. Na idade escolar, pode observar-se **caligrafia de má qualidade e falta de aptidão para os desportos escolares**. Na adolescência, uma pequena percentagem dos SA apresentam **tiques**, designadamente da face.

4.4.2. – Funções sensoriais: não são especificamente mencionadas em nenhuma das classificações.

Cerca de 40% das crianças com SA apresentam alguma alteração da actividade sensorial ^(9, 17). As formas mais frequentes são uma **hipersensibilidade sonora e táctil e uma hipossensibilidade algica e térmica**.

Relativamente aos sons, a hipersensibilidade surge para três grandes tipos de ruído;

– ruídos súbitos e inesperados, como o toque do telefone;

– ruídos contínuos e agudos, como o som de um electrodoméstico ligado;

– ruídos múltiplos, aglomerados, tal como o barulho das pessoas num centro comercial ou das crianças numa festa de aniversário.

Quanto à hipersensibilidade tátil, as áreas mais atingidas parecem ser o couro cabeludo (a criança pode entrar em pânico num cabeleireiro), os braços e as palmas das mãos.

A hipossensibilidade à dor e à temperatura poderá ter algumas consequências importantes, como a dificuldade que os pais sentem em detectar situações de dor que necessitem terapêutica médica. Por exemplo, uma apendicite aguda pode progredir para estádios avançados antes de ser detectada.

4.5. – COGNIÇÃO

A referência aos aspectos cognitivos está ausente nas classificações de Gillberg e Szatmari, encontrando-se mencionada nos critérios da DSM-IV e ICD-10, embora pela negativa.

Relativamente ao processo cognitivo, é importante a análise dos seguintes pontos:

4.5.1. – Inteligência: o SA associa-se geralmente a um quociente de inteligência normal ou mesmo acima do normal, embora ocasionalmente tenham sido descritos casos de défice cognitivo ⁽⁴⁾.

4.5.2. – Memória: as crianças com SA têm, frequentemente, uma memória de longo prazo com carácter fotográfico, verdadeiramente impressionante. É conhecido o exemplo da criança que, ao responder às questões de um determinado teste, escreveu, de forma integral, passagens do livro de texto (tendo reprovado porque o professor suspeitou de cópia).

4.5.3. – Raciocínio dedutivo: a flexibilidade dos pensamentos encontra-se diminuída nas crianças com SA ⁽¹⁸⁾. Uma das desvantagens associada a esta inflexibilidade é o facto de apresentarem dificuldade em aprenderem com os erros cometidos, perpetuando-se, assim, comportamentos de difícil correcção.

5 – TERAPÊUTICA

A terapêutica desta situação deverá envolver:

5.1. – Fornecimento de informação detalhada sobre a SA aos pais, educadores e instâncias educacionais;

5.2. – Planificação de um conjunto de estratégias, a implementar por pais, educadores e terapeutas, relativamente a cada uma das áreas mencionadas, que constitua

um programa educacional individualizado específico para o perfil de capacidades próprio de cada criança. Destas áreas, destaca-se o comportamento social, exemplificando-se seguidamente algumas das estratégias de intervenção preconizadas para os três possíveis níveis de actuação ⁽¹⁾:

Os pais:

- devem ensinar a iniciar, manter e terminar uma determinada interacção, nomeadamente uma conversa;
- devem encorajar a presença de um amigo que brinque com a criança em casa;
- devem inscrever a criança em associações, agremiações, ou clubes, como por exemplo os Escuteiros.

Os educadores:

- devem promover jogos de cooperação, mas também de competição;
- devem servir de modelo de relação com a criança, porque as outras crianças olham para o professor como modelo, sendo essencial que este demonstre tolerância e que tutorize a interacção social;
- devem supervisionar os intervalos escolares, dado que é nesta altura que a criança com SA está mais fragilizada.

Os terapeutas:

- devem responsabilizar-se, entre outras tarefas, pela criação de grupos de «capacidades sociais», nos quais sejam representados comportamentos sociais inadequados e se peça em seguida aos alunos para identificarem os erros cometidos. Destes grupos devem constar crianças e/ou adolescentes com e sem SA por forma a que integração seja completa.

Também as outras áreas, designadamente o repertório de interesses, a linguagem, as funções motoras e sensoriais e a cognição, merecem estratégias de intervenção próprias, obedecendo aos três níveis de actuação descritos ⁽¹⁾. Apesar de pequenas divergências na forma e conteúdo dos programas educacionais, existe uma unanimidade por parte dos diversos autores relativamente à precocidade de implementação dos mesmos.

5.3. – Terapêutica específica: até há relativamente pouco tempo, a terapêutica específica para esta situação era inexistente, sendo a terapêutica médica considerada puramente sintomática e a psicoterapia geralmente desaconselhada ⁽⁴⁾; contudo, vários estudos referem que a Fluoxetina apresenta aparentemente alguma eficácia na abordagem do autismo clássico e da AS ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Assim, e dada a reconhecida semelhança entre as duas situações, seria lícito tentar a sua utilização também nas crianças com SA.

6 – PROGNÓSTICO

A heterogeneidade das manifestações da SA, com graus diferentes de envolvimento das várias capacidades, reflecte-se naturalmente no prognóstico desta entidade. Contudo, a SA é uma perturbação desenvolvimental, e, como tal, o indivíduo atingido conseguirá eventualmente, em maior ou menor grau, melhorar a sua capacidade de socialização, conversação e entendimento dos pensamentos e sentimentos dos outros. Geralmente, esta transição para a sua socialização mais convencional surge após terminarem os ambientes de grupo (o liceu ou a faculdade), podendo, nesta altura, o indivíduo com SA melhorar a sua autonomia e controlar a sua rotina diária, os seus contactos sociais e a sua própria ocupação.

Para além dos factores reconhecidamente determinantes da evolução prognóstica, também o sexo parece ter relevância: nos indivíduos de sexo masculino, o prognóstico é menos favorável que nos do sexo feminino ⁽¹⁾. Uma possível explicação reside no facto de, geralmente, os rapazes com SA apresentarem uma maior expressão dos défices sociais e uma maior propensão para comportamentos agressivos ou disruptivos, especialmente se forçados ou frustrados.

Finalmente, e por forma a realçar-se o prognóstico geralmente favorável desta síndrome, evocam-se alguns nomes de individualidades que manifestaram características sugestivas de SA: Albert Einstein e Bella Bartok.

Bibliografia

1. Attwood T. Asperger's syndrome, a guide for parents and professionals. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Pub, 1998.
2. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger's syndrome – a total population study. *J Child Psychol Psychiatr* 1993; 34: 1327-50.
3. Gillberg C. Asperger's Syndrome in 23 Swedish children. *Dev Med Child Neurol* 1989; 31: 520-51.
4. Gillberg C. Clinical Child Neuropsychiatry. Cambridge: University Press, 1995.
5. Anneren G, Dahl N, Uddendeldt U, Janols LO. Asperger's syndrome in a boy with a balanced de novo translocation. *Am J Med Genetics* 1995; 56: 330-1.
6. Saliba JR, Griffiths M. Brief report: Autism of the Asperger type associated an autossomal fragile site. *J Autism Dev Disorders* 1990; 20: 569-75.
7. Ghaziuddin M, Shakal J, Tsai L. Obstetric facts in Asperger's syndrome. *J Intellectual Disability Research* 1995; 39: 538-43.
8. Eisenmajer R, Prior M, Leekman S, Wing L, Gould J, Welham M, et al. Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1996; 35: 1523-31.
9. Garnett MS, Attwood AJ. The Australian Scale for Asperger's syndrome. Comunicação apresentada na Conferência Nacional Australiana sobre Autismo, 1995, Brisbane, Austrália.
10. Gillberg C, Gillberg IC. Asperger's syndrome – some epidemiological considerations: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30: 631-8.
11. Szatmari P, Brenner R, Nagy J. Asperger's syndrome: a review of clinical features. *Can J Psychiatr* 1989; 34: 554-60.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
13. World Health Organization. International Classification of Diseases. 10th ed. Geneva: World Health Organization, 1989.
14. Cook EH, Rowlett R, Jaselskis C, Leventhal BL. Fluoxetine treatment of children and adults with autistic disorder and mental retardation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1992; 31: 739-45.
15. Martin A, Scahill L, Klin A, Volkmar FR. Higher-functioning pervasive developmental disorders: rates and patterns of psychotropic drug use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1999; 38: 923-31.
16. Mehlinger R, Schettner WA, Poznanski E. Fluoxetine and autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1990; 29: 985.