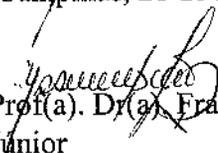


PAULA MARIA GRAEL

Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso
de Pós-Graduação Ciências Médicas da
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área Ciências Biomédicas do(a)
aluno(a) **Paula Maria Grael**.

Campinas, 21 de fevereiro de 2006.


Prof(a). Dr(a). Francisco Baptista Assumpção
Junior

Orientador(a)

**TRAÇOS DE PERSONALIDADE EM GENITORES
MASCULINOS COM FILHO PORTADOR DE AUTISMO**

CAMPINAS

2006

**BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP**

PAULA MARIA GRAEL

**TRAÇOS DE PERSONALIDADE EM GENITORES
MASCULINOS COM FILHO PORTADOR DE AUTISMO**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências
Biomédicas, área de concentração em Saúde Mental*

Orientador: Professor Livre-Docente Francisco Baptista Assumpção Júnior

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa57p	Grael, Paula Maria Traços de personalidade em genitores masculinos com filho portador de autismo / Paula Maria Grael. Campinas, SP : [s.n.], 2006.
	Orientador : Francisco Baptista Assumpção Júnior Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
	1. Alexitimia. 2. Síndrome de Down. 3. Transtorno Autístico. 4. Afeto. I. Assumpção Júnior, Francisco Baptista. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.
	(Slp/fcm)

Título em inglês: *Personality traits in fathers of boys with autism*

Keywords: • Alexithymia
• Down syndrome
• Autistic disorder
• Affectionate

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Mestrado

Banca Examinadora: Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior
Prof. Dr. Maurício Knobel
Profa. Dra. Evelyn Kuczynski

Data de Defesa: 21/02/2006

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Professor Livre-Docente Francisco Baptista Assumpção Júnior

Membros:

1. PROFESSOR LIVRE-DOCENTE FRANCISCO BAPTISTA ASSUMPÇÃO JÚNIOR

2. PROFESSOR EMÉRITO MAURÍCIO KNOBEL

3. PROFESSORA DOUTORA EVELYN KUCZYNSKI

Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Data: 21/02/2006

DEDICATÓRIA

*Aos meus familiares
e especialmente para Fábio,
Bernardo e Eugênio*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Livre-Docente Francisco Baptista Assumpção Júnior, por sua competência, conhecimento, compreensão e crédito na realização deste trabalho; fazendo-me sentir honrada em ser orientada por um profissional altamente qualificado e que se dedica intensamente à área da Psiquiatria e Psicologia, sendo também referência no Brasil e no exterior com relação ao autismo.

Ao Professor Emérito Maurício Knobel, por sua dedicação a área de Saúde Mental, ao seu profissionalismo e pela preciosa contribuição na avaliação deste trabalho.

À Prof^a Dra. Evelyn Kuczynski pelo seu profissionalismo e contribuição ao acesso dos genitores e na avaliação deste trabalho.

À Prof^a Dra. Elisa Yoshida pela sua competência e contribuição com seu estudo nesta pesquisa.

À Prof^a Dra. Maria Marta Magalhães Battistoni pelo profissionalismo, por sua contribuição na avaliação desta pesquisa e por sua forma gentil de lidar com as pessoas.

Ao Prof. Dr. Florindo Stella por sua competência profissional na área da Saúde Mental.

Ao Prof. Dr. Sérgio Saboya Arruda, pelo profissionalismo e dedicação à área da Saúde Mental Infantil.

Aos profissionais da área médica Dr. Osiris Pinto, Dr. Pedro Pacheco e Dr. César de Moraes, pela colaboração ao acesso dos genitores.

Aos funcionários do Departamento de Pós-Graduação do Curso de Saúde Mental da Unicamp, pela amizade e apoio durante a realização desta pesquisa.

Ao Setor de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP pela realização do tratamento estatístico desta pesquisa, especialmente à Cleide, que me auxiliou diretamente na análise de dados da pesquisa.

Aos funcionários do setor da Biblioteca Central e Setor de Áudio Visual da FCM da UNICAMP, pela orientação para o desenvolvimento desta dissertação.

À Mônica, pela amizade e pelo apoio durante a realização desta pesquisa.

A todas as instituições e seus profissionais que colaboraram para o acesso aos genitores desta pesquisa.

Aos pais, não apenas pela contribuição nesta pesquisa, mas também pela dedicação aos seus filhos, principal motivo deste trabalho.

A todas as crianças com autismo que participaram desta pesquisa e outras com as quais tive o prazer de trabalhar, me cativando e incentivando a estudar e adquirir novos conhecimentos sobre o autismo; contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus pais Pedro e Elza, que no exercício da paternidade e maternidade, propiciaram aos meus irmãos Elza, Ana, Júnior e a mim a internalização de valores morais, humanitários e éticos construtivos; bem como o incentivo ao nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

À Senyra, pelo seu grande carinho e incentivo, colaborando para a concretização deste trabalho.

À tia Henriqueta (*in memmorian*), que sempre representará para minha pessoa uma eterna fonte de luz e vida.

A todos os familiares e amigos, pela compreensão e colaboração neste período especial de minha vida profissional que propiciou ampliar meu conhecimento e concretizar por meio desta pesquisa uma realização pessoal, com o intuito de contribuir com esclarecimentos para a sociedade sobre o autismo e especialmente para os pais de crianças com autismo pelos preconceitos e dificuldades que enfrentam em relação à problemática do filho.



Maurício Felt 95

“...fazer os pais se sentirem responsáveis pelo autismo de seus filhos não é apenas errôneo, mas também uma injúria cruel para com os pais”.

(Leo Kanner, 1968)

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xxxvii</i>
ABSTRACT	<i>xl</i>
1- INTRODUÇÃO	<i>45</i>
1.1- Aspectos gerais do autismo	<i>47</i>
1.1.1- Origem do vocábulo autismo.....	<i>47</i>
1.1.2- Aspectos históricos.....	<i>49</i>
1.2- Teoria psicogênica	<i>52</i>
1.3- Critérios classificatórios internacionais	<i>55</i>
1.3.1- Definição e classificação do autismo (DSM-IV-R™).....	<i>55</i>
1.3.2- Diagnóstico diferencial (DSM-IV-R™).....	<i>56</i>
1.4- Diagnóstico clínico	<i>57</i>
1.5- Aspectos biológicos	<i>59</i>
1.6- Aspectos cognitivos	<i>64</i>
1.7- Autismo e expressão de afeto	<i>70</i>
1.8- Alexitimia: aspectos gerais	<i>72</i>
1.9- Personalidade	<i>81</i>
1.10- Aspectos familiares	<i>81</i>
1.10.1- Paternidade.....	<i>85</i>
1.11- Tratamento	<i>91</i>
1.12- Justificativa	<i>95</i>
1.13- Hipóteses	<i>96</i>

2- OBJETIVOS.....	97
3- CASUÍSTICA E MÉTODOS	101
3.1- Sujeitos.....	103
3.2- Critérios de inclusão dos sujeitos.....	104
3.3- Critérios de exclusão dos sujeitos.....	105
3.4- Procedimento.....	106
3.4.1- Aspectos éticos.....	106
3.4.2- Etapas de acesso aos sujeitos.....	106
3.4.3- Processo de agendamento dos sujeitos.....	107
3.4.4- Instrumentos: conduta e aplicação.....	108
3.5- Técnicas de coleta de dados.....	109
3.6- Descrição dos instrumentos.....	109
3.7- Caracterização da cidade e do local de coleta de dados.....	117
3.8- Tempo de coleta de dados.....	118
3.9- Dificuldades e cuidados na coleta de dados.....	119
3.10- Análise estatística dos dados.....	119
4- RESULTADOS.....	123
5- DISCUSSÃO.....	175
6- CONCLUSÃO.....	191
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	195
8- ANEXOS.....	219

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	American Psychiatry Association
AR	Ausência de resposta nos grupos AS, SD e TA dos graus do IFP
AS	Grupo de genitores masculinos com filho assintomático
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CID	Classificação Internacional das Doenças
DSM-IV-TR™	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EA	Resposta de grau extremo alto no IFP
EB	Resposta de grau extremo baixo no IFP
fe	Frequência esperada
fo	Frequência observada
FR	Resposta de grau fraco no IFP
FT	Resposta de grau forte no IFP
F1	1º fator da TAS: Dificuldade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais.
F2	2º fator da TAS: Dificuldade em sonhar acordado
F3	3º fator da TAS Preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas
F4	4º fator da TAS: Dificuldade em comunicar os sentimentos a outras pessoas.
H₁	Hipótese 1
H₂	Hipótese 2
IFP	Inventário Fatorial de Personalidade

M	Resposta de grau médio no IFP
NS	Resposta estatisticamente não significativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
ρ	Coeficiente de Spearman
QI	Quociente de Inteligência
SD	Grupo de genitores masculinos com filho portador de síndrome de Down
TA	Grupo de genitores masculinos com filho portador de transtorno autista
TAS	Toronto Alexithymia Scale
USA	Estados Unidos da América
UK	United Kingdom
(+)	Correlação positiva
(-)	Correlação negativa

	PÁG.
Tabela 1- Média e desvio padrão (DP) da idade em anos do genitor nos grupos AS, SD e TA.....	125
Tabela 2- Média e desvio padrão (DP) do tempo de união conjugal nos grupos AS, SD e TA.....	128
Tabela 3- Média e desvio padrão (DP) do número de filhos nos grupos AS, SD e TA.....	129
Tabela 4- Média e desvio padrão (DP) da idade em anos do filho alvo nos grupos AS, SD e TA.....	129
Tabela 5- Cidades de coleta de dados.....	131
Tabela 6- Média e desvio padrão (DP) do escore total obtido na TAS nos grupos AS, SD e TA.....	133
Tabela 7- Média e desvio padrão (DP) dos quatro fatores da TAS nos grupos AS, SD e TA.....	134
Tabela 8- Média e desvio padrão (DP) de desejabilidade social nos grupos AS, SD e TA.....	135
Tabela 9- Média e desvio padrão (DP) dos 15 fatores do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	138
Tabela 10- Percentual da classificação do grau dos escores dos 15 fatores do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	139
Tabela 11- Média e desvio padrão (DP) do grau dos escores bruto total do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	170
Tabela 12- Percentual da classificação do grau de escores dos fatores do IFP na amostra total.....	171

Tabela 13-	Correlação positiva e negativa entre o escore total e o fator F1 da TAS com os fatores do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	172
Tabela 14-	Correlação positiva e negativa entre os fatores F2, F3 e F4 da TAS e os fatores do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	173
Tabela 15-	Fatores do IFP que apresentam concordância na correlação negativa do escore bruto total, F2 e F3 da TAS com os grupos AS, SD e TA.....	174

	PÁG.
Figura 1- Modelo geral do jogo de faz-de-conta.....	66
Figura 2- Teoria cognitiva.....	68

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1- Percentual do nível de escolaridade nos grupos AS, SD e TA.....	126
Gráfico 2- Percentual do nível de escolaridade na amostra total.....	126
Gráfico 3- Percentual da classificação socioeconômica dos grupos AS, SD e TA.....	127
Gráfico 4- Percentual da classificação socioeconômica na amostra total.....	128
Gráfico 5- Percentual da posição de nascimento do filho alvo nos grupos AS, SD e TA.....	130
Gráfico 6- Percentual da posição de nascimento do filho alvo na amostra total.....	130
Gráfico 7- Percentual do local de realização da entrevista nos grupos AS, SD e TA.....	132
Gráfico 8- Percentual do local de realização de entrevista na amostra total..	132
Gráfico 9- Percentual da classificação da TAS nos grupos AS, SD e TA.....	133
Gráfico 10- Percentual da classificação da TAS na amostra total.....	134
Gráfico 11- Percentual do grau dos escores de desejabilidade social do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	136
Gráfico 12- Percentual dos escores de desejabilidade social do IFP na amostra total.....	137
Gráfico 13- Percentual do grau dos escores do fator assistência do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	140
Gráfico 14- Percentual do grau dos escores do fator assistência do IFP na amostra total.....	141

Gráfico 15-	Percentual do grau dos escores do fator intracepção do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	142
Gráfico 16-	Percentual do grau dos escores do fator intracepção do IFP na amostra total.....	143
Gráfico 17-	Percentual do grau dos escores do fator afago do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	144
Gráfico 18-	Percentual do grau do grau dos escores do fator afago do IFP na amostra total.....	145
Gráfico 19-	Percentual do grau dos escores do fator deferência do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	146
Gráfico 20-	Percentual do grau dos escores do fator deferência do IFP na amostra total.....	147
Gráfico 21-	Percentual do grau dos escores do fator afiliação do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	148
Gráfico 22-	Percentual do grau dos escores do fator afiliação do IFP na amostra total.....	149
Gráfico 23-	Percentual do grau do fator dominância do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	150
Gráfico 24-	Percentual do grau dos escores do fator dominância do IFP na amostra total.....	151
Gráfico 25-	Percentual do grau dos escores do fator denegação do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	152
Gráfico 26-	Percentual do grau dos escores do fator denegação do IFP na amostra total.....	153
Gráfico 27-	Percentual do grau dos escores do fator desempenho do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	154

Gráfico 28-	Percentual do grau dos escores fator desempenho do IFP na amostra total.....	155
Gráfico 29-	Percentual do grau dos escores do fator exibição do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	156
Gráfico 30-	Percentual do grau dos escores do fator exibição do IFP na amostra total.....	157
Gráfico 31-	Percentual do grau dos escores do fator agressão do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	158
Gráfico 32-	Percentual do grau dos escores do fator agressão do IFP na amostra total.....	159
Gráfico 33-	Percentual do grau dos escores do fator ordem do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	160
Gráfico 34-	Percentual do grau dos escores do fator ordem do IFP na amostra total.....	161
Gráfico 35-	Percentual do grau dos escores do fator persistência do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	162
Gráfico 36-	Percentual do grau dos escores do fator persistência do IFP na amostra total.....	163
Gráfico 37-	Percentual do grau dos escores do fator mudança do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	164
Gráfico 38-	Percentual do grau dos escores do fator mudança do IFP na amostra total.....	165
Gráfico 39-	Percentual do grau dos escores do fator autonomia do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	166
Gráfico 40-	Percentual do grau dos escores do fator autonomia do IFP na amostra total.....	167

Gráfico 41-	Percentual do grau dos escores do fator heterossexualidade do IFP nos grupos AS, SD e TA.....	168
Gráfico 42-	Percentual do grau dos fatores heterossexualidade do IFP na amostra total.....	169

RESUMO



Em 1943, Leo Kanner propôs a teoria psicogênica na qual enunciou a possibilidade da relação parental pouca afetiva ser fator causal do autismo do filho. Sendo assim, devido à escassez de estudos envolvendo paternidade e autismo, este trabalho teve por objetivo avaliar os traços de personalidade em genitores masculinos com filho portador de Transtorno Autista (TA). Foram estudados 90 genitores (30 com filhos portadores de TA de baixo funcionamento, 30 com filhos portadores de síndrome de Down e 30 com filhos assintomáticos). Os critérios de inclusão dos genitores foram: brasileiro, de 25 a 60 anos, ciclo Um do Ensino Fundamental, residir no Estado de São Paulo com a genitora em união estável e com o filho entre 7 e 11 anos. Os instrumentos utilizados foram: Childhood Autism Rating Scale, Questionário socioeconômico de Pelotas, versão em português da Toronto Alexithymia Scale (TAS) e o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP). Os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva e comparativa por teste estatístico (Fisher, Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado) e correlacionados por meio do coeficiente de Spearman. Na amostra pesquisada foi constatado que a média do escore total obtido da TAS e dos 15 fatores do IFP em cada grupo de genitores, não apresentou diferença estatisticamente significativa. A predominância (N=90) foi de genitores não alexitímicos. A correlação entre os fatores da TAS e do IFP e o percentual da classificação do IFP foram também discutidos. Concluiu-se que o grupo de genitores masculinos com filho portador de transtorno autista não apresentou características específicas que poderiam estar associadas ao desenvolvimento do autismo, como as descritas por Kanner.

ABSTRACT



In 1943, Leo Kanner proposed the psychogenic theory in which he enunciated the possibility of the non-affective parental relationship as causal factor's of the son Autism. In so being, due to the shortage of studies involving fatherhood and Autism, this research aims to evaluate the personality traits in fathers of boys with Autism. There have been studied 90 fathers (30 with of boys with low-functioning Autistic Disorder (AD), 30 of boys with the Down Syndrome and 30 of asymptomatic boys). The inclusion criteria of the fathers were: Brazilian, aged from 25 to 60 years, Elementary School, resided in Sao Paulo State in a stable relationship with the mother and their son aged from seven to eleven years. The instruments used were: Childhood Autism Rating Scale, Pelotas Socioeconomic Questionnaire, Portuguese version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS) and the Personality Factorial Inventory (IFP). The data obtained were submitted to analyses descriptive and comparative by statistics test (Fisher, Kruskal-Wallis and Chi square) and correlate by means of the Spearman coefficient. In the researched population it was found that the average of the total score obtained of TAS and of the 15 factors of IFP in each group of genitors did not show significant statistics difference. The predominance (N=90) was of non-alexithymic fathers. The correlation between the factors of TAS and IFP and the percentage of the classification of the IFP were also discussed. It was concluded that the group of fathers of boys with Autistic Disorder did not present specific characteristics which could be associated to the development of Autism as described by Kanner.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Aspectos gerais do autismo

Estudar sobre autismo nos remete a defrontarmos com controvérsias em relação a sua etiologia e possíveis condutas de tratamento. É considerado ainda um tema polêmico mundialmente, de muito interesse na psiquiatria infantil, mobilizando profissionais de diversas áreas que muitas vezes se defrontam com vários estudos e teorias divergentes, ou talvez complementares, objetivando conhecimentos para a compreensão da etiologia e possíveis intervenções terapêuticas deste transtorno que afeta tão precocemente crianças e que provoca comprometimentos complexos em sua vida diária pessoal, social e familiar.

Historicamente, no decorrer desses sessenta e dois anos, depois da descrição inicial do autismo por Leo Kanner em 1943, a dicotomia entre a origem orgânica e não orgânica sempre se fez presente ao longo dos estudos desenvolvidos e atualmente devido a inúmeras pesquisas científicas em diversas áreas vem se salientando possíveis fatores biológicos e principalmente os genéticos envolvidos na etiologia do autismo.

Atualmente, de acordo com a Associação de Psiquiatria Americana o autismo se insere na seção dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, sendo denominado de transtorno autista (DSM-IV-TR™, 2003).

1.1.1- Origem do vocábulo autismo

Eugene Bleuler, eminente psiquiatra nascido em Zurique, contribuiu muito para a discussão e ampliação de conhecimentos na área médica, ao introduzir os termos esquizofrenia e autismo, que se encontram historicamente associados; uma vez que denominou de esquizofrenia uma forma específica no amplo conceito de demência que foi descrito inicialmente por Emil Kraepelin.

Como consequência de suas pesquisas, Bleuler introduziu o termo autismo para designar uma forma de pensamento patológico dos pacientes designados de esquizofrênicos em que perdiam o contato com a realidade, abordado em sua obra *Autistic Undisciplined Thinking in Medicine* (BLEULER, 1970).

RITVO (1976) salienta que a palavra autismo foi introduzida na literatura psiquiátrica por Bleuler em 1906, como adjetivo, para caracterizar uma forma de pensamento de ideação de seus pacientes psicóticos, em que se encontravam voltados para a sua própria pessoa.

AMY (2001) revela que Bleuler em 1911, descreveu a síndrome da esquizofrenia infantil como sintoma principal a existência da dissociação, caracterizando essas crianças como estando fora da realidade e vivendo voltadas predominantemente para sua vida interior. É considerado um sintoma complexo e secundário, em consequência direta de um *splitting* primitivo da esquizofrenia sendo relacionando posteriormente à concepção freudiana de auto-erotismo para o autismo (PARNAS e BOVET, 1997).

Segundo FÉDIDA (1991) a fórmula bleuleriana estava associada à subtração de *eros* da expressão aut(erot)ismo, trazendo em sua concepção a designação do autismo como um estado psicopatológico de desinvestimento, de perda, de privação em decorrência de uma catástrofe que teria ocorrido com o auto-erotismo infantil. De acordo com a teoria do auto-erotismo descrita por Bleuler o autismo é caracterizado por uma regressão tópica da vida psíquica em estado de vigília e do soma. A imobilidade corporal, o isolamento sensorial e o estado de desaferentação representam formas de economia de energia, como um abrigo contra um exterior considerado traumático.

PARNAS e BOVET (1997) observam que posteriormente Bleuler ampliou sua concepção sobre autismo, deixando de ser específico da esquizofrenia e passando a ser incluído em todos os tipos de pensamento irracional com predominância do comportamento de retraimento; propiciando que muitos psiquiatras confundissem autismo com mutismo, introversão e negativismo. Descrevem que na psicanálise o sintoma autismo basicamente foi utilizado para designar estágios desenvolvimentais muito precoces na infância, sendo um mecanismo de defesa devido a uma ferida narcísica e a um ego frágil.

Em 1943, Leo Kanner, pediatra austríaco naturalizado americano, utilizou a palavra autismo ainda como adjetivo para descrever a qualidade de relacionamento em um grupo de 11 crianças gravemente lesadas que apresentavam como característica mais notável a incapacidade de se relacionar com pessoas (GAUDERER, 1987).

1.1.2- Aspectos históricos

Em 1943 Leo Kanner publicou o trabalho intitulado *Autistic Disturbances of Affective Contact*, caracterizando este distúrbio como uma combinação entre autismo extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia, propondo assim a teoria psicogênica na qual enunciou a possibilidade da relação parental como fator causal do autismo, uma vez que os pais e as mães estudados revelaram serem pouco afetivos para com os filhos e de possuírem um interesse limitado por outras pessoas (KANNER, 1943).

Kanner em seu trabalho original revelou que as 11 crianças apresentavam peculiaridades fascinantes nunca antes relatadas, apresentando um alheamento extremo que se fazia presente no início da vida, não respondendo aos estímulos externos como esperado, falhavam em assumir uma postura antecipatória e no adaptar o corpo ao de quem as segurava, porém, mantinham uma relação inteligente com objetos que não ameaçavam interferir com o seu estado de isolamento característico (KANNER, 1943).

Em 1944, um ano após o trabalho original de Kanner, o psiquiatra austríaco Hans Asperger, descreveu um grupo de adolescentes com um conjunto de características que designou de psicopatia autística em que se mostravam: extravagantes em seus relacionamentos sociais, falta de empatia com os demais, comunicação verbal muito pobre (uma fala gramatical atípica, literal no conteúdo e anormal na entonação), se engajavam em atividades repetitivas, reagentes a mudanças de rotina e ficavam absorvidos em interesses especiais, tais como tabelas de horários de trem ou movimentos de planetas. Revelavam memória mecânica, falha na compreensão de idéias abstratas, tendiam a apresentar movimentos corporais estranhos, desajeitados e sem coordenação em movimentos complexos (ASPERGER, 1944).

Dando prosseguimento aos seus estudos, KANNER (1949) passou a nomear essa condição como Autismo Infantil Precoce, descrevendo-o como uma síndrome de configuração psicopatológica que envolveria: uma dificuldade profunda no contato com pessoas, um desejo obsessivo de preservar as coisas e as situações, uma ligação especial com os objetos, alterações de linguagem que envolviam desde o mutismo até uma fala sem

função de comunicação, com inversão pronominal, neologismos e metáforas, devendo ser separado da esquizofrenia infantil.

Em 1954 Kanner embora descreva o autismo infantil como uma psicose ao mesmo tempo aponta a insuficiência de dados relevantes de quadros psicóticos em seus familiares e descreve características peculiares dessas famílias relacionadas à dificuldade de relacionamento e o padrão obsessivo, classificando-as com o termo: refrigeração emocional que ainda tem influência nas concepções atuais de alguns profissionais (KANNER, 1954).

EISENBERG e KANNER (1955), ao mesmo tempo em que postulam o papel da configuração da dinâmica parental para o desenvolvimento da síndrome, passam a considerar a possibilidade de não ser esse o único fator suficiente para resultar no seu aparecimento, definindo o autismo como uma total desordem psicobiológica, em que estudos da disfunção em cada nível de integração deveriam ser realizados, seja na esfera biológica, psicológica ou social. Descrevem, também, que a história, o início dos sintomas e o curso clínico do autismo são distintos da esquizofrenia infantil.

RIMLAND (1964) defende em seu livro intitulado *Infantile Autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior*, de forma veemente, a possibilidade da etiologia biológica para o autismo, contribuindo enfaticamente para o desenvolvimento de estudos neurobiológicos para a compreensão do autismo.

Vinte e cinco anos após seu estudo inicial, em 1968, Leo Kanner descreve o autismo infantil precoce como uma síndrome universalmente reconhecida, separada da esquizofrenia, embora ainda existam opiniões divergentes com relação às propostas terapêuticas e à etiologia. Nessa época, posiciona-se dizendo “é difícil atribuir este quadro total exclusivamente ao tipo de relacionamento parental precoce que eles tenham experimentado”, e ainda afirma que “eu nunca aponte os pais como causa primária pós-natal da patogenicidade”, contrariando sua posição anterior em que associou como causa possível a profunda psicopatologia parental, e passa a se posicionar de forma veemente; “fazer os pais se sentirem responsáveis pelo autismo de seus filhos não é apenas errôneo, mas também uma injúria cruel para com os pais”. Ao mesmo tempo salientou que os estudos que estavam sendo desenvolvidos passaram a considerar a possibilidade de uma

base orgânica, embora ainda falhassem em produzir evidências de alguma consistência neurológica, metabólica ou de qualquer patologia cromossômica que poderiam estar associadas com o autismo (KANNER, 1968, p. 18,25).

Com o decorrer de seus estudos percebemos que Kanner foi conseguindo caracterizar cada vez mais as peculiaridades que envolviam o quadro do autismo infantil, o diferenciando do grupo específico dos indivíduos com apenas retardamento mental, outros distúrbios de comportamento e finalmente do grupo da esquizofrenia. O mérito da contribuição de Leo Kanner para a psiquiatria infantil se mostra indiscutível, além do fato de ser um profissional que continuou se preocupando com o prognóstico e o acompanhamento do estado de seus 11 pacientes descritos inicialmente em 1943, que já se encontravam na fase adulta da vida (KANNER, 1971).

Outra contribuição importante de Kanner foi a publicação do livro denominado *In Defense of Mothers*, em que se utilizando de uma escrita de acesso popular, descreveu algumas qualidades nas mães que propiciavam uma relação saudável com os filhos e o marido, sendo que muitas vezes foram baseadas no bom senso e não em teorias psicológicas (KANNER, 1958).

Em 1976, Ritvo trouxe uma grande contribuição para o campo de estudo do autismo, ao considerá-lo um problema do desenvolvimento e ressaltando que a síndrome autística seria decorrente de uma patologia específica do sistema nervoso central (RITVO, 1976). Da mesma forma fez referência da possível associação à existência de déficits cognitivos, que posteriormente foram também salientados (RUTTER, 1983) por serem de grande importância no comprometimento nas demais áreas desta síndrome comportamental, sendo sua origem apontada como sendo de um quadro orgânico, embora não definido.

WING (1988) contribuiu com o pensar sobre o autismo, denominando-o de um Continuum Autístico, considerando-o como um conjunto de doenças e também sua etiologia relacionando primariamente a deficiências na esfera cognitiva, ampliando uma possibilidade outra de procurar entender o autismo, repercutindo futuramente para a elaboração de teorias.

Foi com a publicação da Classificação Internacional das Doenças, em 1978, que o autismo passou a ser classificado como uma condição independente da esquizofrenia, sendo visto como uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas, em consequência de um transtorno de desenvolvimento, e passando a ser caracterizado por um déficit na interação social visualizado pela inabilidade em relacionar-se com o outro e, usualmente, combinado com déficits de linguagem e alterações de comportamento (GILLBERG, 1990).

SCHWARTZMAN (2003) relata que atualmente a maioria dos estudiosos e pesquisadores não aceita uma causa psicológica e ou ambiental para a etiologia do autismo infantil, porém mesmo assim existem alguns grupos minoritários que a defendem.

1.2- Teoria psicogênica

A etiologia do autismo tendo como marco histórico o trabalho de Kanner em 1943, embora o mesmo tenha ampliado no decorrer de seus estudos sua concepção sobre a origem do autismo como descrito anteriormente, influenciou o pensamento de muitos profissionais que adotavam o referencial teórico psicodinâmico; em que relacionavam o desenvolvimento do autismo na criança devido à patologia parental e muitos especificamente as da mãe.

Analisando de forma detalhada seu artigo original, Kanner relatou que estas crianças “vieram ao mundo com uma incapacidade inata para formar o contato afetivo usual provido biologicamente com as pessoas, exatamente como outras crianças vêm ao mundo com deficiências intelectuais ou físicas inatas” e ainda concluiu dizendo: “se esta suposição for correta, mais estudos de nossas crianças podem ajudar a apresentar critérios concretos com respeito a noções ainda difusas sobre os componentes constitucionais da reatividade emocional” (KANNER, 1943, p. 250). Com este relato Kanner aventava sobre a possibilidade de fatores biológicos causais para o autismo, que não obtiveram a devida consideração na época.

Alguns estudos (EISENBERG e KANNER, 1955; DONNELLY, 1960; KING, 1975) ao compararem pais de crianças com autismo com os de filho assintomático mostraram diferenças, apontando os pais de crianças com autismo, como mecânicos, frios, superprotetores ou restritivos.

SCHOPLER (1978) admite que a maioria dos estudos até o ano de 1965 enfatizava a teoria psicogênica como causa do autismo, que eram muito mais baseados em impressões clínicas do que em dados empíricos.

Segundo MESIBOV et al. (1997), mesmo Kanner não mais se encontrando completamente satisfeito com a hipótese da teoria psicogênica, descrente da mesma, devido ao fato de pais com as mesmas características não gerar outras crianças com autismo e de não terem na mesma família outro filho com autismo; porém a orientação psicodinâmica persistiu para alguns estudiosos para a compreensão do mesmo.

Para alguns autores os pais eram considerados como frios, pouco afetivos, formais, obsessivos e devido à interação patológica precoce do pai e da mãe (KANNER, 1943,1949; EISENBERG, 1957) e alguns, enfatizando mais a mãe, em que apresentavam traços de personalidade de indiferença ao filho ou por não serem continentais (MAHLER, 1965; BETTELHEIM, 1967; TUSTIN, 1991,1994; SPITZ, 1993); embora, posteriormente, Tustin e Mahler acabaram reconhecendo um equívoco na formulação de suas teorias iniciais, pois ao longo dos estudos dos casos clínicos atendidos passaram a identificar apenas a existência do autismo enquanto patológico e não como fase normal no desenvolvimento infantil.

Em 1994 Tustin publica o artigo intitulado *The Perpetuation of an Error*, relatando sobre sua nova concepção sobre o autismo antes que sua vida profissional chegasse ao fim, em que aponta que muitos profissionais de diversos países mostraram conclusivamente que não existe um estágio infantil precoce de autismo primário normal, do qual o autismo patológico poderia ser uma regressão, e que a desconsideração disto foi um erro de muitos terapeutas psicanalistas e também de sua própria pessoa (TUSTIN, 1994).

Salienta também que Margaret Mahler com toda a sua integridade científica, em uma palestra que proferiu em Paris, fez um pronunciamento aos 80 anos antes de morrer renunciando ao conceito de autismo primário normal como uma fase precoce da infância (TUSTIN, 1994); revelando a sua lealdade ao conhecimento; porém o que ainda não reflete a visão de muitos psicanalistas por se mostrarem resistentes a novas idéias como salientado no trabalho *Psychoanalysis Resistance to New Ideas* (GILLETTE, 1992).

Neste contexto inicial metáforas permearam o imaginário de profissionais e familiares com base em postulados teóricos e clínicos como: conchas, fortalezas vazias, carapaças, ovo, buraco negro, desligadas, sempre com uma conotação de falta, ausência e déficit, sem se apontar perspectivas de avaliação do que elas teriam e ao mesmo tempo caracterizando esses pais como em geral incapazes de investir em seus filhos, apoiados na noção do autismo enquanto quadro psicopatológico parental, sendo as representações sociais mais consensuais e difundidas sobre o autismo que deveriam, na verdade, ser desconstruídas (CAVALCANTI e ROCHA, 2002).

Em 1972 Lorna Wing já descrevia que os poucos estudos com o uso de métodos científicos com grau de confiabilidade em que comparavam grupos de pais de crianças com autismo com pais de crianças com outras deficiências ou de crianças normais, não resultaram em evidências em que os pais de crianças com autismo foram caracterizados com alguma anormalidade diferenciada (WING, 1972).

SCHOPLER (1971) criticou seriamente os profissionais por tornarem os pais como bode expiatório para a causa do autismo em virtude da ignorância dos mesmos e enfatizou a necessidade de que os pais fossem vistos não como o problema e sim como parte da solução do problema uma vez que o treinamento de pais como co-terapeutas tem propiciado a diminuição de comportamentos bizarros e outros não adaptativos.

GILLBERG (1988) e JORDAN (2002) consideram que o autismo infantil tem como principal origem a biológica, embora os estudos atuais não permitam identificar apenas um fator biológico causal. Jordan ainda salienta que os pais somente teriam participação na etiologia do autismo se constatados possíveis fatores genéticos envolvidos. Segundo GILLBERG (1988) não se verificou evidência científica em que puramente fatores estressores psicossociais ou psicológicos pudessem conduzir ao autismo.

WING (1997) enfatiza que atualmente existe um consenso geral de que a causa do autismo tem sua origem em uma disfunção cerebral, e que não se encontra relacionado com a forma de educação dos pais e tampouco às primeiras experiências da criança; ressaltando que o importante seria identificar os mecanismos cerebrais envolvidos nesta disfunção.

Retomando resumidamente o histórico do autismo, podemos brevemente salientar que as primeiras teorias sobre a etiologia do autismo eram de concepção psicogênica, responsabilizando os pais por apresentarem déficits específicos no cuidado e interação com os filhos; aparecendo o termo autismo sempre associado com déficit, deficiência, ausência, falha e incapacidade parental.

1.3- Classificações psiquiátricas internacionais

Posteriormente a 1943 foram sendo realizados esforços para a universalização dos padrões de sintomas e comportamentos característicos do autismo, visando facilitar o diagnóstico.

As principais referências classificatórias psiquiátricas consideradas são: Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde e o Manual de Diagnóstico Estatístico (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA).

Inicialmente o autismo aparece nas classificações psiquiátricas da CID-9 (OMS, 1979) entre os transtornos psicóticos da infância e depois na sua décima versão (CID-10) surge inserido no grupo dos Transtornos Invasivos de Desenvolvimento identificado como F84.0 (OMS, 1993).

1.3.1- Definição e classificação do autismo (DSM-IV-TRtm, 2003)

Para esta pesquisa o referencial teórico adotado para a definição, classificação e diagnóstico do autismo foi o da Associação de Psiquiatria Americana, de acordo com o Manual de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV-TRtm, 2003), no qual é denominado de Transtorno Autista (TA).

O DSM-IV-TRtm (2003) classifica o transtorno autista dentro da seção dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, que significa ser considerado um transtorno com comprometimento grave e global no desenvolvimento de habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou presença de estereotípias nas áreas de comportamento, atividades e interesses, desencadeando prejuízos qualitativos com desvio entre o desenvolvimento físico e mental. Nesta seção se incluem também o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação.

O transtorno autista se encontra descrito como um quadro iniciado antes dos três anos de idade, com uma taxa média de prevalência de 15 casos por 10.000 indivíduos, com relatos de taxas variando de dois a 20 casos por 10.000 indivíduos, com índices de quatro a cinco vezes superiores para o sexo masculino, porém, quando em meninas apresentam um retardo mental mais grave. O transtorno autista por vezes se encontra associado com uma doença neurológica, ou outra condição médica geral (por exemplo: fenilcetonúria, esclerose tuberosa, síndrome do X frágil), decorrentes de condições pré, peri e pós-natais.

1.3.2- Diagnóstico diferencial (DSM-IV-TRtm, 2003)

Diferentemente do transtorno autista os outros Transtornos Globais do Desenvolvimento abaixo descritos se distinguem basicamente no que se refere:

- Transtorno de Rett: diagnosticado apenas no sexo feminino e com uma incidência muito menos comum do que o transtorno autista. Apresenta um padrão característico de desaceleração do crescimento craniano (entre cinco e 48 meses), perda de habilidades manuais voluntárias já adquiridas e o aparecimento de gestos estereotipados das mãos como torcer ou lavar as mãos (entre os cinco e 30 meses de idade), aparecimento de marcha desordenada ou movimentos do tronco (associada à cifoescoliose) e dificuldades na interação social, principalmente no período pré-escolar, que tendem a ser temporários.

- Transtorno Desintegrativo da Infância (síndrome de Heller): o aparecimento de um padrão distinto de regressão em muitas áreas do funcionamento ocorre depois de pelo menos dois anos de desenvolvimento normal.
- Transtorno de Asperger: não apresenta atrasos ou desvios no desenvolvimento da linguagem e da cognição clinicamente significativos durante os três primeiros anos de vida e retardo mental leve quando presente. Apresentam variabilidade no funcionamento cognitivo, com pontos fortes nas áreas de capacidade verbal e pontos fracos em áreas não verbais. Como no transtorno autista uma grave disfunção social. Apresentam insistência em um interesse circunscrito relacionado a um tópico para o qual direciona um intenso e extraordinário tempo, reunindo informações e fatos (ilhas de memória). Pode ocorrer uma aparente motivação para aproximação dos outros, mesmo sendo feito de forma altamente excêntrica, excessivamente loquaz, unilateral e insensível. O prognóstico é aparentemente muito melhor, pois alguns estudos sugerem serem capazes de obter empregos rentáveis e tornar-se auto-suficientes.
- Esquizofrenia: com início na infância geralmente se desenvolve após alguns anos de desenvolvimento normal ou quase normal em que se observa embotamento afetivo e perda de aquisições.

1.4- Diagnóstico clínico

A partir do referencial teórico de classificação do autismo adotado procede-se o diagnóstico que é clínico, considerando os testes e escalas apenas como instrumentos auxiliares no processo e tendo como premissa que o diagnóstico envolve a individualidade da criança e não sendo um processo estático.

O diagnóstico do autismo envolve uma avaliação clínica e muitos estudos descrevem que o autismo pode ser diagnosticado até os dois anos de idade e sendo um diagnóstico com confiança e estabilidade (LORD, 1995; COX et al., 1999;

STONE et al., 1999; MOORE e GOODSON, 2003), dependendo de uma avaliação clínica especializada, envolvendo entrevista com os pais, observação clínica da criança no que se refere ao seu desenvolvimento comportamental, cognitivo e lingüístico (LECOUTEUR et al., 1989 e LORD et al., 1994).

A importância do diagnóstico precoce propicia um planejamento educacional apropriado para a criança, acesso da família ao suporte de profissionais e o aconselhamento genético (COX et al., 1999), verificando-se também uma maior satisfação por parte dos pais quando realizado nos primeiros anos de vida escolar (HOWLIN e MOORE, 1997).

Embora os estudos apontem a possibilidade do diagnóstico precoce para o autismo e com todas as vantagens decorrentes, estudos outros revelam que apesar do apontamento de evidências de marcadores biológicos nas crianças ainda muito jovens, o diagnóstico precoce não se verifica como uma prática comum (CHUNG et al., 1995; HOWLIN e MOORE, 1997; O'HARE, et al., 1998; MOORE et al., 1999), sendo na prática efetuado depois dos seis anos da criança (BAIRD et al., 2001).

Os autores acima referendados apontam um fator importante e necessário a ser considerado para que o diagnóstico também seja precoce, que envolve a necessidade de profissionais com conhecimento na área ou especialistas.

Dificuldades em se obter o diagnóstico de autismo em países desenvolvidos, como na Inglaterra, foram descritos (BIRNBAUM e COHEN, 1993; HOWLIN e MOORE, 1997), causando atraso na inclusão da criança em programas educacionais apropriados e demais intervenções necessárias (MIDENCE e O'NEILL, 1999).

BRUEY (2004) e VOLKMAR et al. (2005) relatam a importância de se utilizar instrumentos auxiliares no diagnóstico do autismo, que podem envolver desde entrevistas com os pais (Autism Diagnostic-Revised-ADI-R e The Parent Interview for Autism-PIA), entrevista com os pais e observação direta da criança (Childhood Autism Rating Scale-CARS), interação com a criança (Autism Diagnostic Observation Schedule-ADOS) e entrevista com pais, professores ou profissionais (Gilliam Autism Rating Scale-GARS) e ao mesmo tempo a necessidade de profissionais capacitados para fazer um diagnóstico acurado.

A importância da definição do referencial teórico adotado para a classificação e o diagnóstico do autismo se faz de fundamental importância para que os profissionais desenvolvam programas educativos direcionados às necessidades das crianças e as intervenções de suporte familiar adequadas à realidade dos mesmos.

1.5- Aspectos biológicos

GILLBERG (1988) descreve o autismo como uma síndrome comportamental devido à heterogeneidade de fatores etiológicos neurobiológicos associados: taxa entre o sexo masculino em predominância ao do feminino, retardamento mental, epilepsia, atraso precoce, anormalidades cromossômicas, esclerose tuberosa, neurofibromatose, espasmo infantil, fenilcetonúria, infecção congênita, acidose láctica, transtorno de purina, hidrocefalia, síndrome de Moebius, distrofia muscular de Duchene, síndrome de Rett, redução do grau ótimo no período pré e peri-natal e concordância monozigótica em gêmeos.

ASSUMPCÃO JÚNIOR (1993) também salienta fatores semelhantes relatados acima e acrescenta em seu estudo problemas outros de ordem neurológica e genética envolvidos no autismo infantil: infecções pré-natais (rubéola e sífilis congênita, toxoplasmose e outras citomegalovirose), hipóxia neonatal, infecções pós-natais (herpes simplex), déficits sensoriais, doença de Tay-Sachas, fenilcetonúria, esclerose tuberosa, neurofibromatose, síndromes de (Cornelia De Lange, de Williams , Moebius, West, Rett, Down, Turner, do X Frágil e de Zunic), outras alterações cromossômicas, mucopolissacarídeos, hipomelanose de Ito e intoxicações).

Desde 1991 o autismo vem sendo considerado associado a determinantes biológicos e não por fatores psicodinâmicos (GILLBERG, 1990; FOLSTEIN e PIVEN, 1991; RAPIN, 1991).

KAGAN, 1981; HOLMES 2001, observam que o autismo tende a ocorrer mais na primeira gravidez e em mães mais velhas cinco anos do que a expectativa normal de gravidez (GILBERG, 1980 ; TSAY e STEWART, 1983).

Para WING (1996) a perturbação social é um distúrbio de desenvolvimento e que as diferentes manifestações são parte de um espectro de transtornos relacionados, a serem referidos como um contínuo autístico, que segundo a sua visão seria mais ou menos equivalente à categoria geral Transtorno Global do Desenvolvimento, tanto usado pela Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, 10ª Revisão (CID – 10) como pelo Manual de Diagnóstico e Estatística, 3ª Edição revisada (DSM –III –R) da Associação Americana de Psiquiatria.

ROGERS e SIMENSEN (1987) discutem que a Síndrome do X Frágil é comum ser identificável como sendo ligada à etiologia de retardo mental podendo afetar na proporção de um em 1.000 no sexo masculino e variando o nível de retardo mental de suave para profundo. Comentam, ainda, que os estudos revelam que os transtornos comportamentais têm sido freqüentemente notados em pacientes portadores de X frágil e que não é incomum em pacientes com autismo (7,7%) ou com comportamentos autistas (21,2%).

O avanço das pesquisas em neuroimagem, genética, bioquímica, neurofisiologia e na clínica vem propiciando uma maior compreensão dos fatores biológicos envolvidos na etiologia do autismo e conseqüentemente de sua conceituação, passando a ser aceito como uma desordem neurodesenvolvimental em que os fatores genéticos assumem atualmente um importante papel na etiologia (BAILEY et al., 1996; JORDAN, 2002).

Segundo GILLBERG (1990), o autismo é considerado atualmente como uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas em conseqüência de um distúrbio de desenvolvimento. Caracterizado por um déficit na interação social visualizado pela incapacidade em relacionar-se com o outro, usualmente é combinado com déficits de linguagem e alterações de comportamento.

Segundo NASS (2000) o Transtorno do Spectrum Autístico é definido por déficits sociais e na linguagem, mas não pelo nível intelectual; uma vez que podem variar do nível inferior, médio até o severo, embora a maioria, de 70% a 85%, apresentem retardamento mental.

Ao longo dos estudos alguns autores passaram a diferenciar o spectrum autístico segundo o grau de comprometimento do quociente intelectual, mostrando que indivíduos com autismo de alto funcionamento são referidos na literatura com diversos nomes; entre os quais autistas de inteligência normal, autista próximo ao normal, autistas não retardados, autismo de nível alto, autista de quociente de inteligência (QI) alto; sendo assim referidos por serem autistas com QI acima de 70, diferentemente dos indivíduos com autismo que apresentam retardamento mental. Porém concluem em pesquisa que independente do nível intelectual os indivíduos com autismo apresentam déficits afetivos, cognitivos e sociais (YIRMIYA e SIGMAN, 1991).

HOWLIN, 1998 constata que em seu estudo a maioria das crianças com autismo apresentou (70%-75%) dificuldade na aprendizagem e que metade apresentou um quociente de inteligência menor que 50, neste caso se referindo as crianças com autismo designadas de baixo funcionamento.

Segundo BREGMAN e HARRIS (1999) o retardo mental pode ser classificado em: retardo mental leve (QI 55-70), retardo mental moderado (QI 35-55), retardo mental severo (QI 25-35), e retardo mental profundo (QI<25), revelando que de acordo com o autor acima referendado as crianças com autismo se enquadrariam entre o grau leve, moderado, severo e profundo.

GHAZIUDDIN e MOUNTAIN-KIMCH (2004) definem a síndrome de Asperger como uma desordem da infância que se manifesta precocemente caracterizada por apresentar déficits sociais autísticos, uma sutil deficiência na comunicação, um interesse excessivo por isolamento e pela ausência em sua história de vida de um atraso na linguagem ou de retardamento mental. Revelam que embora esta síndrome seja considerada uma condição distinta do autismo de inteligência normal, sendo referida às vezes como autismo de alto funcionamento, este diagnóstico se mostra ainda impreciso na literatura, porém em seu estudo constatou que os sujeitos com AS obtiveram QI verbal e escore no subteste de vocabulário e informação mais alto quando comparados com os sujeitos designados de alto funcionamento.

MACINTOSH e DISSANAYAKE (2004) ressaltam que não existem evidências empíricas suficientes que provem uma diferença qualitativa entre a desordem de Asperger e o autismo de alto funcionamento como desordens distintas; ao contrário disto, concluem, a partir de estudo desenvolvido, como sendo pertencentes ao spectrum do autismo.

Segundo BERNEY (2000) o autismo é um distúrbio biológico que necessita de uma abordagem médica em seu tratamento. Observa também que estudos têm sugerido que a imunização do sarampo, caxumba e rubéola seja um fator no desenvolvimento do autismo, embora em uma pequena proporção de casos, dificultando demonstrar com segurança uma amostra a ser considerada significativa.

TUCHMAN (2003) define o autismo como uma desordem neurológica, caracterizada por apresentar deficiência na linguagem, comunicação social e no comportamento, que persiste por toda a vida do indivíduo e marcadores biológicos ausentes.

SPARKS (2002) verifica que os resultados obtidos em pesquisa sugerem que crianças portadoras de transtorno autista apresentam um desenvolvimento anormal do cérebro que se manifesta precocemente; sendo caracterizado por um aumento do volume total do cérebro que também se faz acompanhado pelo aumento proporcional do tamanho do cerebelo, e de forma bilateral na amígdala e hipocampo, independente do sexo.

AYLWARD (2002) conclui em pesquisa que o desenvolvimento do cérebro em indivíduos com autismo segue um padrão anormal, sendo caracterizado por um aumento acelerado no início da vida e conseqüentemente resultando em um aumento do cérebro na infância; não se verificando o mesmo em adolescentes e adultos com autismo, nos quais não foram encontradas diferenças significativas no tamanho do cérebro quando comparados com indivíduos normais.

NASS (2000) afirma que estudos sugerem que os genes que codificam a função intelectual seriam ligados ao cromossomo X, em função de algumas evidências: a prevalência no sexo masculino de deficiência mental (no total 20%, sendo 30% de grau

moderado), maior variabilidade no sexo masculino na distribuição do nível intelectual comparado ao sexo feminino e a segregação não específica do retardamento mental no padrão ligado ao cromossomo X em muitas famílias. Descreve que em função da alta concordância em gêmeos monozigóticos e da constatação de muitos parentes próximos afetados sugere um componente genético na determinação do autismo.

NYDEN (2004) define o autismo como um transtorno neurodesenvolvimental com fortes influências genéticas, em função de evidências clínicas já descritas na literatura e que puderam ser também confirmadas na pesquisa em que desenvolveram no que se refere à noção de que a transferência inter-hemisférica aberrante pode estar envolvida no curso clínico ou patogenia do autismo.

Estudos sugerem a contribuição de mais de 20 gens de risco que poderiam contribuir para o desenvolvimento do autismo, envolvendo uma maior susceptibilidade de variações de alelos de uma família para outra (PICKLES et al., 1995; RISCH et al., 1999).

O autismo é descrito atualmente como uma desordem com uma forte base genética envolvendo mutações simples de genes, anormalidades cromossômicas e variações genéticas múltiplas a serem ainda melhor estudadas (VEENSTRA-VANDERWEELE, et al., 2004).

LAURITSEN e EWALD (2001) realizaram um trabalho envolvendo uma revisão dos possíveis fatores genéticos de risco para o autismo infantil, indicando regiões susceptíveis de anormalidades cromossômicas 15q11-13, 16q-23, 17p11.2, 16p13.3, 2q13-21, 11p15.5, 7q31-35 e 13p21-3 como sendo mais susceptíveis, embora ressalte a necessidade do desenvolvimento de mais estudos controlados.

WOLPERT (2000) e NURMI et al. (2003) revelam que o cromossomo 15 na região q11-q13 tem sido sugerido como possível candidato da associação da duplicação cromossômica maternal desta região com o fenótipo do autismo.

SUNG et al. (2005) descrevem o autismo como um transtorno do desenvolvimento severo, com etiologia desconhecida, porém com fortes indicativos de influência genética. Neste estudo verificaram-se traços de motivação social e

interesse/flexibilidade em irmãos de crianças com autismo apresentando uma alta hereditariedade e uma alta correlação genética, salientando a necessidade de se investigar em estudos futuros se os integrantes da família possam apresentar traços mais suaves que caracterizam o autismo para mapeamento genético.

Com os avanços nas pesquisas apontando fatores biológicos e principalmente genéticos, dentre as teorias cognitivistas propostas, a teoria da mente apresenta uma explicação sobre a dificuldade da criança com autismo em estabelecer uma resposta de interação social e afetiva adequada para com as outras pessoas; o que é muito diferente de pensar que os pais, por serem pouco afetivos ou esquizofrenogênicos, seriam a causa do autismo.

BARON-COHEN et al. (1985) estavam realizando estudos para tentar explicar o componente crucial que estaria envolvido na incapacidade social das crianças com autismo, enfatizando a abordagem cognitivista para a compreensão do autismo.

1.6- Aspectos cognitivos

Etimologicamente o termo cognição, do latim *cognitus* significa conhecer, e em sua acepção original aquisição de conhecimento (CUNHA, 1986, p. 193).

Considerar a teoria cognitiva envolve estudar e compreender os processos mentais através dos quais os seres vivos adquirem informações sobre seu ambiente e funcionamento mental, o que envolve as funções do pensamento, julgamento, percepção, memória e a atenção, que quando ausentes ou deficientes, determinam conseqüências sobre a empatia, a identificação e o reconhecimento dos sentimentos ou emoções dos outros. Para os cognitivistas a disfunção mental está na origem de tudo, e os aspectos psicológicos são conseqüências desta disfunção (AMY, 2001).

Segundo a visão cognitivista o autismo seria decorrente de um comprometimento na esfera cognitiva, explicando assim os déficits pragmáticos e sociais existentes, procurando explicar a existência de uma deficiência em particular nas

habilidades sociais, que requerem a capacidade de meta-representação, enquanto outras habilidades permaneceriam intactas (como por exemplo, reconhecimento de gênero, permanência do objeto ou auto-reconhecimento no espelho). Possibilitando também associar déficits pragmáticos no autismo como consequência de uma deficiência na teoria da mente como os comprometimentos nos mecanismos descritos necessários para o desenvolvimento das habilidades simbólicas, como o jogo de faz-de-conta (BARON-COHEN, 1988).

LESLIE (1987) define representação primária como a capacidade básica para representar os aspectos do mundo de forma precisa, sendo a principal manifestação desta representação a habilidade perceptual que as crianças possuem, através de uma relação semântica direta com o mundo; enquanto as representações secundárias ou meta-representações seriam representações de representações (por exemplo: utilizar um objeto ou uma palavra para representar um outro).

Leslie comenta ainda que, nomeou a capacidade para estabelecer meta-representações de desacoplagem, que seria um mecanismo que possibilitaria a mentalização, permitindo que as crianças consigam perceber os seus estados mentais e o dos outros e conseqüentemente o desenvolvimento do processo de comunicação. Leslie levanta a hipótese de que esse mecanismo seria deficiente nas crianças com autismo propiciando uma impossibilidade para dar sentido aos objetos, às reações dos outros, à imaginação lúdica e a tudo aquilo que produz interação. As crianças portadoras de autismo seriam inaptas para entender as interações e as bases da comunicação.

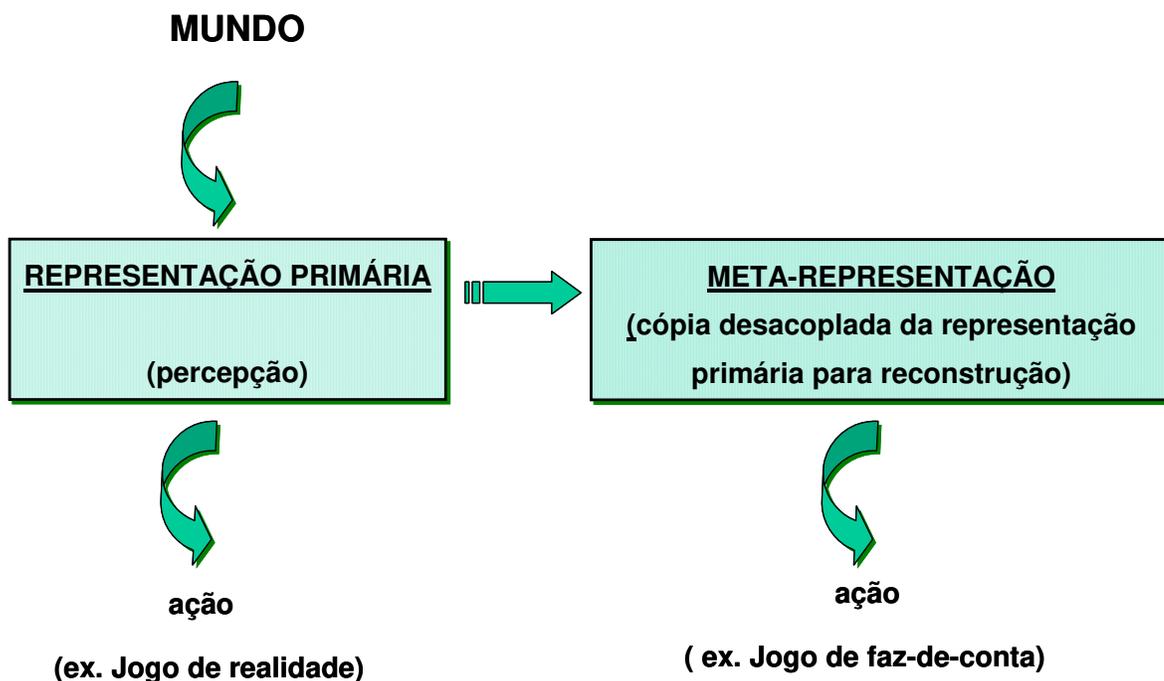


Figura 1- Modelo geral para o jogo de faz de conta (LESLIE, 1987, p. 418).

As crianças com transtorno autista apresentariam, portanto, uma disfunção no sistema mental cognitivo, sistema esse que seria responsável em adquirir informações sobre o meio ambiente e que envolveriam os processos de pensamento, julgamento, percepção, memória e atenção.

Esta teoria explicaria a dificuldade da criança com autismo em compreender o significado das coisas, devido ao tratamento das informações que ficariam comprometidas, gerando conseqüentemente uma incapacidade ou deficiência na execução das respostas com relação à empatia, à identificação e ao reconhecimento dos sentimentos ou emoções dos outros.

BARON-COHEN (1988) propõe que a deficiência nas habilidades pragmáticas e sociais das crianças com autismo seria decorrente da inabilidade dessas crianças em atribuírem estados mentais aos outros, considerando a possível causa do autismo relacionada a um déficit cognitivo e central; ou seja, na capacidade de meta-representação que se faz necessária nos padrões simbólicos e pragmáticos.

BARON-COHEN (1988, p. 395) propõe a teoria cognitiva na forma de cinco eixos:

1. O autismo é causado por um déficit cognitivo central.
2. Um desses déficits é na capacidade para a meta-representação.
- 3a. A capacidade de meta-representação é necessária nas habilidades sociais as quais envolvem atribuir estado mental aos outros tais como crenças e desejo (por exemplo, usando a teoria da mente). Tais habilidades sociais serão, por conseguinte, deficitárias no autismo;
- 3b. Habilidades sociais as quais não requerem a capacidade de meta-representação talvez não sejam deficientes no autismo.
4. A capacidade de meta-representação é requerida em habilidades simbólicas (por exemplo, o jogo de faz de conta).
5. Quase todas as habilidades pragmáticas exigem a teoria da mente (na qual se faz necessária a capacidade de meta-representação); motivo pelo qual são deficientes no autismo.

A teoria cognitiva de acordo com BARON-COHEN (1988) pode ser visualizada no diagrama a seguir:

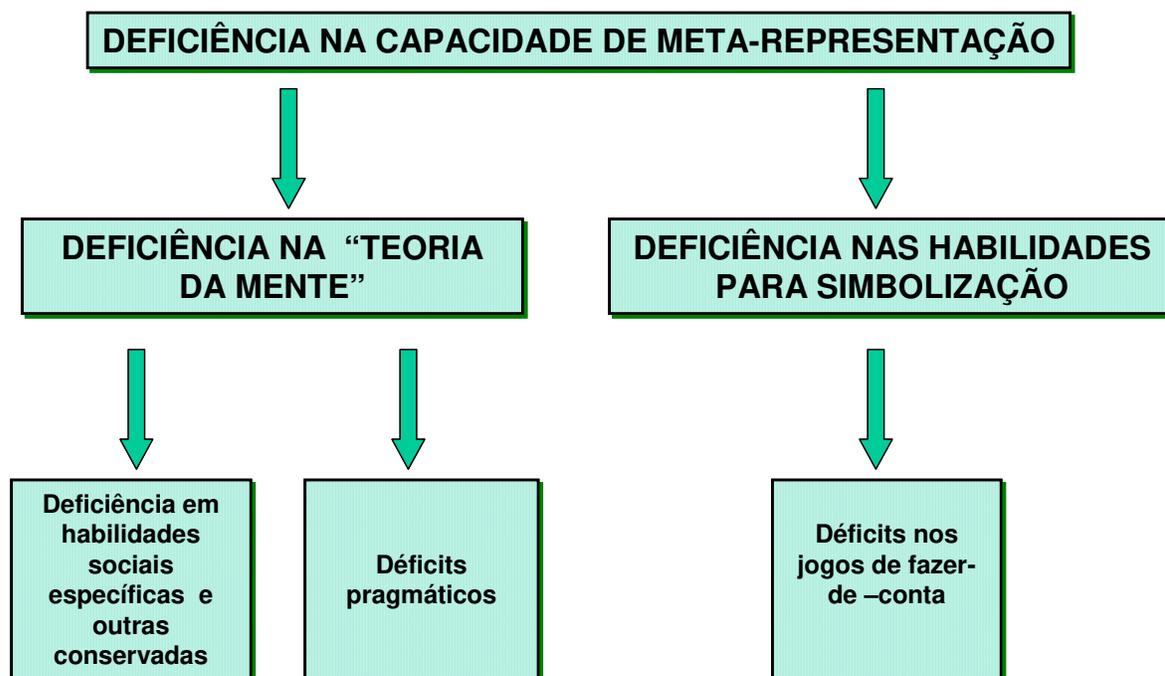


Figura 2- A Teoria Cognitiva (BARON-COHEN, 1988, p.395)

Os trabalhos de BARON-COHEN (1987,1988,1999,1991) e os de FRITH (1989) continuam propondo uma teoria cognitiva como causa para o autismo, em que a principal dificuldade é a de compreender e prever os estados mentais de outras pessoas, e, como já citado anteriormente, esta inabilidade, a meta-representação, torna falha a teoria da mente.

BARON-COHEN (1991) conclui em seu estudo que enquanto para crianças normais fingir (faz-de-conta), imaginar e crer costumam ser entendidas como igualmente fáceis ao ver e querer; para pessoas com autismo elas são significativamente mais difíceis parecendo apto a considerar a hipótese de desvio ou deficiência no desenvolvimento da teoria da mente.

WING (1996) assegura que a perturbação social quer seja da comunicação, da imaginação e simulação foram descobertas relevantes no estudo do autismo infantil. Ressalta que a deficiência do desenvolvimento imaginativo se refere a uma ausência total de qualquer jogo de simulação, até encenações repetitivas de situações familiares, da vida real ou da televisão, seja realizada com brinquedos ou pelas próprias crianças, sendo a maior problemática a pobreza de imaginação social e empatia, que envolveria uma dificuldade em reconhecer o que as outras pessoas pensam ou sentem.

Os estudos dos autores CHARMAN, et al. (1997) relatam a incapacidade específica de crianças com autismo na idade de 20 meses, para alguns aspectos que envolveriam empatia, atenção e imitação. Essas crianças falhavam no uso social do olhar com empatia, em tarefas que exigiam atenção em comum e em jogos como o faz-de-conta.

Diversos autores, entre os quais WING (1988), apresentam a noção de autismo como aspecto sintomatológico, dependente do comprometimento cognitivo. Essa abordagem reforça a tendência de se tratar o autismo não mais como uma única doença, mas como um grupo delas, trazendo implícita também a noção de autismo relacionado a deficiências na esfera cognitiva.

NASS (2000) observa que se acredita que a característica central que define o autismo seria a deficiência que essas pessoas possuem em compreender o pensamento das outras e conseqüentemente falharem em serem empáticos, que reforça o pensamento dos autores com abordagem cognitivista.

FRITH (1989) relata preferir utilizar o termo cognitivo e não psicológico, pois considera que o termo psicológico sugere a compreensão do autismo como uma desordem emocional, uma doença decorrente de precários cuidados maternos e paternos ou traumas na primeira infância.

O termo cognitivo por outro lado restringe a um foco nas funções de percepção e de pensamento excluindo as funções emocionais e motivacionais que deveriam ser incluídas. JORDAN (2002) descreve o autismo como um transtorno grave da comunicação, socialização e de inflexibilidade no pensamento e comportamento, que envolveria um padrão diferente de processamento informacional e de visão de mundo.

1.7- Autismo e expressão de afeto

A associação entre afeto e autismo se fez presente desde o relato inicial de Kanner em 1943, com uma conotação inicial voltada para a pouca ou inexistente expressão de afeto por parte dos pais e posteriormente direcionado ao comportamento do filho com autismo.

Por outro lado, segundo o DSM-IV-TRtm (2003), e enfocando o comportamento da criança com transtorno autista, a classificação e o diagnóstico da mesma se voltam para três áreas de comprometimento que também envolvem a expressão de afeto:

- Prejuízo qualitativo na interação social (falta de reciprocidade social ou emocional)
- Prejuízos qualitativos da comunicação
- Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses, e atividades.

Etimologicamente a palavra afeto tem sua origem do latim *affectus*, que significa carinho e ternura (CUNHA, 1986, p.19).

Conforme descrito anteriormente a criança com autismo apresenta uma falha na teoria da mente, ou seja, uma dificuldade em se colocar no lugar dos outros (empatia) e de expressar afeto (BARON-COHEN, 1988).

Para Piaget o desenvolvimento da criança envolve a interação entre quatro fatores: maturação, experiência ativa, interação social e equilíbrio e a inteligência envolve o aspecto cognitivo e o afetivo, que são indissociáveis. O desenvolvimento afetivo (valores, sentimentos e interesses) é responsável pela dinamização mental e são construídas da mesma forma que as cognitivas (WADSWORTH, 1997; ARANTES, 2003).

As crianças do período operatório-concreto (sete a 11 anos) apresentam como principais aspectos do desenvolvimento afetivo a conservação dos sentimentos, a formação da vontade, a iniciação de sentimentos e pensamentos autônomos e em virtude da interação social tornam se capazes de assumir o ponto de vista dos outros (WADSWORTH, 1997),

que no caso de crianças com autismo fica deficitário em função do comprometimento global do seu desenvolvimento nos diversos estágios.

O desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente consiste em um processo complexo que envolve interações múltiplas de ordem biológica, genética, sociocultural e ambiental. Segundo uma visão ecológica, o indivíduo influencia e é influenciado por um conjunto de sistemas multivariados no qual se incluem a família, escola, vizinhança e grupos de amigos; como também efeitos indiretos do trabalho, dos serviços sociais e de cuidado da saúde e de uma ampla crença cultural e de valores da sociedade no qual o indivíduo vive (CULBERTSON, et al., 2003).

DAWSON et al. (1990) desenvolveram um estudo em que os resultados sugerem que a anormalidade no uso do contato do olhar e na expressão emocional comumente observada nas crianças com autismo não seria de natureza quantitativa quando comparadas com crianças normais e sim em nível qualitativo. As crianças com autismo respondem com uma frequência muito menor ao sorriso de suas mães do que as crianças normais. Atestam que estas crianças frequentemente falham em combinar emoção e contato de olhar em um ato simples que transmita intenção comunicativa e frequentemente não comunicam facilmente suas emoções para os outros. Esses resultados fortalecem a noção de que as crianças com autismo possuem dificuldade de responder empaticamente aos outros, em função de um comprometimento de etiologia biológica.

As crianças com autismo não são apenas comprometidas na inabilidade em assimilar facilmente e responder à estimulação social, mas também, pelo efeito negativo que seu comportamento pode provocar no comportamento dos outros, tornando o sorriso com pouco valor comunicativo para suas mães. Conseqüentemente a esta inabilidade apresentada pelas crianças fariam suas mães sorrirem menos e provavelmente responderem menos ao sorriso de seus filhos, quando comparado às mães de crianças normais (DAWSON et al., 1990).

Conforme descrito anteriormente, a relação do comportamento da criança com autismo e sua relação com os pais e o meio, pode propiciar a compreensão do comportamento dos pais como resultante da falta de estimulação da expressão de afeto por

parte do filho; ou seja, os pais por não receberem um retorno positivo os pais diminuem este comportamento, sendo uma interpretação oposta à proposta por Kanner em 1943, que na época pensou inicialmente como os pais sendo pouco afetivos e desencadeando o autismo em seus filhos.

A expressão de afeto pode se processar de forma verbal e não verbal, envolvendo alterações em nível corporal que podem ser identificadas. O indivíduo que apresenta dificuldade na expressão verbal de afeto é denominado de alexitímico.

1.8- Alexitimia: aspectos gerais

O termo alexitimia foi criado por Sifneos em 1972 para caracterizar pacientes psicossomáticos que apresentavam um transtorno afetivo-cognitivo que afetava o modo de experimentar e expressar emoções (SIFNEOS, 1972).

Em 1972 apareceu inicialmente impresso na XI Conferência Européia de Pesquisa Psicossomática, para caracterizar pacientes psicossomáticos que apresentavam ausência de palavras para expressar emoções (SIFNEOS et al., 1977).

Posteriormente, no ano de 1973, o termo alexitimia é descrito na literatura por Peter Sifneos e John Nemiah, quando publicaram o trabalho intitulado *The Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients* (SIFNEOS, 1973), em decorrência da pesquisa anterior em que identificaram características similares em 16 pacientes psicossomáticos, que posteriormente denominaram de alexitimia (NEMIAH e SIFNEOS, 1970).

A alexitimia foi definida como um constructo multifacetado em que acreditavam ser um reflexo de uma deficiência no processo de regulação das emoções por processo mental e tendo como característica proeminente uma importante dificuldade em descrever os próprios sentimentos aos outros (BAGBY e TAYLOR, 1997a).

SIFNEOS (1973) propôs a palavra “*alexithymic*” por ser derivada do grego (*a* = falta, *lexis* = palavra, *thymos* = sentimento ou emoção), por considerar o melhor termo para caracterizar pacientes psicossomáticos que sofriam de uma relativa constrição do

funcionamento emocional, que possuíam uma vida fantasiosa empobrecida, marcada dificuldade para comunicação com as outras pessoas, da prevalência do uso de ações para evitar situações frustrantes ou conflituosas e de forma marcante uma incapacidade para encontrar palavras apropriadas para descrever os próprios sentimentos; incapacidade esta que provavelmente seria em razão de deficiências psicológicas e neurofisiológicas do que puramente psicológicas.

MARTY e M'UZAN (1963) introduzem o termo pensamento operatório para designar um tipo específico de pensamento encontrado em pacientes psicossomáticos, que envolveriam uma descrição detalhada dos estímulos externos em detrimento dos internos, de forma trivial e elaborada, que se encontrava associado a uma carência de fantasia nesses pacientes. Posteriormente o termo pensamento operatório passou a integrar um dos traços de personalidade que caracterizavam o conceito de alexitimia que ainda se encontrava em desenvolvimento (SIFNEOS, 1988).

A etiologia da alexitimia primária parece estar associada com uma predisposição genética encontrada em gêmeos monozigóticos ou a déficits anatômicos ou neurofisiológicos, em função de um déficit entre o sistema límbico e o neocortex, provocando uma expressão direta das emoções através do sistema nervoso autonômico. No que se refere à alexitimia secundária estaria provavelmente relacionada a fatores desenvolvimentais, socioculturais ou psicodinâmicos, devido tanto à dinâmica familiar em que ocorreram falhas no aprendizado da expressão de afetos, como também a déficits na interação entre a criança e a mãe, predispondo ao desenvolvimento dos mecanismos de defesa psicológica de negação ou regressão (SIFNEOS, 1983).

FREYBERGER (1977) em função das várias teorias etiológicas descritas com relação à alexitimia, passou a classificá-la em primária e secundária. A alexitimia primária seria devido a fatores biológicos (deficiências genéticas ou neurofisiológicas), enquanto a alexitimia secundária seria mais em função de fatores psicoambientais (desenvolvimentais, psicodinâmicos ou socioculturais).

SIFNEOS (1983) relata a importância de se considerar as várias teorias etiológicas da alexitimia para oferecer subsídios para a compreensão desses pacientes e sobretudo para o adequado tratamento, uma vez que para os casos de alexitimia primária

são indicadas terapias de suporte, enquanto para os casos de alexitimia secundária são indicadas psicoterapias psicodinâmicas modificadas.

TAYLOR (1984) ressalta que as características alexitímicas que inicialmente foram referidas apenas a pacientes com distúrbios psicossomáticos clássicos passaram também a serem descritas em pacientes com distúrbios psiquiátricos e médicos, deixando de existir a correlação etiológica específica entre alexitimia e doença psicossomática.

A alexitimia como uma deficiência na área dos sentimentos humanos acabaria funcionando como opostora ao processo de criatividade; uma vez que um dos possíveis fatores etiológicos do fenômeno alexitimia estaria envolvido com a interrupção de informações com o hemisfério cerebral direito, que possui papel importante na modulação dos componentes afetivos e conseqüentemente do processo criativo (SIFNEOS, 1988).

RODRÍGUEZ (1999) acrescenta que o desenvolvimento histórico do constructo alexitimia surgiu inicialmente como conseqüência de observações clínicas de pacientes que apresentavam uma das sete enfermidades psicossomáticas clássicas, partindo de um referencial psicanalítico, como um mecanismo de conversão, uma vez que a expressão dos conflitos se processaria por meio do soma devido à dificuldade de expressão verbal dos alexitímicos.

FERNÁNDEZ (1999) observa também que a princípio a terminologia alexitimia foi aplicada a pacientes que sofriam de transtornos psicossomáticos, porém as pesquisas indicam associação entre alexitimia com dependência química, com transtornos de conduta alimentar, personalidade anti-social e estresse pós-traumático. Ressalta que em função das numerosas pesquisas desenvolvidas a alexitimia possui valor heurístico, embora não apareça nas classificações psiquiátricas e não sendo unânime a aceitação como um constructo.

Por muitos anos os distúrbios psíquicos nesses pacientes foram explicados segundo o modelo de Freud, sendo conceitualizados como patologias psiconeuróticas e psicossomáticas para aliviar os conflitos inconscientes que eram expressos por meio dos sintomas somáticos (BAGBY e TAYLOR, 1997b).

A alexitimia teve sua raiz no campo da psicologia das emoções e da psicossomática, sendo descrita por envolver cinco características salientes: redução ou incapacidade para experimentar emoções; redução ou incapacidade para verbalizar emoções; redução ou incapacidade para fantasiar, dificuldade em identificar emoções e ausência de uma tendência para pensar sobre os próprios pensamentos, ou seja, estilo cognitivo orientado para o exterior (TAYLOR, 1985).

Segundo consenso de vários autores FERNÁNDEZ (1999); MARCHESI, (2000); BERTHOZ et al. (2002) a alexitimia vem sendo considerada como um traço estável de personalidade e um constructo que envolve resumidamente as características: dificuldade em identificar e descrever sentimentos, dificuldade em distinguir sentimentos de sensações corporais próprias da atividade emocional e processo imaginativo restrito, evidenciado pela escassez de fantasias.

PARKER e TAYLOR (1997) citam que muitos estudos têm relacionado alexitimia com depressão e outros sofrimentos psicológicos, sendo a alexitimia considerada como um traço estável de personalidade em muitos indivíduos e que refletiria um déficit nas habilidades cognitivas desses indivíduos para processar e regular as emoções. Por outro lado, chamam a atenção para a escassez de literatura sobre a relação teórica entre alexitimia e mecanismos de defesa, muito em função do pouco consenso de como as defesas podem ser definidas e avaliadas.

MARTINEZ SÁNCHEZ (2003) descreve que o termo alexitimia vem apresentando divergências com relação a sua concepção: podendo ser uma alteração afetiva, um estado conseqüente da depressão e ansiedade, como efeito de transtornos psicopatológicos e somáticos e também como um traço contínuo de personalidade correlacionada positivamente com neuroticismo, depressão e ansiedade. Revela também que os resultados de seu estudo concluem que a alexitimia e o estilo repressivo são constructos emocionais diferentes.

VERISSIMO (1998) assegura também que alexitimia e controle emocional são constructos negativos e que em seu estudo com pacientes portadores de doença intestinal inflamatória cada constructo tem influência independente.

MARCHESI (2000) revela que os resultados de suas pesquisas sugerem que a alexitimia é um constructo separado e distinto da depressão, embora possam estar fortemente relacionados, visto que a elevação na TAS-20 da dimensão dificuldade em identificar sentimentos pode estar associada com uma experiência de ansiedade, que tanto pode ser encontrada na desordem de ansiedade como na depressiva. Contrapondo, com relação à ansiedade parece haver alguma sobreposição com a dimensão que se refere à dificuldade em identificar sentimentos.

Pesquisa realizada revela que a manifestação dos traços de alexitimia é significativamente maior em indivíduos com transtorno compulsivo alimentar comparativamente a indivíduos saudáveis e que existe uma tendência para um escore mais alto em alexitimia com o aumento da idade e do tempo de duração dos sintomas (DIAZ CURIAL e BALBÁS REPILA, 1997).

PARKER et al. (1993) defendem a tese de considerar a alexitimia como um déficit no domínio experimental-cognitivo dos sistemas de respostas emocionais, porém admitem que embora a validade do constructo alexitimia venha sendo sustentada em muitos estudos, existe a necessidade de se desenvolver pesquisas interdisciplinares longitudinais para se chegar a um consenso sobre o conceito de desordens da regulação afetiva e sua relação neuropsicobiológica com alexitimia.

PARKER (1993) obteve resultados em pesquisa que sugerem a presença de déficits na percepção de emoções não verbais em alexitímicos e constatou que quanto ao grupo alexitímico não existe diferença significativa entre os gêneros quanto à habilidade de reconhecer emoções faciais.

VERISSIMO (1998) nota que indivíduos alexitímicos apresentam carência da regulação emocional a qual por sua vez é necessária ao controle emocional e esta última à inteligência emocional; sendo assim os sujeitos alexitímicos apresentariam comprometimento da inteligência emocional.

VERISSIMO (2003) comenta em seu trabalho a relação entre alexitimia e inteligência emocional, porém em sentido inverso em termos fenomenológicos; uma vez que indivíduos alexitímicos trazem em sua concepção a carência em nível da regulação do

processamento cognitivo quanto ao pensar sobre a origem e o significado de seus sentimentos, característica esta que se faz essencial ao controle emocional e que por outro lado se constitui como característica necessária à inteligência emocional.

FUKUNISHI et al. (2001) descrevem em seus estudos uma sobreposição de características da alexitimia com as de inteligência emocional, encontrando-se em indivíduos alexitímicos um decréscimo da inteligência emocional.

A capacidade para refletir sobre o que sentem as pessoas, que se refere a uma das facetas do constructo da inteligência emocional, é essencial para a terapia de insight; capacidade esta carente em indivíduos alexitímicos, que apresentariam dificuldades na autoconscientização e na reflexão sobre os sentimentos, dificultando assim a regulação emocional (VERISSIMO, 2003).

MARTIN e PIHL (1986) descrevem a relação entre alexitimia e *Discharge Theory* para explicar o mecanismo fisiopatológico envolvido na influência da alexitimia na origem de doenças orgânicas. De acordo com esta teoria perante a uma situação estressante um indivíduo pode reagir de forma direta, por expressão emocional extrínseca ou por via intrínseca, com maior ativação simpática e comprometimento de órgãos, via esta mais presente nos indivíduos alexitímicos.

Pesquisas recentes como a de BERTHOZ et al. (2002) proporcionam evidências diretas de que a alexitimia vem sendo considerada como traço de personalidade com papel na regulação de afeto, que se encontra em homens, relacionadas com diferenças na ativação da região mediocentral e cingulate do cérebro, durante o processamento de estímulos emocionais.

LARSEN et al. (2003) ressaltam que o fato de ainda não parecer existir uma concordância na definição da alexitimia acaba sendo um empecilho no progresso de pesquisas, em que alguns estudos neurobiológicos enfatizam os aspectos cognitivos da alexitimia e outros estudos os aspectos emocionais, produzindo diferentes resultados. Salientam que a alexitimia não deve mais ser vista como um fenômeno categórico homogêneo e sim como um constructo que envolve características cognitivas e emocionais

e que, por isso, o foco dos estudos neurobiológicos deve procurar relacionar alexitimia, doenças psicossomáticas e doenças psiquiátricas.

Segundo BERMOND (1995; 1977) a alexitimia pode ser classificada em dois tipos. A alexitimia tipo um seria caracterizada por uma ausência de experiência emocional e conseqüentemente dos aspectos cognitivos envolvidos; provavelmente associados a lesões corticais unilaterais da direita; enquanto a alexitimia do tipo dois seria um transtorno apenas na área cognitiva, que estaria associado com um déficit unidirecional da direita para a esquerda na transferência inter-hemisférica para o corpo caloso.

Estudos revelam diferenças quanto ao gênero no que se refere à região de ativação cerebral no reconhecimento de estímulos emocionais. Resultados sugerem que o processamento de estímulos emocionais no homem se encontra mais envolvidos em estratégias cognitivas associativas enquanto nas mulheres se direcionam mais para referências emocionais primárias com grande atividade límbica (HALL, 2004).

FRANZ et al. (2004) advertem que o funcionamento e as bases neurobiológicas das respostas autônomas modificadas em sujeitos alexitímicos são pouco nítidas ainda, não podendo ser associada com uma falta primária de percepção e descreve que estes sujeitos necessitam de mais recursos cognitivos para processar as informações emocionais e apresentam uma redução de referência verbal espontânea diante de estímulos emocionais.

DE GUCHT e HEISER (2003) ao desenvolverem um estudo envolvendo uma revisão da literatura sobre alexitimia e somatização concluem que o fato de se fazerem uso de instrumentos que avaliam apenas os sintomas dos indivíduos, não esclarecendo se são de origem orgânica ou não, acabam impossibilitando caracterizar o sintoma como apenas psicossomático e conseqüentemente a alexitimia como um fator de predisposição para a somatização.

Como descrito anteriormente, alguns pesquisadores têm sugerido a alexitimia como um traço estável de personalidade que predispõe os indivíduos a sofrerem de várias desordens mentais, entre as quais a depressiva, a de ansiedade e de pânico. De outra forma, para outros autores a alexitimia seria um estado puramente reacional, encontrado em

pacientes psiquiátricos e psicossomáticos, com o intuito de aliviar afetos dolorosos. Sendo assim, futuras pesquisas devem ser desenvolvidas para esclarecer sobre a etiologia e possíveis relações da alexitimia com outras doenças.

BAGBY e TAYLOR (1977a) verificam que um grande número de escalas vem sendo desenvolvido visando conseguir quantificar as características alexitímicas e aprimorar as propriedades psicométricas da Escala de Alexitimia de Toronto. Foram desenvolvidas três versões subseqüentes: TAS, TAS-R e TAS-20, as quais diferem quanto ao total de números de itens e a estrutura do fator.

A TAS foi desenvolvida por Taylor em 1985 e inicialmente composta por cinco diferentes aspectos da alexitimia: (1) dificuldade em descrever sentimentos; (2) dificuldade em distinguir entre sensações físicas e emocionais; (3) falta de introspecção; (4) superadaptação social e (5) limitada vida de fantasia e dificuldade em recordar sonhos. Com o decorrer dos estudos psicométricos dos 41 itens totais 15 foram excluídos devido à baixa correlação entre os fatores, resultando na escala (TAS 26) constituída de 26 itens composta de quatro fatores: (1) dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los entre sensações físicas e emocionais; (2) dificuldade em descrever sentimentos; (3) diminuição na capacidade de sonhar acordado e (4) pensamento orientado para o externo. A TAS-26 foi introduzida como uma medida válida e confiável do constructo (TAYLOR, 1985).

Os quatro fatores da TAS-26 foram teoricamente congruentes com o constructo alexitimia, sendo os dois primeiros correspondentes ao distúrbio afetivo descritos em 1970 por Nemiah e Sifneos e o terceiro e quarto fatores correspondentes ao pensamento operatório inicialmente descrito em 1963 por Marty e M'uzan (BAGBY e TAYLOR, 1997b).

MARTY e M'UZAN (1963) introduzem o termo pensamento operatório para designar um tipo específico de pensamento encontrado em pacientes psicossomáticos, que envolveria uma descrição detalhada dos estímulos externos em detrimento dos internos de forma trivial e elaborada, que se encontrava associado a uma carência de fantasia nesses pacientes. Posteriormente o termo pensamento operatório passou a integrar um dos traços de personalidade que caracterizavam o conceito de alexitimia que ainda se encontrava em desenvolvimento (SIFNEOS, 1988).

Os itens da TAS-26 foram pontuados de acordo com a Escala Likert de cinco pontos, com respostas desde o grau discordo plenamente até concordo plenamente, sendo metade dos itens negativos para controle das respostas tendenciosas e os resultados foram classificados de acordo com os escores obtidos: Indivíduos com escores maior ou igual a 74 eram considerados alexitímicos e quando menores ou iguais a 62 eram considerados não alexitímicos (TAYLOR e BAGBY, 1988).

Posteriormente a várias revisões resultou a versão atual de 20 itens, TAS-20, (BAGBY e TAYLOR, 1997a; BAGBY e TAYLOR, 1997b), que vem demonstrando boa consistência interna e confiabilidade, e apresentando uma estrutura composta de três fatores teoricamente congruentes com o constructo alexitimia que são: (F1) dificuldade de identificar sentimentos; (F2) dificuldade em descrever sentimentos para os outros; e (F3) pensamento orientado para o externo. Como fator confirmatório de análise a estabilidade e a replicabilidade desses três fatores foram demonstrados na população clínica e não clínica (BAGBY, 1994).

A versão da TAS é composta de 20 itens em que são pontuados através da Escala Likert de cinco pontos e com cinco itens dispostos negativamente. A pontuação varia de 20 a 100 pontos no total, em que indivíduos que obtiverem escores maior ou igual a 61 são considerados alexitímicos e os com escores menor ou igual a 51 apresentam contraindicativos de alexitimia (PARKER, et al., 1993).

KOOIMAN et al. (2002) afirma que a versão TAS-20 ao longo dos estudos vem revelando que a confiabilidade e a validade dos fatores: identificando sentimentos e descrevendo sentimentos podem ser replicados em outros estudos, enquanto a dimensão pensamento orientado para o externo não se mostrou confiável.

DE GUCHT e HEISER (2003) asseguram que embora a TAS esteja submetida a críticas, até o presente é o instrumento que mais tem sido utilizado para a avaliação de alexitimia e o único instrumento que foi co-validado em diferentes idiomas. Desde o desenvolvimento do modelo de três fatores da TAS-20, tem sido co-validado em amostras de vários países como: Brasil, Alemanha, Grécia, Finlândia, Itália, Índia, Israel, Coréia, Lituânia, Polônia e Canadá; em que foram obtidos coeficientes de confiabilidade interna comparáveis ao da versão da escala em inglês, sustentando a visão da alexitimia como um

traço estável e não sendo meramente um reflexo da expressividade emocional que se apresenta de forma diferenciada nas culturas (BAGBY e TAYLOR, 1977a).

1.9- Personalidade

STONE e KOUPERNIK (1985) descrevem a personalidade como sendo o estilo específico de uma pessoa, envolvendo como este indivíduo responde às mais diversificadas situações desde relacionamento com as outras pessoas e às situações de estresse a que se encontra submetido, sendo um produto da interação entre as experiências pessoais e ambientais ao longo da vida e de fatores constitucionais hereditários. Transtornos de personalidade são caracterizados pela fixação ou alterações em traços que acabam afetando a atitude, os comportamentos e os modos de pensamento e reações do indivíduo.

Segundo AJZEN (1988), no âmbito da psicologia da personalidade, os traços de personalidade são constructos hipotéticos inacessíveis a uma observação direta. Representam características dos indivíduos que exercem uma ampla influência em respostas comportamentais e fisiológicas, de forma positiva ou negativa. Alguns traços de personalidade identificados se encontram relacionados à sociabilidade, independência, hostilidade, auto-estima, estabilidade emocional, ambição, dominância, consciência, e outros vem sendo descritos.

Considerando o objetivo desta pesquisa em verificar também a expressão de afeto no genitor adotou-se como base de estudo o constructo alexitimia, uma vez que vários trabalhos atuais descrevem a alexitimia como um traço estável da personalidade (FERNÁNDEZ, 1999; MARCHESI, 2000; BERTHOZ et al., 2002).

1.10- Aspectos familiares

Segundo GILLBERG (1988) não existe evidência científica de que puramente circunstâncias, estressores psicossociais ou psicológicos possam conduzir ao autismo.

Inicialmente os estudos estavam mais direcionados em compreender os efeitos psicológicos que os pais causavam nos filhos (SOFRONOFF e FARBOTKO, 2002), porém os estudos passaram a voltar sua atenção para a importância da interferência do comportamento dos filhos nos pais (GOBLE, 1995) e um olhar específico quanto ao impacto nos pais de filhos com problemas comportamentais (HERBERT, 1995).

Os pais de todas as crianças portadoras de necessidades especiais indubitavelmente vivenciam uma demanda maior de cuidados e preocupações em relação aos mesmos e principalmente depois que seus filhos são diagnosticados, sendo a justificativa principal para programas de intervenção precoce para beneficiar os pais que necessitam de suporte e conseqüentemente os filhos (WHITAKER, 2002).

Os pais diferem drasticamente em relação à aceitação de uma criança com uma doença severa, dependendo de fatores internos relacionados à personalidade dos pais e da criança e a fatores externos que envolvem suporte familiar, condição financeira e como lidam com o estresse (WRIGHT et al., 1984).

NARAYAN et al. (1993) descrevem que as expectativas de pais de crianças com atraso mental em relação ao tratamento, cura, educação, treinamento e informação geral podem ser influenciados por vários fatores tais como nível de retardamento, idade e sexo da criança, local de residência, nível socioeconômico, ocupação e nível educacional dos pais; porém os achados em seu estudo revelam que a idade da criança e duração de contato são as variáveis que mais influenciam as expectativas parentais.

TAVORMINA et al. (1981) observam que as mães de crianças com deficiência física apresentam mais efeitos deletérios diários de estresse que os pais e também descrevem que os pais necessitam de aprovação de serem bons pais e do desejo de projetarem uma imagem de pais bons.

Segundo os autores HOPPE e HARRIS, 1990; KOEGEL et al., 1992; RANDALL e PARKER, 1999, pais de crianças com autismo apresentam stress, desafios e preocupações muito mais agudas do que os pais de crianças com outras necessidades especiais; necessitando os mesmos de um atendimento especializado voltado para as suas

necessidades, como verificado em relação aos pais com filho portador de síndrome de Down (BRISTOL, 1984) e o mesmo quando comparados com filho portador de fibrose cística (KONSTANTAREAS, 1991).

Em 1987, estudo realizado com pais de crianças com autismo revelou que apresentam maior estresse que os de outras crianças com problemas de desenvolvimento, e os pais sendo mais sujeitos ao quadro depressivo. Os pais são influenciados por características específicas dos problemas de seus filhos (aspecto físico, agitação, balanceio de corpo) apontados, por eles, como fatores estressantes. Portanto, se mostra evidente que as características de uma criança com problemas causam impacto mais negativo do que positivo em seus pais e familiares (MARCUS, 1987).

SPROVIERE (1998) ao estudar comparativamente mães e pais de crianças com autismo, de portadores de síndrome de Down e assintomáticos, não verificou diferença no nível de estresse materno, mostrando-se igualmente estressadas, independente de possuírem um filho com doença crônica. Verificou também que o genitor de filho assintomático são mais alexitímicos (possuem mais dificuldade em expressar afeto) comparado à mãe; diferentemente do apresentado no grupo de crianças com autismo em que ambos os genitores apresentaram alexitimia.

CAPPS et al. (1993) estudaram a percepção dos pais sobre a expressão emocional de seus filhos com autismo e os resultados apontaram à presença de reações emocionais na criança, que podem estar envolvidos com o viés da própria projeção parental ou da leitura dos mesmos como compreendendo as reações emocionais devido ao grau de atenção e valorização dada às reações emocionais.

De acordo com o estudo de HENDERSON e VANDENBERG (1992) o grau de ajustamento das famílias de crianças com autismo se encontra relacionado com a influência da combinação dos seguintes fatores: estressor externo, apoio social e aspectos pessoais de controle. O ajustamento da família aumenta quando o fator estressor externo relacionado com a severidade do sintoma foi menos intenso. A maior severidade dos sintomas do autismo, o aumento do peso disto ocupado pelos recursos da família, gerou uma maior dificuldade na adaptação da família. O apoio emocional da família para aliviar o aumento

das dificuldades com o filho portador de autismo aumentou o ajustamento familiar. Além disso, pais que possuíam imagens internas fortes sabiam lidar melhor com o impacto dos fatores estressantes externos e se sentiam menos desamparados para tratar com a incapacidade de desenvolvimento do filho.

A presença de um indivíduo portador de transtorno autista pode afetar severamente a vida de sua família, provocando em seus integrantes um alto nível de stress, ansiedade, incertezas e isolamento para os pais e os outros filhos (KOEGL et al., 1992; WEBSTER et al., 2004) e provocando em seus pais sentimentos de frustração, insatisfação, depressão, ajustes na rotina familiar e na acomodação dos papéis para melhor atender a criança (BOUMA e SCHWEITZER, 1990; RODRIGUE et al., 1992).

Outros fatores estressantes são comumente expressados tanto pelos pais como pelas mães, que se refere à preocupação com o futuro de seu filho portador de autismo, sua eterna dependência, quem cuidará na ausência dos mesmos e os preconceitos da sociedade que enfrentam (MOES et al., 1992; RODRIGUE et al., 1992).

GILL e HARRIS (1991) afirmam que mães de crianças com autismo que apresentam a característica persistência indicam melhora com relação aos sintomas de estresse como depressão, ansiedade e despersonalização.

Outro fator importante que se torna de stress para a família se mostra quando a rede de serviço voltada para oferecer suporte social aos pais não se faz adequada à realidade da família (KAZAK e MARVIN, 1984).

BIRBAUM e COHEN (1993) relatam sobre a importância da implantação de uma política para assegurar o atendimento de crianças e adultos com deficiência intelectual severa que, acaba tendo uma influência positiva na diminuição do estresse que é comumente encontrado nessas famílias.

BERESFORD (1994) nota que as pesquisas estão muito mais voltadas para os fatores estressantes resultantes nos pais dos cuidados relacionais com o filho portador de autismo do que da procura em desenvolver estratégias de orientação para os pais de como lidar com seus filhos e o oferecimento de suporte necessário à família.

1.10.1- Paternidade

Etimologicamente, o vocábulo “pai” se origina do latim *pater patris*, que significa genitor, progenitor (CUNHA, 1986, verbete “pai” p. 84).

Segundo KNOBEL (1996), o bom pai tem um papel único e de grande importância na vida e na estruturação da personalidade do filho e da filha, sendo um modelo de referência construtivo e promovendo dessa forma um desenvolvimento sadio, físico, mental e social para os filhos.

O papel do pai se encontra relacionado com o grau de envolvimento em três dimensões: a extensão do grau de interação atual do pai com o filho; a amplitude da interação atual com o filho e o grau de responsabilidade que o pai destina para a criança. (LAMB et al., 1985).

Alguns estudos ressaltam que o exercício da paternidade envolve várias formas de participação, como compromisso, responsabilidade, participação nos cuidados básicos, presença em atividades lúdicas e provedor financeiro, sendo assim associados a diferentes determinantes (RUSSELL, 1978; LAMB, 1987).

RUSTIA e ABBOTT (1993) verificam que a participação dos genitores masculinos nos cuidados para com os filhos pode sofrer influência de quatro fatores: características de personalidade do pai, da mãe, do filho e fatores externos à família. As crenças, valores e motivação pessoal de cada pai com relação à paternidade assumem grande influência, bem como os cuidados paternos que vivenciaram em sua infância e também o comportamento da esposa, podendo ser facilitadora ou impeditiva da participação paternal. Salienta que segundo as conclusões de seu estudo várias décadas serão necessárias para conseguirmos identificar o significado para os filhos das mudanças de comportamento do papel do pai no cuidado para com os mesmos, uma vez que os achados indicam que a cultura da paternidade tem mudado mais rapidamente que o próprio comportamento do pai.

ZAYAS (1987) verificou em sua pesquisa que os sonhos dos pais durante o período de gravidez revelam um processo inconsciente em que as percepções da relação pai e filho são revividos e reelaborados. Este processo acaba facilitando a consolidação de suas

identidades paternas, se aproximando ou descartando de aspectos ou estilos de seus pais que vivenciaram e ao mesmo tempo internalizando a imagem de seus filhos.

GADOTTI (2003) descreve que a relação de paternidade tem sua sustentação também na mãe. Se um casal não se entende não existe chance alguma para que uma relação pai e filho possam evoluir adequadamente e o desejo dos filhos é de ver os pais como adultos que gostariam de vir a ser e não como adultos infantilizados, como se fossem outras crianças. O pai seria muito necessário como um ponto de referência para os filhos, possibilitando o auto-reconhecimento dos mesmos, para que por meio do confronto com os outros se tornem homens. Enquanto para os filhos os pais significam um modelo de uma experiência do passado, para os pais os filhos são como eles, sem elos de hierarquia, por terem nascido antes e os filhos depois.

Segundo os estudos de vários autores o pai demonstra mais afeição, cuidado e costuma brincar mais com os filhos do sexo masculino do que com os filhos do sexo feminino (PEDERSON e ROBSON, 1969; SPELKE et al., 1973; WEINRAUB e FRANKEL, 1977).

Da mesma forma, fatores como problemas de saúde e o temperamento dos filhos podem afetar o envolvimento do pai nos cuidados para com os filhos; se dedicando mais significativamente aos cuidados dos filhos que apresentam problemas de saúde (JONES e LENZ, 1986; BROWN et al., 1991). As características do filho podem influenciar na participação do pai no que se refere ao envolvimento nos cuidados básicos do mesmo (CUMMINGS, 1976).

DIENHART (1998) ao estudar o conceito de paternidade conclui que nas diversas culturas se encontra em comum os seguintes aspectos: o papel do pai é reconhecido em todas as culturas e se faz presente a diferenciação do papel materno e paterno na vida da criança; não se verificou diferença inata entre mães e pais no que se refere a atender às necessidades das crianças, cuidados e mostrar afeição, e outra semelhança detectada é que os pais apresentam um papel mais limitado nos cuidados durante a infância e juventude com os filhos comparativamente à mãe.

STEINBERG et al. (2000) afirmam que os resultados obtidos pesquisa revelam que os cuidados maternos e paternos estão mudando primariamente em virtude de fatores econômicos que afetam o padrão de cuidado das mães, provocando confusões e mudanças no padrão do papel do pai. Este estudo concluiu que os pais revelaram claramente o desejo de prover o suporte para a esposa em depressão pós-parto, mas ao mesmo tempo relatam a falta de modelos ou estratégias para lidar com esta situação; apontando desta forma a necessidade do desenvolvimento de programas voltados para as necessidades dos pais considerando as especificidades culturais.

Da mesma forma BARCLAY e LUPTON (1999) ressaltam o aumento das exigências da função paterna na sociedade contemporânea requerendo simultaneamente a função de provedor do lar, dedicação maior na condução e ajuda ao lar e na criação e educação dos filhos. Este novo papel gera tensões e muitas vezes alterações no relacionamento com suas esposas, resignificando o lugar do trabalho em suas vidas e mesmo o juízo de seu eu como adulto competente.

COLEMAN et al. (2005) salienta a importância de os pediatras também estarem atentos para as modificações do papel e das necessidades dos genitores na sociedade atual, que se mostram mais presentes no envolvimento diário no cuidado com os filhos e assumindo mais responsabilidades. As expectativas dos genitores, as diversidades relacionais envolvidas, as diferenças demográficas devem ser amplamente compreendidas pelos pediatras para oferecer suporte adequado ao pai.

Segundo LYNN (1974), percebe-se um aumento na participação do pai com o decorrer do aumento da idade do filho.

Entrevistas que foram realizadas com pais australianos durante as primeiras semanas e meses do nascimento do filho revelaram que esses pais se mostraram neste período mais desconfortáveis que realizados com o acontecimento, apesar de considerarem a paternidade positivamente (BARCLAY e LUPTON, 1999).

Em 1987, estudo realizado com pais de crianças com autismo revelou que apresentam maior estresse que os de outras crianças com problemas de desenvolvimento, e são mais sujeitos à depressão. Os pais são atentos e influenciados por características

inerentes aos problemas de seus filhos (aspecto físico, agitação, balanceio de corpo) apontados, por eles, como fatores estressantes. Portanto, é evidente que as características de uma criança-problema causam impacto mais negativo do que positivo em seus pais e familiares (MARCUS, 1987).

ELDER et al. (2003) salientam que a ausência dos pais no treinamento e em outras atividades centradas principalmente para o filho com autismo ou outros transtornos associados, desencadeiam conseqüências deletérias no progresso do desenvolvimento do filho. Observam que no estudo que desenvolveram independente da cultura e etnia os pais relataram se sentir frustrados por não saberem como jogar e se comunicar com o seu filho e ao mesmo tempo se mostraram receptivos a intervenções de aprendizado em sua residência e capazes de usar o ensinamento do investigador. Por outro lado foi difícil para os pais aprenderem a esperar, ou seja, demonstraram uma tendência em direcionar seus filhos e não em esperar pela resposta da criança, dificultando o progresso da criança na interação social e na vocalização.

Estudo revela também que o comportamento de crianças com autismo e de seus genitores e genitoras não diferiram estatisticamente independentemente do *setting*, seja residência ou clínica, quando comparado com outro grupo. Por outro lado quando comparado os casos individualmente verificou-se uma variabilidade em cada *setting* e diferenças comportamentais que apontam o nível de complexidade que envolve os sintomas desta síndrome e sua repercussão nas interações familiares (ELDER, et al., 2002).

Segundo CAVALCANTI e ROCHA (2002) as primeiras teorias sobre as possíveis causas do autismo foram associadas a déficits específicos no cuidado e na interação dos pais com o filho, o que deu origem às chamadas disfunções do ego, sendo indicado psicoterapia para os pais e (ou) para os filhos, teorias estas em desuso atualmente.

De acordo com o estudo de HENDERSON e VANDENBERG (1992), o grau de ajustamento das famílias com crianças portadoras de autismo se encontra relacionado com a influência da combinação dos seguintes fatores: estressor externo, apoio social e um lugar controlado. O ajustamento da família aumenta quando o fator estressor externo relacionado com a severidade do sintoma é menos grave. A maior severidade dos sintomas

do autismo, o aumento dos encargos financeiros, gerava uma maior dificuldade na adaptação da família. O apoio emocional à família, para aliviar as dificuldades para como lidar com o filho portador de autismo, aumentou o ajustamento familiar. Além disso, pais que possuíam imagens internas fortes (seguros, objetivos) sabiam lidar melhor com o impacto dos fatores estressantes externos e se sentiam menos desamparados para tratar com a incapacidade de desenvolvimento do seu filho.

Estudos outros identificaram na história dos membros da família de crianças com autismo algum nível de dificuldade de linguagem, favorecendo a indicação para o estudo de possíveis ligações genéticas com o autismo (BRADFORD et al., 2001; BUXBAUM, 2001).

BOLTON et al. (1998) descreveram na pesquisa que desenvolveram uma ocorrência significativamente maior de traços obsessivos ou transtorno obsessivo-compulsivo em um ou ambos os pais de crianças com autismo (3%), em relação os pais de crianças com síndrome de Down (0%).

Da mesma forma HOLLANDER et al. (2003), verificaram a ocorrência significativa de maior probabilidade de pais de crianças com autismo apresentarem desordens ou traços obsessivos compulsivos quando os filhos apresentavam uma alta incidência de comportamentos repetitivos.

DOR-SHAV e HOROWITZ (1984) mostraram que mães de crianças com autismo se apresentam mais neuróticas e introvertidas quando comparadas a grupos com crianças sem autismo e revelam também que os genitores apresentam significativamente uma inteligência abaixo da média.

Já OLSSON e HWANG (2001) verificam que mães de crianças portadoras de autismo apresentaram escores de depressão superior aos de mães e pais de crianças com deficiência intelectual sem autismo, aos de pais de crianças com autismo e aos de mãe e pais de crianças saudáveis. Verificaram que 50% das mães de crianças com autismo e 45% das mães com filhos portadores de deficiência intelectual sem autismo obtiveram elevado escore de depressão comparativamente à faixa de 15% a 21% nos outros grupos, além da

constatação de que mães solteiras são muito mais vulneráveis á depressão severa que mães casadas.

SHARPLEY et al. (1977) notam que tanto o pai como a mãe de crianças com autismo apresentam altos níveis de estresse comparados à população de forma geral, estando ambos mais propensos à depressão, porém o estresse da mãe foi maior do que o pai. Salaria que este fato possa estar associado ao fato de a mãe estar diretamente e o dia todo voltada para a criança, enquanto o pai trabalha fora ou estuda, ficando menos tempo com o filho.

Estudos não tão recentes revelaram que pais de crianças com autismo não diferiam dos pais de crianças normais ou com outras perturbações com relação a: personalidade (COX et al., 1975; MCADOO e DEMEYER, 1978; KOEGEL et al., 1983), padrões de linguagem (CANTWELL et al., 1979; KOEGEL et al., 1983), práticas e cuidados com o bebê (DEMYER et al., 1981) e padrões de linguagem (WOLCHIK, 1983).

Diferentemente do acima descrito no que se refere à depressão, HASTINGS (2003) cita que pais e mães de crianças com autismo diferem pouco quanto ao nível de saúde mental e estresse, porém as mães relataram mais sintomas de ansiedade que os maridos. No entanto, os resultados sugerem que o nível de estresse materno se encontra associado com os problemas comportamentais do filho e a saúde mental do esposo, e o mesmo não se verificou no que se refere ao estresse paterno, que não se mostrou igualmente afetado por esses fatores, provavelmente por serem os pais menos envolvidos no cuidado diário com o filho e com as responsabilidades diárias da casa e da família; porém, quando oferecem suporte às atividades diárias e sociais, reduzem o estresse e a depressão da esposa.

KAHAN et al. (2004) ressaltam que o estado melhor de saúde do pai pode amenizar os problemas emocionais e comportamentais dos filhos, quando a mãe se encontra com a saúde mental precária.

Segundo GRILL et al. (2002) casos como a separação e divórcio são eventos da vida que provocam tensões psicossociais e na pesquisa que desenvolveram genitores masculinos separados tendem a apresentar um estilo de vida mais arriscado e escores

significativamente mais elevados em desordens psicossomáticas, depressão e labilidade emocional quando comparados a genitores não separados.

Segundo GADOTTI (2003), os filhos são os grandes mestres para os pais, porém essa grande verdade ainda não foi percebida, pois são os filhos que ensinam os pais e que justificam a sua existência.

Considerando-se os relatos acima descritos podemos constatar que a dinâmica familiar, a saúde dos pais e mesmo os papéis parentais ficam comprometidos, diante de um filho com problemas comportamentais. A condição de pais de crianças portadoras de transtorno autista, uma doença crônica e incapacitante, trazem a tona o próprio limite para exercer suas funções de maternidade e paternidade idealizadas, interdidas muitas vezes com a complexidade e o grau do quadro patológico apresentado por seu filho, o que não deixa também de ser a representação viva da própria incapacidade dos pais enquanto se vêem como produtores de um filho e, portanto, eternamente dependente e limitado gerando sentimentos de culpa. Como explicitado por um depoimento de um pai: “...Nenhum pai está preparado para ter e lidar com o inesperado filho autista.”

1.11- Tratamento

O tratamento de uma criança com autismo envolve tentar reduzir os comportamentos mal-adaptativos, amenizar os prejuízos na aprendizagem, linguagem e na interação social e promover autocuidados.

A intervenção deve ser o mais precoce possível e envolver uma equipe multidisciplinar, envolvendo psiquiatra da infância e adolescência, psicólogo, neurologista, psiquiatra, professor, psicopedagogo, fonoaudiologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e outros.

As modalidades de tratamento para uma criança com autismo envolvem essencialmente três níveis de intervenção:

➤ **Cuidados médicos e psicofarmacoterapia**

Os cuidados médicos envolvem os atendimentos básicos necessários de acompanhamento de condições médicas alteradas e atendimento dentário da criança.

ASSUMPCÃO JÚNIOR (2003) ressalta que a escolha do psicofármaco se encontra relacionada aos sintomas alvo da criança, sendo preferencialmente líquida, com paladar aceitável e considerando as particularidades clínicas da criança, para evitar os efeitos adversos.

➤ **Educação especial**

Encaminhamento para serviços e escolas com profissionais especializados e com metodologia adequada para desenvolver os potenciais da criança, que leve em consideração sua individualidade, favorecendo sua independência, integração social, considerando também que as prioridades das famílias são ações a serem realizadas o mais cedo possível.

GOODMAN e SCOTT (2004) consideram que a base central do tratamento consiste na alocação escolar adequada e suporte adequado aos pais. O ambiente escolar deve ser estruturado e provido de profissionais especializados em programas comportamentais a serem desenvolvidos tanto na escola como na residência, para reduzir comportamentos atípicos e favorecer uma melhor qualidade de vida à criança e aos pais.

Alguns métodos educacionais especializados foram desenvolvidos e vêm sendo aplicados em instituições voltadas especificamente para atendimento de crianças com autismo, cada qual com sua metodologia, dentre os quais incluem: Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e com Deficiências de Comunicação Relacionadas (TEACCH), Análise de Comportamento Aplicado (ABA-Applied Behavior Analysis) em que alguns princípios foram incorporados ao método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) e o Sistema de Comunicação por trocas de Sinais (PECS-Picture Exchange Communication System), proporcionando benefícios para o desenvolvimento da criança e da família (RICHMAN, 2001; BRUEY, 2004).

➤ **Estratégias de suporte familiar**

- Informação educacional: proporcionar aos membros da família acesso à informação sobre literatura especializada sobre o autismo (Associação de Amigos do Autista (VADASZ, 2004).
- Pais como co-terapeutas: ensinar aos pais estratégias para lidar com o filho e desenvolver habilidades (BRIESMEISTER e SCHAEFER, 1998).
- Técnica comportamental: Ajudar a família a aprender estratégias de intervenção básica da técnica comportamental para ajudar no comportamento dos filhos (WEBSTER-STRATTON et al., 2001).
- Intensificação positiva do relacionamento familiar com a criança (TOTH et. al., 2002).
- Treinar a família com a técnica cognitiva para modificação de respostas da criança (SANDERS e MCFARLAND, 2000).
- Suporte emocional individual ou grupal para os membros da família para resolução de problemas (IREYS et. al., 2001 a,b).
- Suporte estrutural às famílias no que se refere às necessidades básicas da vida, assistência financeira, garantir acesso à educação e serviços especializados (COWEN, 2001).
- Instruir e garantir à família sobre a assistência de advocacia e o acesso aos serviços de necessidade a mesma (SHERIDAN, 1997). A Declaração de Montreal sobre a Deficiência Intelectual de 2004 estabelece a garantia de direitos que devem ser de conhecimento dos pais (ANEXO 9).

IREYS et al. (2001a;b) relatam a importância da implantação de programas de intervenção no âmbito da pediatria para famílias que possuem filhos com doenças crônicas, uma vez que na pesquisa que desenvolveram oferecendo suporte a mães de crianças com doenças crônicas constataram efeitos benéficos no nível de saúde mental da mãe, por meio

de intervenções que envolviam contato telefônico, visitas domiciliares e eventos familiares especiais.

O suporte a famílias de crianças portadoras de autismo foi considerado pelos pais como uma estratégia facilitadora na interação com seus filhos, gerando satisfação pessoal (WHITAKER, 2002).

SOFRONOFF e FARBOTKO (2002) asseguram que a participação dos pais em programa de treinamento de filhos com síndrome de Asperger revela que as mães apresentaram maior eficácia na posterior intervenção com a criança, embora não seja uma diferença grande. Ressaltam que um possível viés seria que o pai tem menos oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos no treinamento e também necessitando de outras pesquisas de acompanhamento para verificar a continuidade da eficácia das intervenções maternas.

BAYLEY et al. (1999) salientam a importância de que os profissionais e pesquisadores não deixem de considerar nos trabalhos e propostas de serviços para pais de crianças portadoras de deficiências os fatores relacionados à história dessas famílias, suas tradições, valores e cultura, evitando a ineficiência da intervenção e a generalização equivocada de resultados obtidos nas pesquisas.

Segundo CASE (2001), evidências recentes mostram que a insatisfação dos pais para com os profissionais que trabalham na área de necessidades especiais está começando a apresentar uma diminuição e ao mesmo tempo um aumento na aproximação entre os mesmos. Porém, outros estudos revelam que ainda estes pais continuam apresentando dificuldade em receber, dos serviços, suportes com informação relevante confiável e apropriada para ajudá-los (SHEARN e TOOD, 2000; REDMOND e RICHARDSON; 2003).

Da mesma forma, WEBSTER et al. (2004) admitem que os estudos realizados muitas vezes não enfocam para quais crianças e em que contexto o tratamento proposto é efetivo e consideram ser de extrema relevância que as propostas de atendimento levem em consideração as necessidades da criança, dos pais e que sejam flexíveis, realísticas, relevantes e sensíveis aos diferentes contextos, seja a residência ou a escola.

WEISS (2002) mostra que os resultados obtidos em sua pesquisa sugerem que o suporte social e as características individuais das mães de crianças que possuem autismo ajudam a lidar e reduzir os efeitos deletérios do stress. Segundo BRISTOL (1984) o suporte do marido e da família propicia a diminuição do stress em mães de crianças com autismo.

1.12- Justificativa

Estudos sobre a relação materna e suas implicações para o desenvolvimento sadio da criança foram extensamente estudados, sendo alvo de várias pesquisas; o mesmo não se verificando em relação ao genitor e principalmente de crianças com autismo, foco central deste trabalho.

Considerando o relato inicial de KANNER (1943) no qual descreveu os pais e as mães de crianças com autismo como pouco afetivos, frios, formais e obsessivos, procurou-se neste trabalho estudar traços de personalidade em genitores masculinos de filho portador de transtorno autista, uma vez que existe pouca literatura científica abordando esta temática com enfoque no genitor e também a experiência profissional durante um período de três anos, em que propiciou observações e avaliações com estas crianças e seus respectivos pais, questionando a origem de um transtorno tão severo e incapacitante associado totalmente à culpabilidade da relação parental.

Independentemente do desenvolvimento de pesquisas atuais apontando possíveis fatores biológicos e genéticos envolvidos na etiologia do autismo, ainda a teoria psicogênica continua sendo defendida por alguns profissionais e pesquisadores comprometendo o suporte necessário à família e o tratamento adequado às peculiaridades desse filho.

A importância do referencial teórico adotado para a concepção do autismo interfere no modelo de intervenção familiar, que deve ter como base de construção principalmente as necessidades, os aspectos psicológicos, culturais e socioeconômicos da família e da criança e, portanto, um modelo de intervenção educacional individualizado e especializado.

1.1.3- Hipóteses

Segundo MOREIRA (2002), as hipóteses constituem-se em enunciados que envolvem tentativas relacionadas à ocorrência e também ao inter-relacionamento de eventos, buscando explicações do funcionamento das relações existentes no mundo.

H₁ - Genitores masculinos com filho portador de transtorno autista apresentam traços de personalidade semelhantes aos genitores com filho portador de síndrome de Down e dos com filho assintomático.

H₂ - Genitores masculinos com filho portador de transtorno autista apresentam diferença em traços de personalidade comparativamente aos genitores com filho portador de síndrome de Down e de genitores com filho assintomático.

2- OBJETIVOS

Objetivo geral

- Pesquisar se os genitores masculinos com filho portador de transtorno autista apresentam diferença em traços de personalidade que possam estar associados ao desenvolvimento do autismo do filho, em relação a genitores com filho portador de síndrome de Down e com filho assintomático.

Objetivos específicos

- Verificar se os genitores masculinos com filho portador de transtorno autista apresentam diferença com relação ao nível de alexitimia e aos quatro fatores da TAS comparativamente aos de genitores de crianças portadoras de síndrome de Down e de crianças assintomáticas.
- Verificar se os genitores masculinos com filho portador de transtorno autista apresentam diferença com relação às escalas de controle e aos 15 fatores de personalidade do IFP comparativamente aos de genitores de crianças portadoras de síndrome de Down e de crianças assintomáticas.
- Verificar a correlação entre os fatores da TAS e do IFP nos três grupos de genitores.
- Analisar o percentual da classificação do grau dos escores dos fatores do IFP nos três grupos estudados.

3- CASUÍSTICA E MÉTODOS

Etimologicamente o vocábulo método deriva do latim *methodus* e, este, do grego *méthodos*, de meta e *hódos* que significa “via, caminho”, já com uma conotação de “investigação científica”. Substantivo masculino com o significado de “ordem que se segue na investigação da verdade, no estudo de uma ciência ou para alcançar um determinado fim” (CUNHA, 1986, p. 517).

O método científico envolve um conjunto de ações sistemáticas e racionais que permitem atingir o objetivo com maior segurança e economia, demarcando o caminho, constatando erros e auxiliando os cientistas nas decisões, sendo essencial para a existência da ciência (LAKATOS e MARCONI, 1995).

LAVILLE e DIONE (1999) relatam de forma sintética que o método científico envolve regras que orientam o procedimento da pesquisa, auxiliando na realização da mesma com eficácia.

Os estudos no campo quantitativo, no qual se insere esta pesquisa, tem como base o modelo de pesquisa denominado como hipotético dedutivo, em que o pesquisador parte de referências estruturais o mais estruturado possível, com base nas quais formula hipóteses sobre o objetivo de seu estudo (MOREIRA, 2002).

Para este estudo adotou-se o método quantitativo que pressupõe a comparação entre os sujeitos fornecendo dados que poderiam ser generalizáveis (GOLDENBERG, 2001), visando verificar ou não a hipótese proposta, que nesta pesquisa envolve três grupos com 30 genitores cada.

3.1- Sujeitos

Os sujeitos da presente pesquisa totalizam 90 genitores masculinos, alocados em três grupos, segundo o método comparativo:

- **Grupo Experimental: GRUPO TA:** grupo de 30 genitores de criança portadora de transtorno autista de baixo funcionamento.

- **Grupos Controle:** **GRUPO SD:** grupo de 30 genitores de criança portadora de síndrome de Down devido à trissomia total, parcial e translocação do cromossomo 21 e **GRUPO AS:** grupo de 30 genitores de criança assintomática e que freqüente a escola segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

3.2- Critérios de inclusão dos sujeitos

- Aceite de participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Genitores do sexo masculino entre 25 e 60 anos.
- Escolaridade mínima: ciclo Um do Ensino Fundamental (até 4ª série, denominação antiga em desuso).
- Genitores com união marital estável e que residam com a esposa e filho na faixa etária entre 7 anos e 11 anos e 11 meses, que se refere ao período das operações concretas segundo Piaget (WADSWORT, 1997).
- Brasileiros e residentes no Estado de São Paulo-Brasil.
- Genitores com filho classificado apenas em um dos três grupos (N = 30 cada):
 - a. Filho com transtorno autista de baixo funcionamento (N=30), diagnosticados segundo o (DSM-IV-TR™, 2003) e também por meio da Childhood Autism Rating Scale (CARS). Considera-se este filho como sendo de baixo funcionamento por apresentar Quociente de Inteligência (QI) menor que 70 (HOWLIN, 1998).

- b. Filho portador de Síndrome de Down (N=30) diagnosticados por meio de avaliação clínica e análise laboratorial citogenética, devido à trissomia completa, parcial ou translocação do cromossomo 21 (CODY e KAMPHAUS, 1999). Este grupo foi escolhido em função de ser uma doença crônica, etiologia genética definida, grupo homogêneo quanto ao déficit intelectual (em geral educável/treinável), por apresentar comportamentos mais afetivos e menor déficit social e comunicacional que o grupo TA.
- c. Filho assintomático (N=30): normal (saudável) e que freqüente a escola, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo descrito como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença.

3.3- Critérios de exclusão dos sujeitos

- Genitores masculinos com idade inferior a 25 anos e superior a 60 anos.
- Genitores que não apresentem união estável e que não residam com o filho do sexo masculino Genitores masculinos que não tenham completado o ciclo Um do Ensino Fundamental.
- Genitores masculinos em que o filho possua idade inferior a sete anos e a partir de 12 anos.
- Genitores que não possuam filhos com transtorno autista e síndrome de Down sem diagnóstico médico definido e que não possuam filho saudável segundo a Organização Mundial de Saúde.

3.4- Procedimento

3.4.1- Aspectos éticos da pesquisa

Em se tratando de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram respeitados todos os critérios referentes ao item IV da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos e a aprovação inicial sem restrições do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, antes de iniciar a pesquisa.

3.4.2- Etapas de acesso aos sujeitos

- Contato telefônico inicial com as diretoras ou coordenadoras das instituições que atendiam crianças com transtorno autista, síndrome de Down e assintomáticas, para encaminhamento da documentação da pesquisa para solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Foram contatadas 78 instituições no Estado de São Paulo-Brasil, para se obter os 90 sujeitos da presente pesquisa.
- Posteriormente encaminhou-se via fax, e-mail ou correio uma carta solicitando autorização da diretoria da instituição, tendo como anexo um resumo da pesquisa, relatório do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, os critérios de inclusão dos sujeitos e um modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que os sujeitos assinariam, os quais ficariam com uma via.
- Após aprovação da diretoria ou coordenação das instituições os profissionais da mesma contatavam os genitores que se encontravam nos critérios de inclusão da pesquisa para obter dos mesmos o consentimento para sua participação.

➤ Posterior ao consentimento dos genitores masculinos dois possíveis procedimentos ocorreram:

- a) Agendamento dos genitores na própria instituição para comparecimento do pesquisador. No total de instituições que participaram apenas cinco ocorreram desta forma;
- b) Repasse pela direção ou profissionais das instituições do número do telefone dos genitores masculinos que consentiram em participar para o pesquisador entrar em contato e agendar a entrevista conforme a disponibilidade de horário e dia do pai. As entrevistas aconteceram na residência ou no local de trabalho, predominantemente no final de semana e no período da noite.

Especificamente para o grupo TA além do diagnóstico médico dos filhos com autismo segundo o DSM-IV-TR™, 2003 (Anexo 1), também foi critério de inclusão a aplicação da CARS antes da entrevista com os genitores, caso os profissionais já não o tivessem aplicado.

3.4.3- Processo de agendamento dos sujeitos

Posterior ao consentimento livre e esclarecido dos genitores de participação na pesquisa, dois possíveis procedimentos ocorreram:

- a) Agendamento dos genitores na própria instituição para comparecimento do pesquisador no local. No total das instituições que participaram apenas cinco ocorreram desta forma;
- b) Repasse pela direção da instituição do número de telefone dos genitores masculinos para o pesquisador entrar em contato e agendar a entrevista conforme a disponibilidade de horário e dia do pai. As entrevistas aconteceram na residência ou no local de trabalho, predominantemente no final de semana e no período da noite.

No caso de grupos de genitores de crianças com autismo, se fazia necessário a aplicação da Escala de Autismo Infantil. Nas instituições em que não faziam uso deste instrumento o pesquisador apresentou e explicou sobre a aplicação da CARS, observou as crianças e posteriormente estas foram avaliadas pelos profissionais da instituição que trabalhavam diretamente com a criança.

3.4.4- Instrumentos: conduta e aplicação

- Apresentação inicial do pesquisador.
- Esclarecimentos sobre os aspectos éticos e técnicos da pesquisa.
- Apresentação de duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e confirmação de sua participação. Uma cópia ficava com o genitor e outra assinada foi entregue ao pesquisador (Anexo 8).
- Entrevista particular envolvendo perguntas de dados pessoais e sociodemográficos dos genitores e do filho alvo relevante à pesquisa.
- Aplicação da versão em português da Toronto Alexithymia Scale–TAS (YOSHIDA, 2000) para avaliar o grau de alexitimia (Anexo 3).
- Aplicação do Inventário Fatorial de Personalidade-IFP (PASQUALI et al., 1997).
- Após o término da aplicação dos instrumentos o pesquisador esclareceu dúvidas quando solicitadas com relação à pesquisa, se dispôs a encaminhar os resultados da pesquisa para as instituições e finalizando com o agradecimento à participação do genitor.
- Após a realização da pesquisa com o genitor a instituição de referência foi comunicada com os devidos agradecimentos.

3.5- Técnicas de coleta de dados

- Entrevista estruturada (dados sociobiodemográficos gerais e específicos para a Classificação Socioeconômica – PELOTAS).
- Escala: The Childhood Autism Rating Scale (CARS) e Toronto Alexithymia Scale-TAS (versão em português).
- Teste psicológico: Inventário Fatorial de Personalidade (IFP).

3.6- Descrição dos instrumentos utilizados

Aplicados aos 90 sujeitos da pesquisa que se enquadravam nos critérios de inclusão:

3.6.1- Entrevista estruturada

Entrevista com perguntas definidas com o objetivo de obter dados sociobiodemográficos para caracterizar a amostra estudada, relevantes à pesquisa (Anexo 7).

3.6.2- Toronto Alexithymia Scale-TAS -versão em português (YOSHIDA, 2000)

- Objetivo da TAS:

Refere-se a um instrumento de auto-avaliação construído para medir o grau de alexitimia, sendo composto de 26 itens em que o sujeito respondeu segundo a escala de tipo Likert de cinco pontos (1 corresponde a discordo inteiramente, 2 discordo, 3 não sei, 4 concordo e 5 concordo plenamente) tendo como itens negativos: 1,5,6,9,11,12,13,15, 16 e 21.

YOSHIDA (2000) ressalta que os resultados obtidos de seu estudo quanto à precisão e validade de constructo da versão em português da TAS fornece base para indicação da versão em português para pesquisas envolvendo a população brasileira.

- Material necessário para aplicação:

- Formulário contendo 26 itens em que o sujeito respondeu segundo a escala de tipo Likert de cinco pontos (1 corresponde a discordo inteiramente, 2 discordo, 3 não sei, 4 concordo e 5 concordo plenamente), tendo como itens negativos: 1,5,6,9,11,12,13,15, 16 e 21(Anexo 3).

- Procedimento de aplicação

- Os sujeitos foram informados de que se tratava de um instrumento adaptado à população brasileira e que foi elaborado para conhecer como as pessoas reagem a certas situações. Posteriormente foi explicado que os sujeitos deveriam assinalar com um X a alternativa de cada item que melhor correspondesse à sua forma característica de agir ou de pensar. Eventuais dúvidas foram esclarecidas e procedeu-se a distribuição dos formulários.

- Apuração da TAS (versão em português)

- A apuração se processa por meio da somatória dos escores brutos das respostas, que variam de um a cinco, considerando como itens negativos: 1,5,6,9,11,12,13,15,16 e 21.

- Interpretação

- Os sujeitos foram classificados de acordo com os escores totais que se encontram entre 26 e 130, sendo não alexitímico para escores iguais ou menores a 62, alexitímico para escores iguais ou maiores a 74 e indeterminados para escores entre 63 a 73. Os escores de corte adotados foram os descritos por Taylor (TAYLOR, et al., 1988).

YOSHIDA (2000) revela que a análise fatorial desenvolvida no TAS indicou quatro fatores que representam as seguintes variáveis psicológicas a também serem interpretadas:

- **1º Fator (F1)** (1;4;8;10;14;17;20;22;23;25;26): dificuldade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais.
- **2º Fator (F2)** (2,5,16;18): dificuldade em sonhar acordado.
- **3º Fator (F3)** (7,11,13;19;21;24): preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas.
- **4º Fator (F4)** (3,6;9;12;15): dificuldade em comunicar os sentimentos a outras pessoas.

DE GUCHT e HEISER (2003) observam que, embora a TAS esteja submetida a críticas, até o presente é o instrumento que mais tem sido utilizado para a avaliação do grau de alexitimia e o único que foi co-validado em diferentes idiomas.

3.6.3- Inventário fatorial de personalidade–IFP (PASQUALI et al., 1997)

- Objetivo do IFP

O Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) avalia 15 fatores de personalidade de dimensões ou necessidades da personalidade do sujeito, cada uma sendo composta de nove frases e também produz um escore de duas escalas de controle veracidade e de deseabilidade social. O IFP tem com base a teoria das necessidades básicas de Henry Murray e consiste em uma adaptação brasileira, modificada do teste original em inglês desenvolvido por Allen Edwards em 1953 e revisto em 1959, na qual se acrescentou as duas escalas de controle.

O uso deste instrumento se encontra assegurado por aprovação no dia 06/11/2003, pelo Conselho Federal de Psicologia, segundo a resolução número 002/2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração, a comercialização e os critérios de avaliação da qualidade dos testes psicológicos.

Trata-se de um teste objetivo, auto-administrável, de natureza verbal, composto de 155 itens, para indivíduos entre 18 e 60 anos e de escolaridade a partir do 1º grau incompleto, aplicação em pesquisa como instrumento rápido e de adequada medida para avaliar as variáveis de personalidade normal dos sujeitos, baseado na teoria de personalidade formulada por Henry Murray em 1938.

- Material necessário para a aplicação:

- Caderno de teste com as instruções e 155 itens.

- Folha de resposta com 155 itens em que as respostas a serem dadas variam dos números de um a sete.

- Situação de aplicação ou procedimento

O IFP pode ser aplicado individualmente ou em grupos de qualquer número de sujeitos e em ambiente adequado. O teste não possui limite de tempo, mas normalmente não devendo ultrapassar 45 minutos. Para esta pesquisa predominantemente a aplicação foi individual.

Depois de entregue o lápis e a folha de resposta, pediu-se ao sujeito que completasse os dados do cabeçalho e só então foi entregue os cadernos para serem abertos posteriormente à solicitação do pesquisador. O pesquisador dizia: Vocês receberam um folheto que contém um questionário, no qual se pede que vocês falem sobre seus gostos e desejos. Vamos agora ler juntos as instruções de como responder a este questionário. Posteriormente se iniciava com a leitura das instruções em voz alta e após o término da leitura o pesquisador perguntava: Alguém ainda tem alguma dúvida de como responder ao questionário? No caso de permanência de dúvida o pesquisador fazia as explicações necessárias, sem induzir respostas ou utilizar itens do questionário para dar exemplos. Não havendo mais dúvidas o pesquisador dizia: Agora, podem virar a página e começar. Após meia hora do início da aplicação do questionário pelo genitor era fornecida a folha de resposta aos sujeitos que terminaram. Após 45 minutos, para os sujeitos que ainda não tinham concluído, o pesquisador avisava que faltavam cinco minutos para a finalização da aplicação.

- Apuração do IFP

Para esta pesquisa a apuração foi realizada por programa computacional (em SPSS) na versão Windows 95, vendidos apenas para psicólogos e contendo em cada disquete a liberação para 25 testes. O programa oferece os resultados em escores percentílicos para a escala de controle de desejabilidade social e os 15 fatores, com exceção da escala de controle de validade que foi realizada manualmente. Esta escala é composta da somatória de oito itens (6,24,42,61,79,99,118,138), e para os fatores negativos (24,61,99,138) estes têm que ser convertidos antes da somatória; ou seja, quando a resposta foi um vale sete, se for dois vale seis, se for três vale cinco e vive-versa.

A escala de validade possui como função verificar se o sujeito respondeu ao acaso o inventário, ou seja, se não entendeu a tarefa, se respondeu sem a menor atenção ou se mentiu. Sendo assim protocolos respondidos pelos sujeitos com um escore de validade de 30 ou mais foram descartados da pesquisa.

A escala de desejabilidade social caracterizada por respostas: para percentis de 70 ou mais, indica que o sujeito tentou demais se apresentar de uma maneira que os outros gostariam que ele fosse visto; devendo assim a interpretação do restante do perfil ser realizada com cautela, podendo o sujeito estar respondendo segundo as expectativas dos outros.

- Interpretação do IFP

A interpretação dos escores do IFP é realizada em função do sexo do respondente, que se constitui na única variável verificada como sendo relevante à estrutura dos fatores. As normas de interpretação são expressas em termos de escores percentílicos correspondentes aos escores brutos, que se referem à soma das respostas numa escala de um a sete pontos relacionados aos itens que constituem o respectivo fator.

De acordo com o IFP o perfil da personalidade do sujeito é expresso sobremaneira pelas necessidades cujos escores se situam abaixo do percentil 30 e acima do percentil 70. Os escores entre os percentis 40 e 30, bem como entre 60 e 70, representam

necessidades salientes dos sujeitos, porém menos acentuadas. Os escores abaixo do percentil 40 representam necessidades fracas e os acima de 60 necessidades fortes.

Para interpretar corretamente o perfil de personalidade do sujeito deve-se levar em consideração inicialmente cada um dos 15 fatores e o seu significado:

- **ASSISTÊNCIA:** Escores altos nesse fator mostram um sujeito com grandes desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura, pelos qual o sujeito deseja dar simpatia e gratificar as necessidades de um sujeito indefeso, defende-lo no perigo, dar-lhe suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios.
- **INTRACEPÇÃO:** O sujeito com altos escores nesse fator é intraceptivo, isto é, ele se deixa conduzir por sentimentos e inclinações difusas; é dominado pela procura da felicidade, pela fantasia e imaginação. Num estágio mais elevado, tal sujeito procura conceitualizar os fatos de sua vida interior e fazer julgamentos às vezes sem dar muita atenção aos fatos concretos. O intraceptivo é definido por adjetivos do tipo: subjetivo, imaginativo, pessoal nos julgamentos, pouco prático, metafísico, parcial em suas opiniões, caloroso e apaixonado, sensitivo, egocêntrico, individualista, dedutivo, intuitivo nas observações, artístico e religioso, idealista e de pensar filosófico penetrante.
- **AFAGO:** Busca de apoio e proteção caracteriza sujeitos com escore alto nesse fator. O sujeito espera ter seus desejos satisfeitos por alguma pessoa querida e amiga; deseja ser afagado, apoiado e protegido, amado orientado, perdoado e consolado. Precisa constantemente de alguém que o entenda e o proteja. Sofre de sentimentos e ansiedade de abandono, insegurança e desespero.
- **DEFERÊNCIA:** Respeito, admiração e reverência caracterizam as pessoas com altos escores nesse fator, que expressa o desejo de admirar e dar suporte a um superior; gostam de elogiar e honrar os superiores, bem como de imitá-los e obedecê-los.

- **AFILIAÇÃO:** Dar e receber afeto de amigos é o desejo de pessoas com escore alto nesse fator. Elas são caracterizadas por confiança, boa vontade e amor. Gostam de se apegar e ser leais aos amigos.
- **DOMINÂNCIA:** Escores altos nesse fator expressam sentimentos de autoconfiança e o desejo de controlar os outros, influenciar ou dirigir o comportamento deles por meio de sugestão, sedução, persuasão ou comando.
- **DENEGAÇÃO:** Um sujeito com escores altos nesse fator representa um indivíduo que se entrega à resignação, abulia. Trata-se do desejo ou tendência de se submeter passivamente à força externa; aceitar desaforo, castigo e culpa; resignar-se ao destino, admitir inferioridade, erro e fracasso; confessar erros e desejo de autodestruição, dor, castigo, doença e desgraça.
- **DESEMPENHO:** Ambição e empenho caracterizam os sujeitos com escore alto nesse fator, que expressa o desejo de realizar algo difícil, como dominar, manipular e organizar objetos, pessoas e idéias. Indivíduos com altos escores nesse fator gostam de fazer coisas independentemente e com maior rapidez possível, sobressair, vencer obstáculos e vencer altos padrões de realização.
- **EXIBIÇÃO:** A vaidade caracteriza sujeitos com escore alto nesse fator, que expressa o desejo de impressionar, ser ouvido e visto. Tal sujeito gosta de fascinar as pessoas, exercer fascínio e mesmo chocá-las; gosta de dramatizar as coisas para impressionar e entender.
- **AGRESSÃO:** A raiva, a irritação e o ódio caracterizam as pessoas com escore alto nesse fator, que expressa o desejo de superar com vigor a oposição. Tais pessoas gostam de lutar, brigar, atacar e injuriar os outros; gostam de fazer oposição, censurar e ridicularizar os outros.
- **ORDEM:** Este fator representa a tendência de pôr todas as coisas em ordem, manter limpeza, organização, equilíbrio e precisão.

- **PERSISTÊNCIA:** O sujeito com altos escores nesse fator têm a tendência de levar a cabo qualquer trabalho iniciado por mais difícil que possa parecer. Ele vive obcecado por ver o resultado final de um trabalho, esquecendo o tempo e o repouso necessário, resultando, não raro, em queixas de pouco tempo, de cansaço e preocupações.
- **MUDANÇA:** Desligar-se de tudo que é rotineiro e fixo é o desejo de uma pessoa com escore alto nesse fator. Ela gosta de novidade, aventura, não ter nenhuma ligação permanente em lugares, objetos ou pessoas. Gosta de coisas novas, novidades, mudar de hábitos, lugares, comidas e coisas, em geral novas e diferentes.
- **AUTONOMIA:** Sentir-se livre, sair do confinamento, resistir à coerção e à oposição é a tendência dos sujeitos com escores altos nesse fator. Eles não gostam de executar tarefas impostas pela autoridade, pois gostam de agir independente e livremente, seguindo seus impulsos. Desafiam qualquer convenção.
- **HETEROSSEXUALIDADE:** Esse fator fala claramente do desejo de manter relações, desde românticas até sexuais, com indivíduos do sexo oposto. O sujeito com alto índice nesse fator é fascinado pelo sexo e por assuntos afins (PASQUALI et al., 1997, p.37).

3.6.4- Classificação socioeconômica–Pelotas (LOMBARDI et al, 1988).

Os 90 sujeitos da presente pesquisa foram avaliados com relação à classificação socioeconômica por intermédio do esquema de operacionalização do conceito de classe social descrito em 1988 por Lombardi e colaboradores. O critério de entrada dos sujeitos nos esquemas é fundamentado na relação que estabelece com os meios de produção e o restante das variáveis utilizadas a partir deste ponto e a situação de classe da família foi definida por meio da inserção de seu componente que recebia a maior renda. Sendo assim os sujeitos foram incluídos nas seguintes classes sociais: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado típico, proletariado não-típico e subproletariado (Anexo 4, 5 e 6).

3.6.5- The Childhood Autism Rating Scale-CARS (SCHOPLER et al., 1999)

Para a inclusão do grupo de genitores que possuíam filhos com transtorno autista foi definido como critério o diagnóstico médico das crianças segundo o DSM-IV-TR™ (2003) e a aplicação da CARS (anexo 2).

A CARS consiste em uma escala de avaliação de autismo infantil desenvolvida para identificar crianças com autismo e também para diferenciar de crianças com desenvolvimento mental atrasado sem a síndrome autística. Esta escala é composta de 15 itens de avaliação: relacionamento com pessoas, imitação, resposta emocional, uso do corpo, uso de objetos, adaptação a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, respostas ao uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência de resposta intelectual e impressões gerais. Cada item pode ser pontuado de um a quatro, sendo obtido o escore total pela somatória das respostas dos 15 itens. A escala define como categoria diagnóstica: escore total até 29,5 como não autista e a partir de 30 a categoria autista. Para a classificação autista considera até 36,5 níveis descritivos leve a moderado e acima de 37 autistas severo.

3.7- Caracterização da cidade e local de coleta de dados

Para se obter o perfil dos genitores desta pesquisa foram contatadas 76 instituições diferentes no Estado de São Paulo-Brasil, localizadas em 33 cidades diferentes, que trabalhavam com crianças portadoras de autismo, portadoras de síndrome de Down e assintomáticas, e para cada grupo específico de pais as entrevistas foram realizadas em cidades, locais e horários com características diferentes.

A entrevista com os genitores do Grupo TA foi realizada em 14 cidades diferentes do Estado de São Paulo, sendo 18 entrevistas realizadas na residência, quatro no local de trabalho e oito nas próprias instituições a que os filhos pertenciam. A faixa etária dos pais variou de 25 a 56 anos, e com filhos que assumiam posição de nascimento, no casamento atual, variada: 16 filhos únicos, sete eram o primeiro filho, nove, segundo filho, dois, terceiro filho e um, quarto filho.

Para os genitores do Grupo SD as entrevistas foram realizadas em 17 cidades diferentes para atender aos critérios de inclusão, sendo 25 entrevistas na residência, quatro na instituição e uma no trabalho. A faixa etária dos pais variou de 30 a 53 anos e com filhos que assumiam posição de nascimento, no casamento atual, variada: quatro filhos únicos, 11, primeiro filho, oito, segundo filho, quatro terceiro filho e dois o quarto filho.

Com relação aos genitores do Grupo AS, as entrevistas foram realizadas em duas cidades diferentes, sendo 17 na própria residência, 12 na instituição e uma no local de trabalho. A faixa etária dos pais variou de 28 a 49 anos e com filhos que assumiam posição de nascimento, no casamento, variada: sete filhos únicos, 12 primeiro filho, seis, segundo filho e cinco o terceiro filho.

3.8- Tempo médio e período para a realização da coleta de dados

O tempo médio necessário para acesso aos sujeitos envolveu aproximadamente 376 horas, no período de março de 2003 a setembro de 2004, sendo assim distribuído:

a. Contato prévio com as instituições, profissionais e pais.

O tempo utilizado para realizar contato telefônico, enviar fax e carta para acesso aos genitores foi aproximadamente de 189 horas.

b. Deslocamento para acesso aos sujeitos

O tempo gasto no percurso para acesso aos 90 genitores nas 33 cidades envolveu 157 horas.

c. Tempo de coleta de dados

O tempo médio para a aplicação de todos os instrumentos para cada pai foi em torno de 1 hora e 30 minutos, considerando que a amostra total de 90 genitores totaliza 30 horas em média.

3.9- Dificuldades e cuidados durante o procedimento de coleta de dados

Identificar os pais que se enquadravam nos critérios de inclusão nos três grupos da pesquisa, principalmente os Grupos TA e SD.

Propiciar um *rapport* inicial com alguns casais quando a entrevista era na residência e realizada com o genitor em ambiente particular da casa, ficando em torno de 1 hora e 30 minutos, e às vezes as mães colaboravam saindo com a criança para favorecer um ambiente mais adequado à pesquisa.

Durante o *rapport* inicial, algumas mães mostravam uma curiosidade sobre o porque da pesquisa envolver apenas o genitor e não a mãe, sendo explicado pela pesquisadora que muitos trabalhos já tinham sido desenvolvidos sobre a temática mãe e que existiam poucos trabalhos científicos em relação ao genitor.

Depois da aplicação dos instrumentos a maioria dos entrevistados mostrou muito interesse em continuar conversando com a pesquisadora e mesmo algumas mães, necessitando por parte da pesquisadora uma preparação para o desligamento, pois muitos pais recebiam pouca visita (grupos TA e SD) e em determinadas situações envolveu um tempo de três horas e 20 minutos.

A pesquisadora tinha que manter seu papel ético e o objetivo proposto da pesquisa devido ao fato de muitos pais, principalmente de crianças com autismo, começarem a criticar o tratamento dos seus filhos nas instituições, queriam indicações de outros profissionais e mesmo não sabiam direito o que era o autismo, como proceder com os comportamentos diversificados dos filhos e a preocupação futura com os filhos na ausência dos mesmos.

Lidar com a fantasia de cura do autismo, de teorias novas que os pais leram via internet e a solicitação de um parecer técnico sobre o filho.

3.10- Análise estatística

Posteriormente à coleta de dados dos 90 sujeitos na entrevista e por meio dos instrumentos denominados como Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26, versão em português) e Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), se procedeu à análise estatística

dos dados obtidos para se verificar semelhanças ou diferenças entre os três grupos estudados com relação aos dados sociobiodemográficos (homogeneidade da amostra), o nível de alexitimia, traços de personalidade do IFP e possíveis correlações entre os dados obtidos da TAS e do IFP. O programa computacional utilizado para o tratamento estatístico foi o sistema de análise estatística (SAS) para Windows, versão 8.2,1999-2001.

A análise estatística envolveu a caracterização dos três grupos estudados (TA = transtorno autista, SD = síndrome de Down e AS = assintomáticos), a verificação de homogeneidade entre os grupos no que se refere aos dados sociobiodemográficos dos sujeitos (idade, escolaridade, classificação socioeconômica, tempo de casamento, número de filhos do sujeito, posição de nascimento do filho alvo e a idade do filho alvo) e a comparação e correlação dos dados obtidos da TAS e do IFP.

A metodologia estatística adotada foi a de análise descritiva por intermédio de tabelas de frequência para variáveis categóricas, de medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas. Para a comparação de proporções na amostra foi utilizado o test Qui-quadrado ou quando necessário o teste de Fisher (FLEISS, 1981). Para comparação de medidas contínuas ou ordenáveis entre os três grupos independentes foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis.

Para verificação da associação linear entre os fatores da TAS e do IFP foi utilizado o coeficiente de correlação de postos de Sperman, que varia de -1 a 1 , sendo que valores próximos destes extremos indicam respectivamente correlação negativa ou positiva e valores próximos a zero não indicam correlação. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

Com relação aos resultados do escore total da TAS aplicou-se o poder do teste, para verificação do poder de erro que foi de 3%, ou seja, a possibilidade de que os dados obtidos estavam corretos foi de 97% (HULLEY e CUMMINGS, 1988).

O teste de Qui-quadrado é um teste não-paramétrico utilizado para fazer comparações entre frequências e não entre escores médios. Quando as diferenças entre as frequências esperadas (f_e) e as frequências observadas (f_o) são muito grandes rejeita-se a

hipótese nula e se aceita a hipótese experimental por esta refletir diferenças reais na amostra estudada. Em caso de frequência (f_e) < 5 e simultaneamente a somatória de ($f_e = a$ de $f_o = N$) < 30 aconselha-se o uso da Prova Exata de Fisher em vez do Qui-quadrado. O teste de Kruskal-Wallis é indicado para a comparação entre três ou mais amostras independentes, em que os dados possam ser ordenados e em que cada amostra possua o tamanho mínimo de seis.

O coeficiente de correlação de postos de Sperman é um coeficiente aplicável para a determinação do grau de associação entre variáveis ordinais em que seja possível atribuição de postos ou graduação a partir da presença de uma característica particular.

O nível de significância ou também denominado de nível de confiança, como o próprio nome salienta, é utilizado para decidir se a diferença na amostra estudada é estatisticamente significativa, ou seja, resultante de uma real diferença entre as populações e não simplesmente produto de erro amostral (LEVIN, 1987).

4- RESULTADOS

A palavra resultado tem sua origem etimológica no latim *resultāre*, trazendo como significado “ser consequência ou efeito” (CUNHA, 1986, p.680), sendo referente apenas à apresentação de todos os achados da pesquisa sem qualquer interpretação ou comentário (SPECTOR, 2002).

A amostra total estudada envolveu 90 genitores masculinos que foram alocados em três grupos de N=30 cada: **GRUPO AS** (30 genitores masculinos com filho assintomático), **GRUPO SD**: (30 genitores masculinos com filho portador de síndrome de Down e **GRUPO TA**: (30 genitores masculinos com filho portador de transtorno autista de baixo funcionamento) e posteriormente foi submetida ao tratamento estatístico em que foram obtidos os resultados abaixo descritos.

4.1- Resultados da análise descritiva e comparativa entre grupos

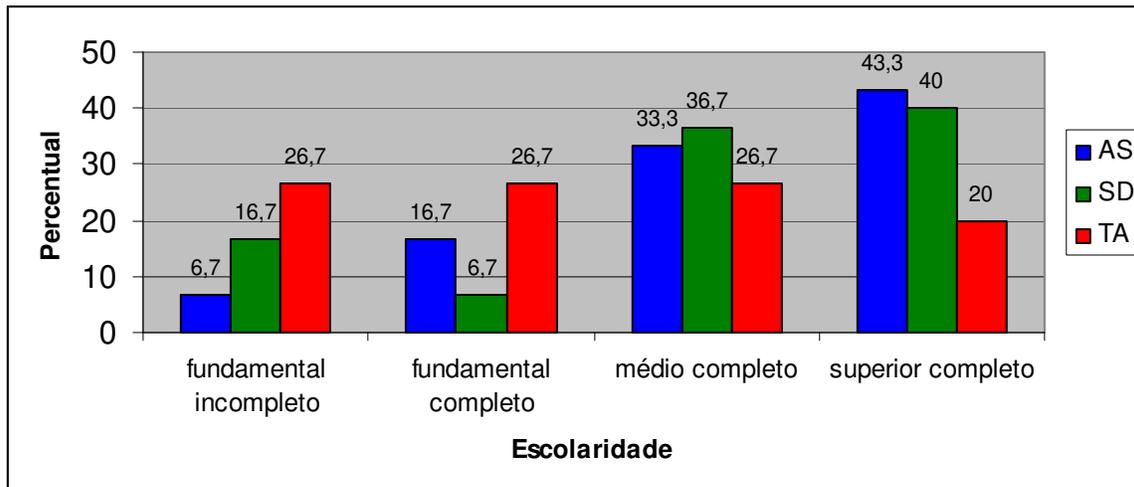
4.1.1- Idade em anos nos grupos AS, SD e TA

Tabela 1- Média e desvio padrão (DP) da idade em anos nos grupos AS, SD e TA

Grupo	N	Média	DP	Kruskal-Wallis (p-valor)
AS	30	39.7	5.2	0.0988
SD	30	40.5	6.1	
TA	30	37.5	6.0	

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos quanto à idade dos genitores masculinos.

4.1.2- Nível de escolaridade dos grupos AS, SD e TA



Teste Qui-quadrado: p-valor = 0.1067. Não significativo.

Gráfico 1- Percentual do nível de escolaridade nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos quanto à escolaridade dos genitores masculinos.

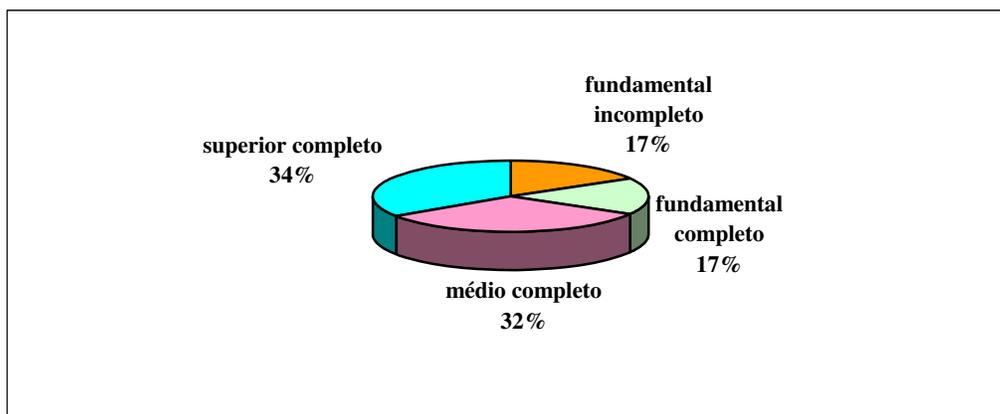
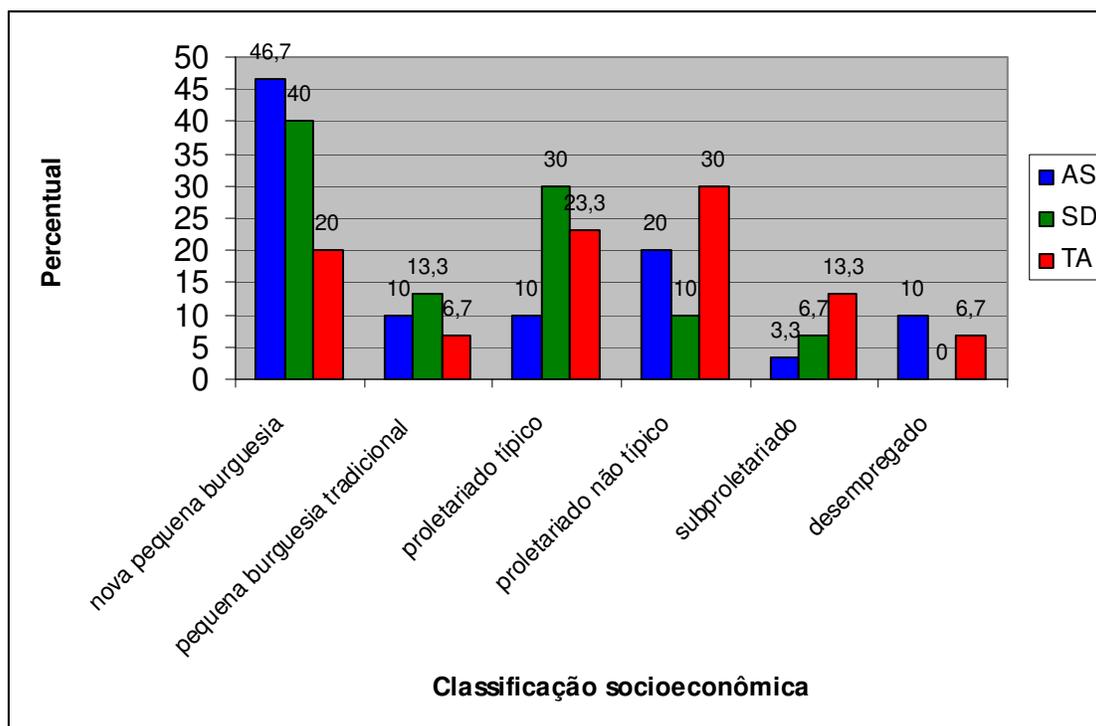


Gráfico 2- Percentual do nível de escolaridade na amostra total

Considerando a amostra total (N = 90) houve um percentual maior para os níveis de escolaridade superior completo e médio completo totalizando 66%, e os níveis fundamental completo e incompleto que somam 34%.

4.1.3- Classificação socioeconômica dos sujeitos



Teste de Fisher: p-valor = 0.1147. Não significativo.

Gráfico 3- Percentual da classificação socioeconômica dos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos quanto ao nível socioeconômico dos genitores masculinos.

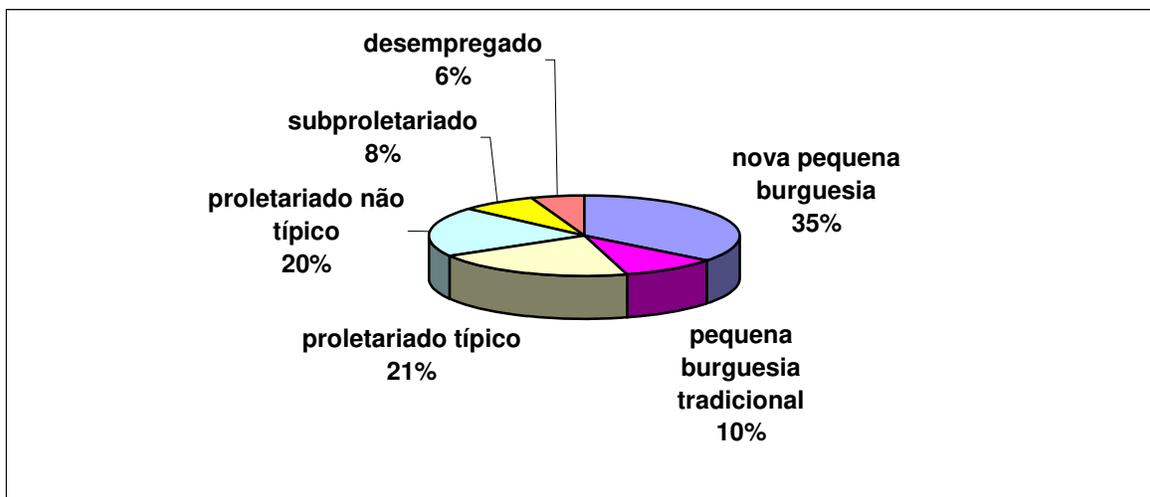


Gráfico 4- Percentual da classificação socioeconômica na amostra total

Considerando a amostra total houve um percentual maior para a classificação socioeconômica nova pequena burguesia (35%), seguida de proletariado típico (21%), proletariado não típico (20%), subproletariado (8%) e desempregado (6%).

4.1.4- Tempo de união conjugal do genitor com a esposa

Tabela 2- Média e desvio padrão (DP) de união conjugal nos grupos AS, SD e TA

Grupo	N	Média	DP	Kruskal-Wallis (p-valor)
AS	30	12.5	2.6	
SD	30	15.4	4.8	0.0485
TA	30	13.2	3.3	

Houve diferença estatisticamente significativa (**p-valor 0.0485**) apenas entre os grupos SD e AS quanto ao tempo de união conjugal, estabelecendo a seguinte hierarquia: SD > AS.

4.1.5- Número de filhos

Tabela 3- Média e desvio padrão (DP) do número de filhos nos grupos AS, SD e TA

Grupo	N	Média	DP	Kruskal-Wallis (p-valor)
AS	30	2.3	1.1	0.0781
SD	30	2.3	0.8	
TA	30	1.8	0.8	

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos amostrais quanto ao número de filhos.

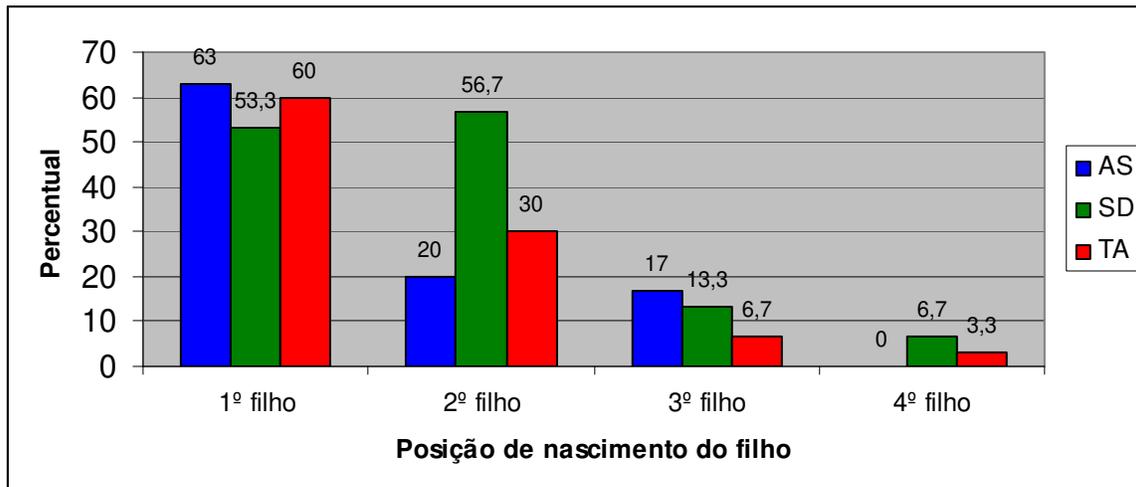
4.1.6- Idade em anos do filho alvo

Tabela 4- Média e desvio padrão (DP) da idade em anos do filho alvo nos grupos AS, SD e TA

Grupo	N	Média	DP	Kruskal-Wallis (p-valor)
AS	30	9.1	1.3	0.3679
SD	30	9.1	1.3	
TA	30	8.7	1.4	

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos quanto à idade do filho alvo do estudo.

4.1.7- Posição de nascimento do filho alvo



Teste de Fisher: p-valor = 0.4909. Não significativo.

Gráfico 5- Percentual da posição de nascimento do filho alvo nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos quanto à idade do filho alvo do estudo.

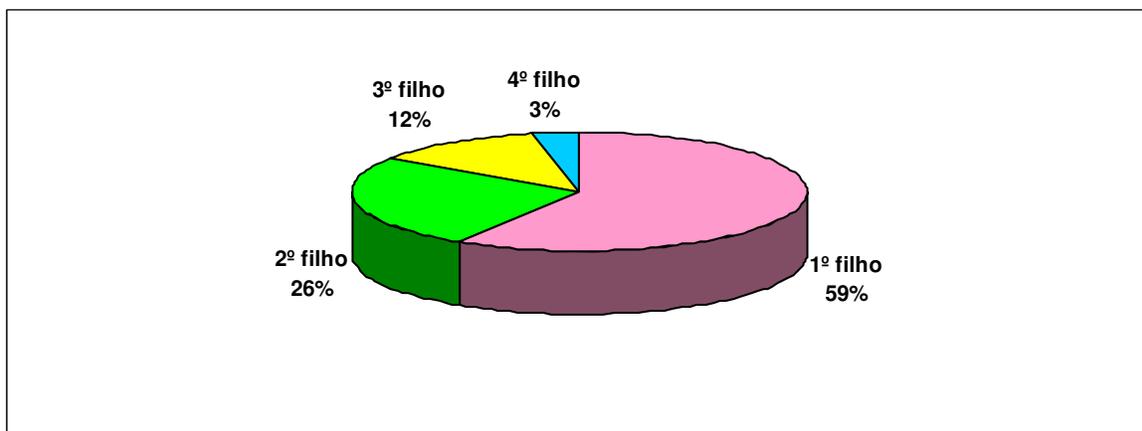


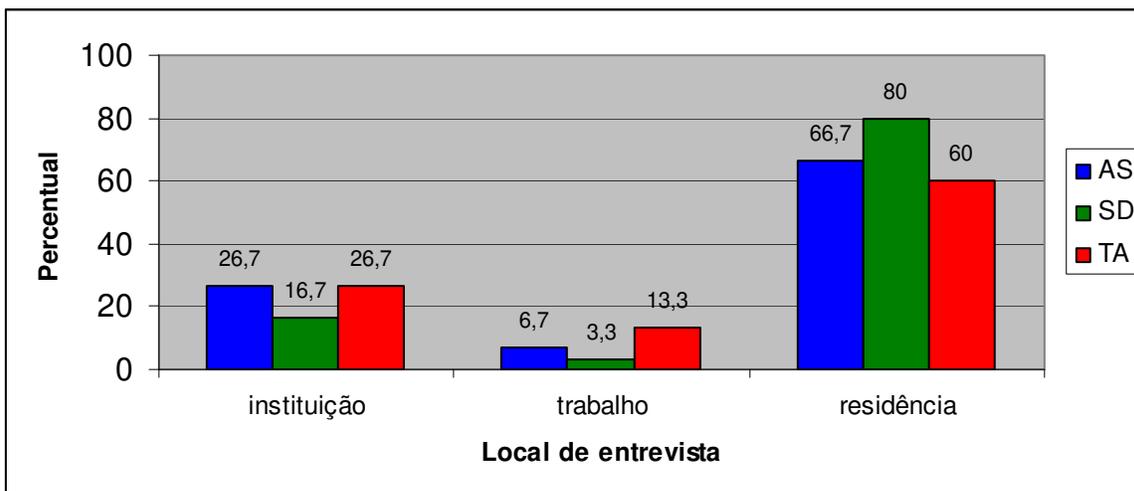
Gráfico 6- Percentual da posição de nascimento do filho alvo na amostra total

Considerando a amostra total houve um percentual maior para a posição 1º filho do casamento (59%), seguida da posição 2º filho do casamento (21%), posição 3º filho do casamento (12%) e 4º filho do casamento (3%).

Tabela 5- Cidades de coleta de dados

CIDADES	GRUPOS		
	TA	SD	AS
Americana	<u>x</u>		
Araras		<u>x</u>	
Atibaia		<u>x</u>	
Botucatu	<u>x</u>		
Bragança Paulista		<u>x</u>	
Campinas	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>x</u>
Casa Branca	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>x</u>
Hortolândia	<u>x</u>		
Indaiatuba		<u>x</u>	
Itu		<u>x</u>	
Jacareí		<u>x</u>	
Jundiaí	<u>x</u>	<u>x</u>	
Limeira		<u>x</u>	
Mogi-Guaçu	<u>x</u>	<u>x</u>	
Pilar do Sul	<u>x</u>		
Salto	<u>x</u>		
Santa Bárbara do Oeste		<u>x</u>	
Santos	<u>x</u>		
São Paulo	<u>x</u>		
Sorocaba	<u>x</u>	<u>x</u>	
Sumaré	<u>x</u>	<u>x</u>	
Taubaté	<u>x</u>		
Valinhos		<u>x</u>	
Várzea Paulista		<u>x</u>	
Votorantim		<u>x</u>	

4.1.8- Local de realização da entrevista



Teste de Fisher: p-valor = 0.4670. Não significativo.

Gráfico 7- Percentual do local de realização da entrevista nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos amostrais quanto ao local de realização da entrevista.

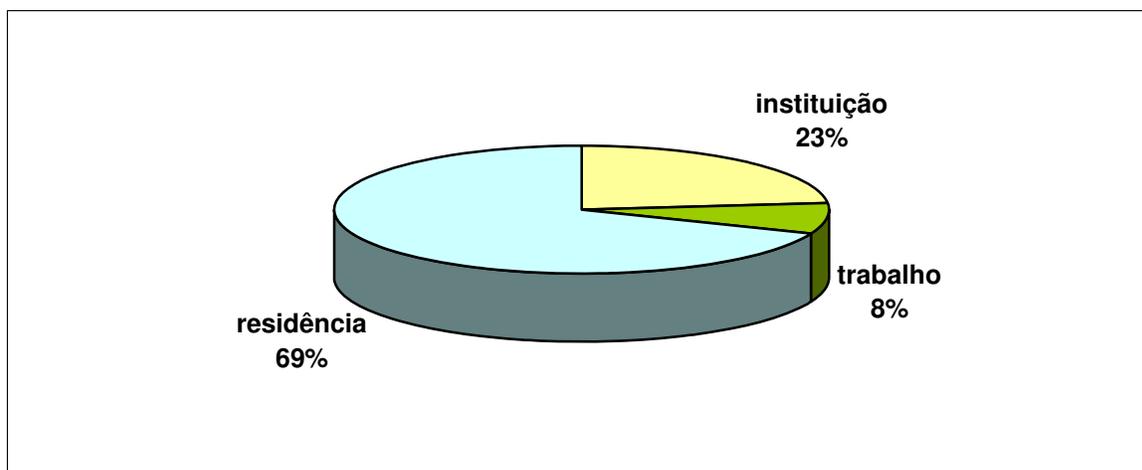


Gráfico 8- Percentual do local de realização da entrevista na amostra total

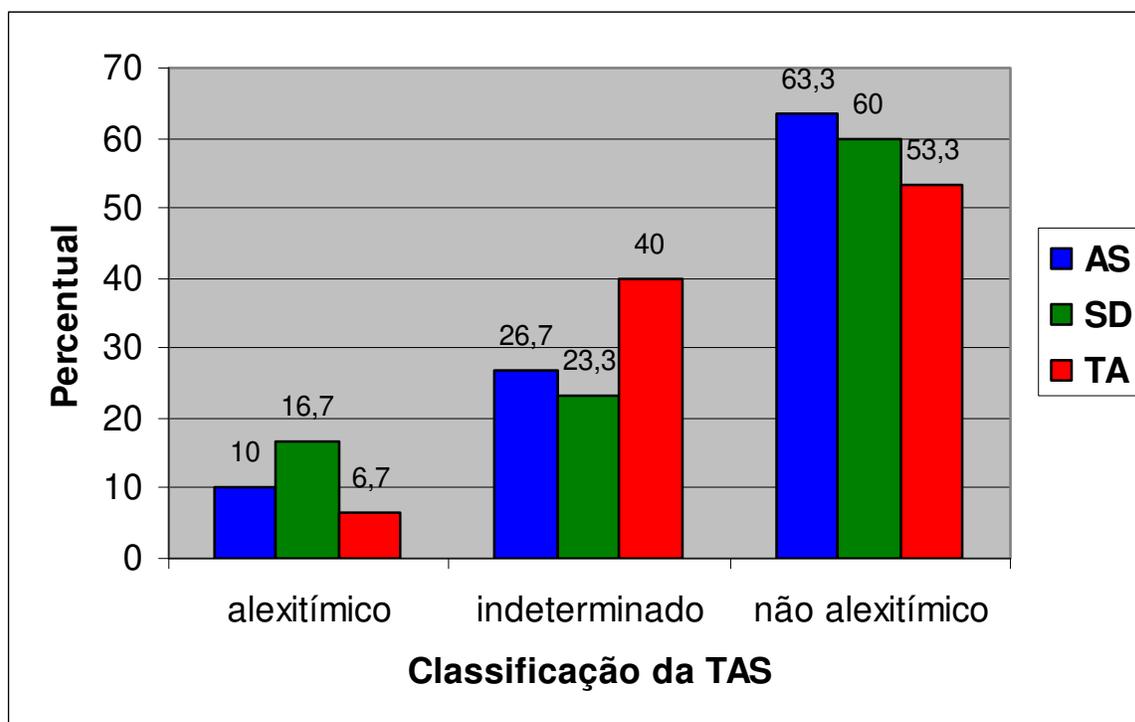
Considerando a amostra total houve um percentual maior de entrevistas realizadas na residência (69%), seguido do local instituição (23%) e local trabalho (8%).

4.2- Análise descritiva e comparativa entre grupos para a versão em português da TAS

Tabela 6- Média e desvio padrão (DP) do escore total obtido na TAS nos grupos AS, SD e TA

Grupo	N	Média	DP	Kruskal-Wallis (p-valor)
AS	30	61.9	10.0	0.9885
SD	30	62.0	8.4	
TA	30	61.9	7.6	

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores quanto ao escore total obtido da TAS.



Teste de Fisher: p-valor = 0.5747. Não significativo

Gráfico 9- Percentual da classificação do escore total da TAS nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos amostrais quanto ao percentual da classificação da TAS.

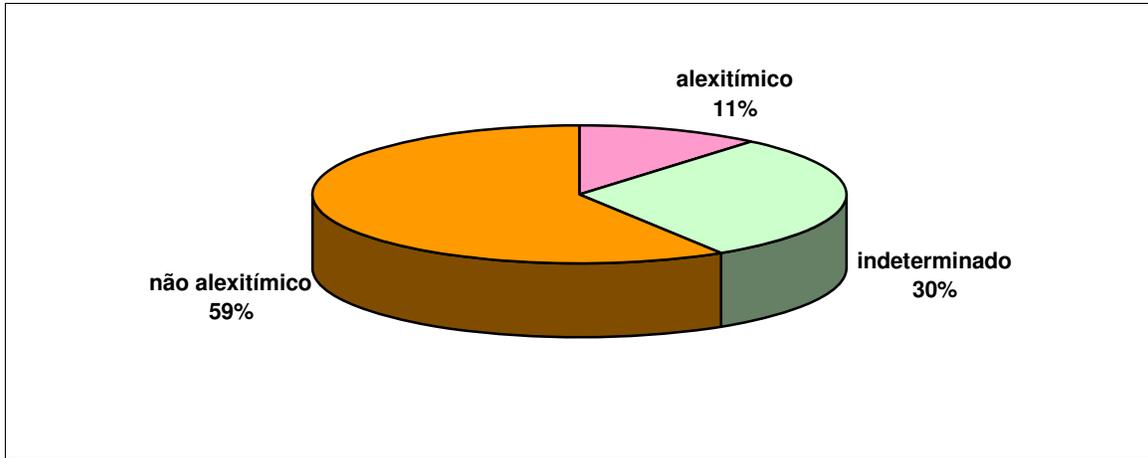


Gráfico 10- Percentual da classificação da TAS na amostra total

Considerando a amostra total houve um percentual maior de genitores masculinos classificados como não alexitímicos (59%), seguido da classificação indeterminado (30%) e da classificação alexitímicos (11%).

Tabela 7- Média (M) e desvio padrão (DP) dos quatro fatores da TAS nos grupos AS, SD e TA

Fatores da TAS	Grupo AS (N =30)		Grupo SD (N =30)		Grupo TA (N =30)		Kruskal-Wallis(p)
	M	DP	M	DP	M	DP	
1º fator	24.6	5.8	23.8	6.3	24.4	6.1	0.8158
2º fator	9.8	3.2	10.1	3.2	11.3	4.4	0.3806
3º fator	15.1	2.6	15.1	2.8	15.0	2.6	0.9118
4º fator	12.4	3.5	13.1	2.6	11.3	2.6	0.0522

Os resultados apresentados na Tabela 7 revelam que apenas houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e TA com relação ao quarto fator da TAS (p-valor **0.0522**), estabelecendo a seguinte hierarquia: SD>TA.

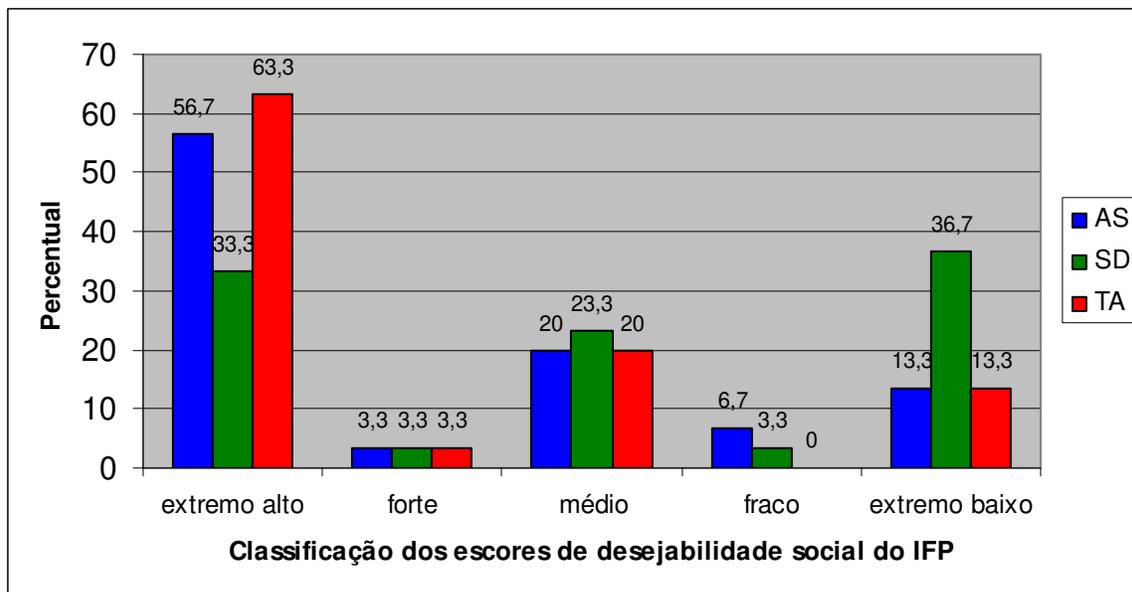
4.3- Análise descritiva e comparativa entre os três grupos de genitores masculinos do Inventário Fatorial de Personalidade (IFP)

4.3.1 – Desejabilidade social

Tabela 8- Média e desvio padrão (DP) de desejabilidade social do IFP nos grupos AS, SD e TA

Grupo	N	Média	DP	Kruskal-Wallis (p-valor)
AS	30	63.6	28.2	
SD	30	43.1	33.5	0.0068
TA	30	66.7	27.3	

Houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo SD em relação aos grupos AS e TA quanto à escala de desejabilidade social do IFP, estabelecendo a seguinte hierarquia: SD>TA e SD > AS.



Teste Fisher p-valor=0.1977. Não significativo.

Gráfico 11- Percentual do grau dos escores de desejabilidade social do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao percentual do grau da classificação dos escores na escala de desejabilidade social entre os grupos AS, SD e TA.

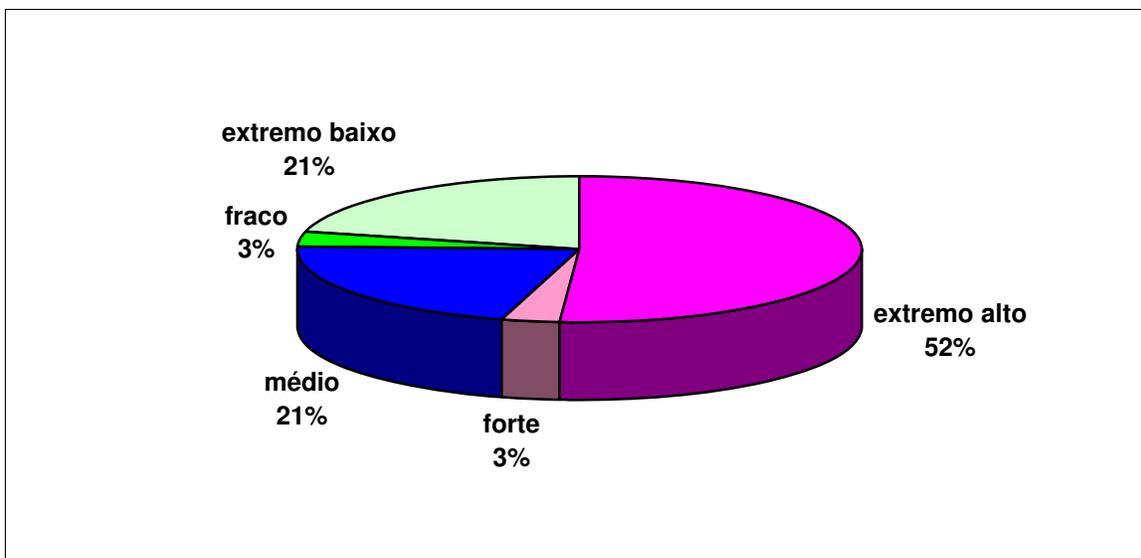


Gráfico 12- Percentual do grau dos escores de desejabilidade social do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores de desejabilidade social do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo alto > extremo baixo = normal e > forte = fraco.

Tabela 9- Média (M) e desvio padrão (DP) dos 15 fatores do IFP nos grupos AS, SD e TA

Fatores do IFP	Grupo AS (N = 30)		Grupo SD (N = 30)		Grupo TA (N = 30)		Kruskal- Wallis(p)
	M	DP	M	DP	M	DP	
Assistência	58.2	25.2	56.6	25.1	52.7	22.5	0.5313
Intracepção	48.7	24.8	42.2	26.6	36.2	23.5	0.1686
Afago	44.2	23.9	44.5	25.9	33.7	23.7	0.1600
Deferência	49.2	28.9	50.4	33.2	51.8	27.8	0.9664
Afiliação	59.2	25.6	65.7	23.8	60.3	22.9	0.4540
Dominância	46.5	28.8	48.4	33.2	44.4	29.5	0.8583
Denegação	50.2	23.2	52.1	29.6	42.7	22.7	0.3146
Desempenho	51.1	27.7	49.1	30.8	46.6	28.1	0.8732
Exibição	34.2	27.5	26.0	21.7	31.8	23.5	0.4992
Agressão	29.2	25.7	25.5	26.5	26.7	25.0	0.4807
Ordem	53.5	26.4	52.7	30.7	53.0	26.8	0.9944
Persistência	60.4	25.9	49.5	31.8	56.4	27.8	0.3972
Mudança	41.3	27.2	43.3	25.7	37.3	25.0	0.6516
Autonomia	40.7	24.4	45.2	28.1	47.5	30.2	0.6267
Heterossexualidade	35.2	22.3	34.4	27.2	40.3	26.6	0.5936

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 8 com relação à média de cada um dos 15 fatores do IFP entre os três grupos amostrais não se verificou diferença estatisticamente significativa.

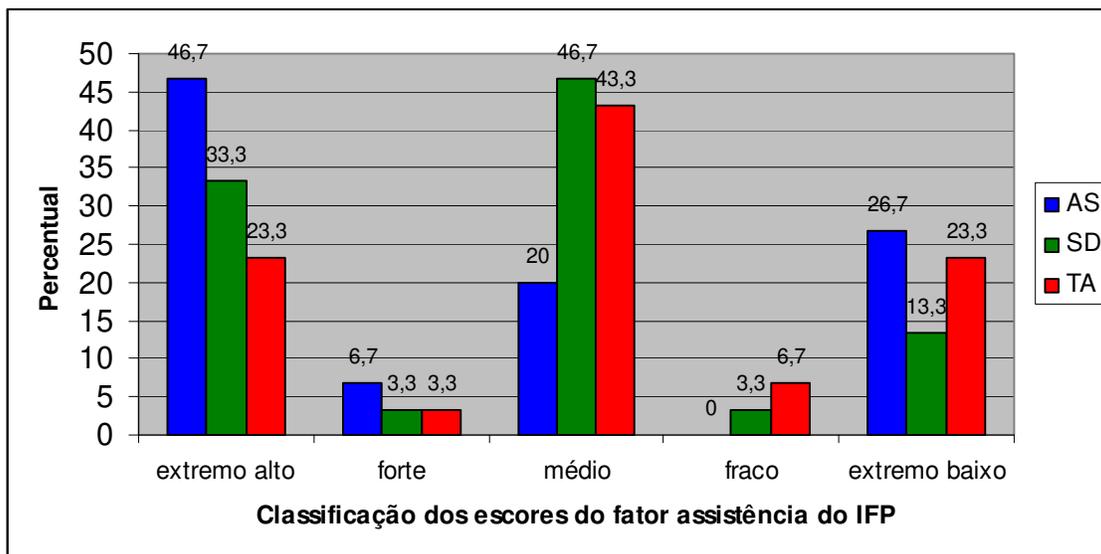
Tabela 10- Percentual da classificação do grau dos escores dos 15 fatores do IFP nos grupos AS, SD e TA

IFP Fatores	GRUPO AS N=30					GRUPO SD N=30					GRUPO TA N=30					Fisher p-valor	
	Grau	EA	FT	M	FR	EB	EA	FT	M	FR	EB	EA	FT	M	FR		EB
Desejabilidade		56.7	3.3	20	6.7	13.3	33.3	3.3	23.3	3.3	36.7	63.3	3.3	20	0.0	13.3	0.1977
Assistência		46.7	6.7	20	0.0	26.7	23.3	3.3	46.7	3.3	13.3	33.3	3.3	43.3	6.7	23.3	0.2138
Intrapeção		30	6.7	23.3	AR	40	20	3.3	26.7	AR	50	13.3	3.3	26.7	AR	56.7	0.7691
Afago		23.3	3.3	26.7	6.7	40	26.7	6.7	20	3.3	43.3	10	3.3	20	3.3	63.3	0.6636
Deferência		36.7	3.3	23.3	6.7	30	40	0.0	30	0.0	30	43.3	0.0	23.3	3.3	30	0.9294
Afiliação		50	0.0	26.7	3.3	20	50	6.7	30	3.3	10	43.3	13.3	23.3	13.3	6.7	0.3425
Dominância		30	0.0	30	0.0	40	36.7	3.3	16.7	0.0	43.3	26.7	6.7	30	3.3	33.3	0.6727
Denegação		23.3	10	33.3	3.3	30	46.7	3.3	16.7	3.3	30	16.7	3.3	36.7	10	33.3	0.2228
Desempenho		23.2	13.3	33.3	3.3	26.7	33.3	6.7	13.3	13.3	33.3	20	13.3	33.3	3.3	30	0.4523
Exibição		16.7	3.3	16.7	3.3	60	6.7	0.0	13.3	10	70	13.3	0.0	13.3	10	63.3	0.8457
Agressão		13.3	0.0	6.7	13.3	66.7	16.7	0.0	6.7	3.3	73.3	10	6.7	6.7	10	66.7	0.7591
Ordem		36.7	6.7	26.7	3.3	26.7	36.7	3.3	30	0.0	30	36.7	10	20	10	3.3	0.8094
Persistência		46.7	13.3	16.7	13.3	10	36.7	16.7	10	6.7	30	40	16.7	6.7	13.3	23.3	0.6817
Mudança		23.3	10	13.3	10	43.3	16.7	6.7	33.3	10	33.3	23.3	0.0	16.7	13.3	46.7	0.5178
Autonomia		20	3.3	33.3	10	33.3	30	3.3	20	3.3	43.3	33.3	6.7	13.3	6.7	40	0.6900
Heterossexualidade		10	6.7	26.7	6.7	50	13.3	0.0	30	3.3	53.3	20	0.0	30	3.3	46.7	0.8589

EA = extremo alto / FT = forte / M = Médio / FR = fraco / EB = extremo baixo. AR = ausência de resposta nos três grupos.

A Tabela 10 revela ausência de diferença estatisticamente significativa com relação à classificação dos graus dos escores dos 15 fatores do IFP entre os três grupos.

4.3.3- Fator assistência do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.2138. Não Significativo.

Gráfico 13- Percentual do grau dos escores do fator assistência do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto ao fator assistência do IFP.

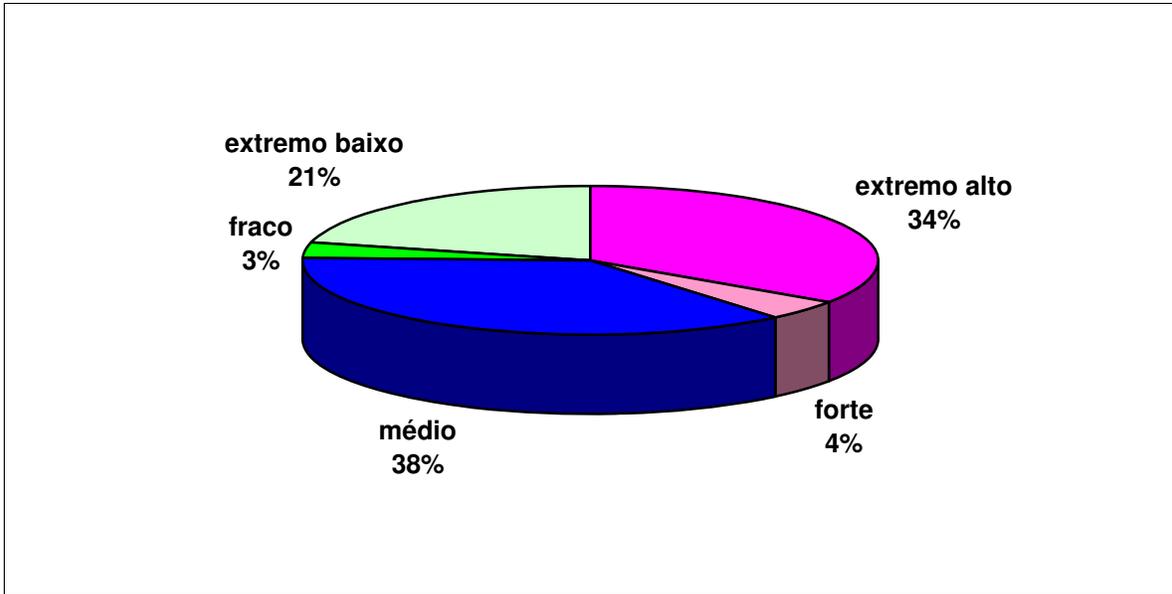
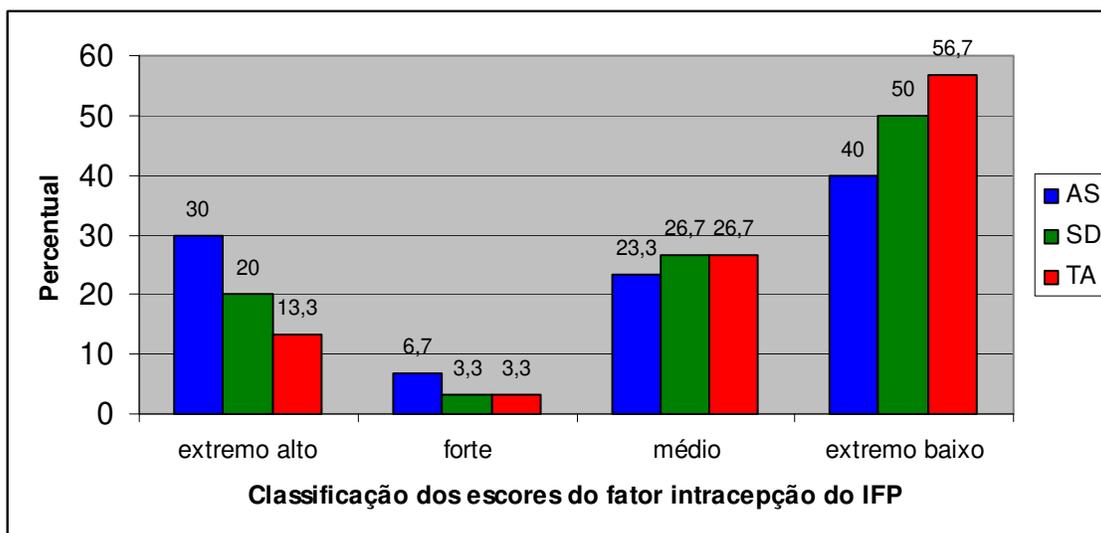


Gráfico 14- Percentual do grau dos escores do fator assistência do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do fator assistência do IFP apresentou a seguinte hierarquia: normal > extremo alto > extremo baixo > forte e > fraco.

4.3.4- Fator intraceção do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.7691. Não significativo.

Gráfico 15- Percentual do grau dos escores do fator intraceção do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto ao fator intraceção do IFP.

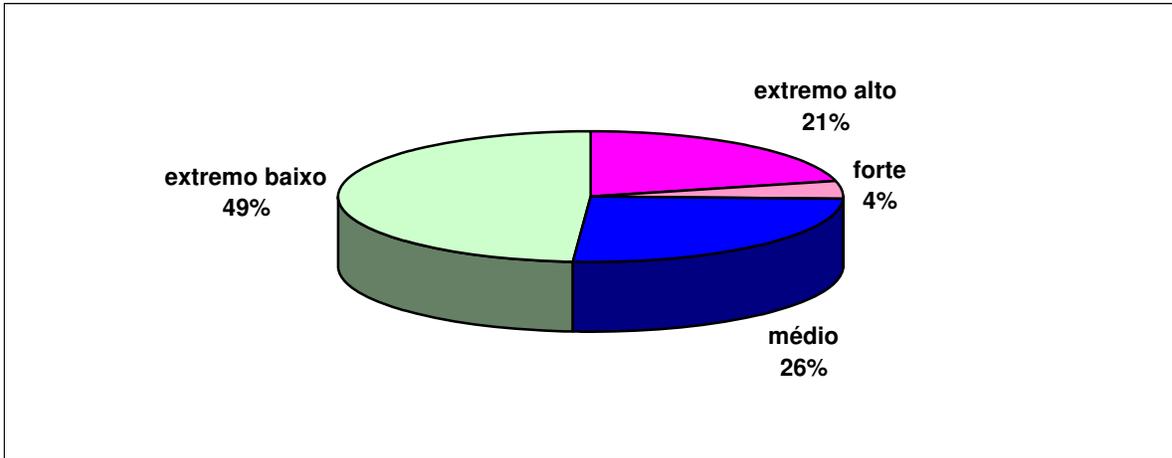
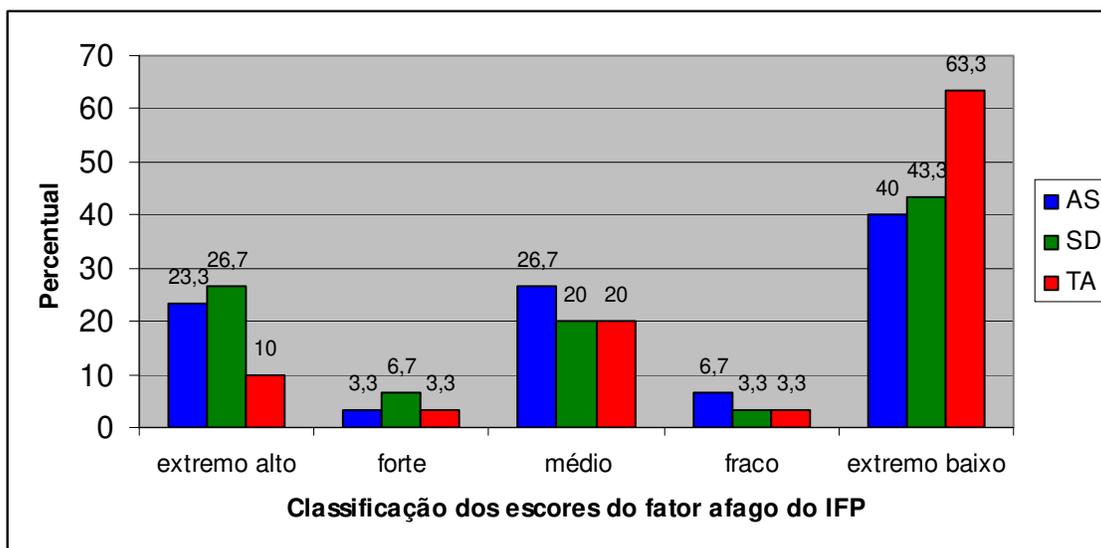


Gráfico 16- Percentual do grau dos escores do fator intraceção do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator intraceção do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo > médio > extremo baixo e > forte.

4.3.5- Fator afago do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.6636. Não significativo.

Gráfico 17- Percentual do grau do fator afago do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos no que se refere ao grau do escore do fator afago do IFP.

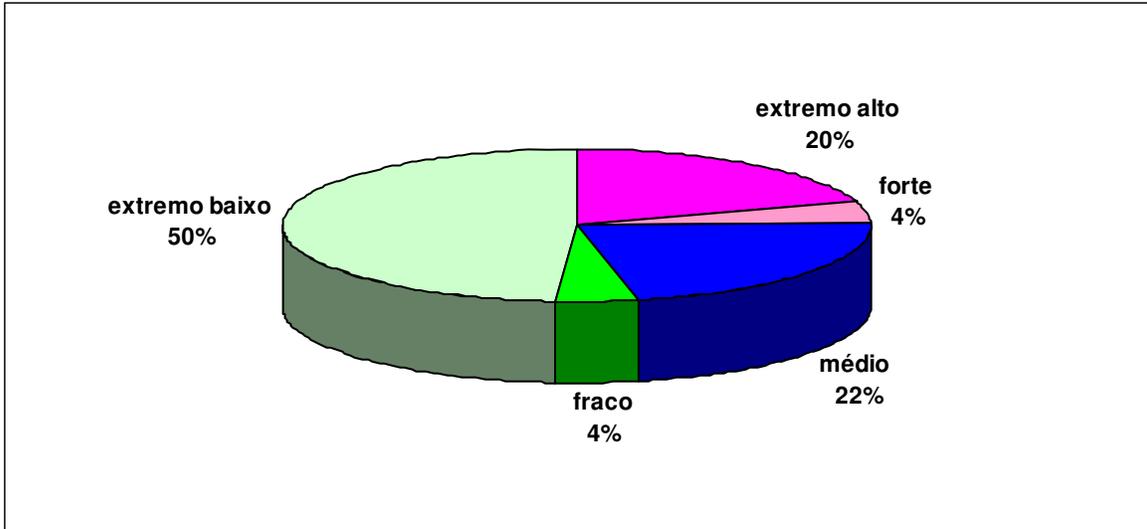
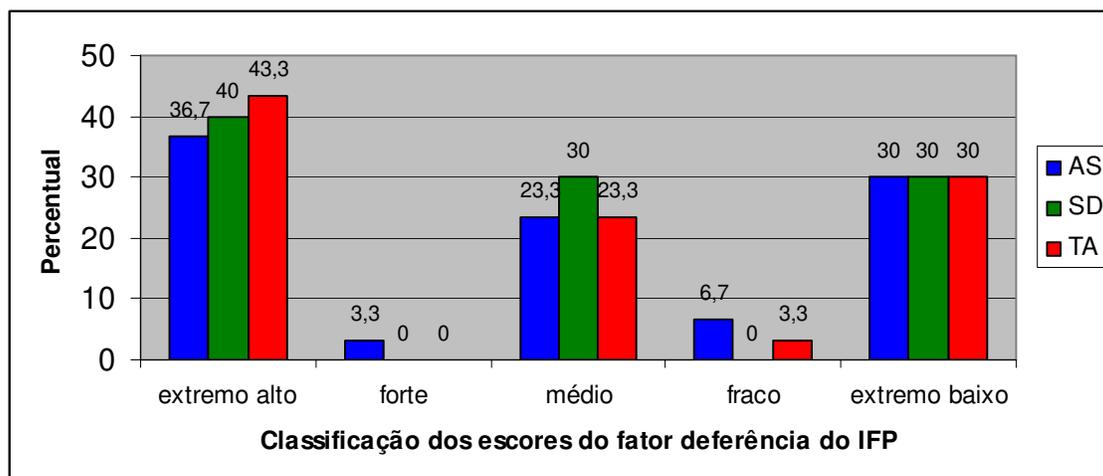


Gráfico 18- Percentual do grau dos escores do fator afago do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau de escore do fator afago do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo > médio > extremo alto > forte e fraco.

4.3.6- Fator deferência do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.9294. Não significativo.

Gráfico 19- Percentual do grau dos escores do fator deferência do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto ao grau de escore do fator deferência do IFP.

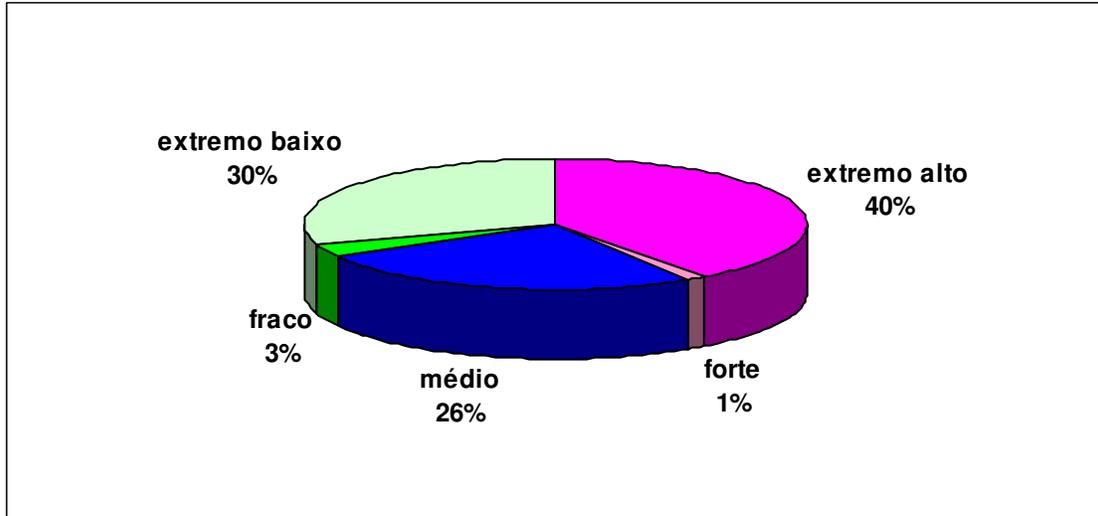
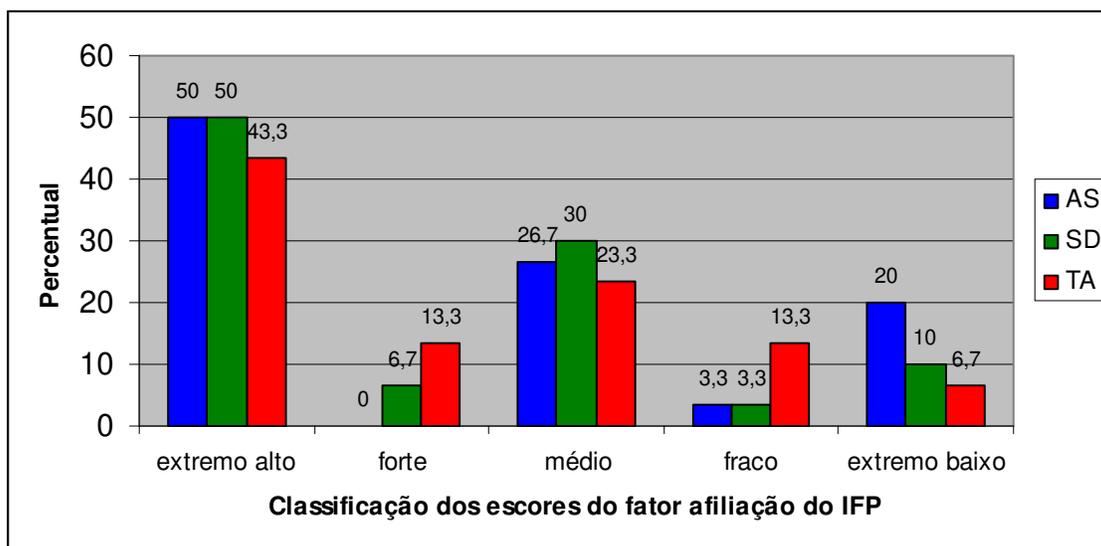


Gráfico 20- Percentual do grau de escores do fator deferência do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau do escore do fator deferência do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo alto> extremo baixo>médio>fraco e>forte.

4.3.7- Fator afiliação



Teste de Fisher: p-valor = 0.3425. Não significativo.

Gráfico 21- Percentual do grau dos escores do fator afiliação do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto a distribuição do grau de escores do fator afiliação do IFP.

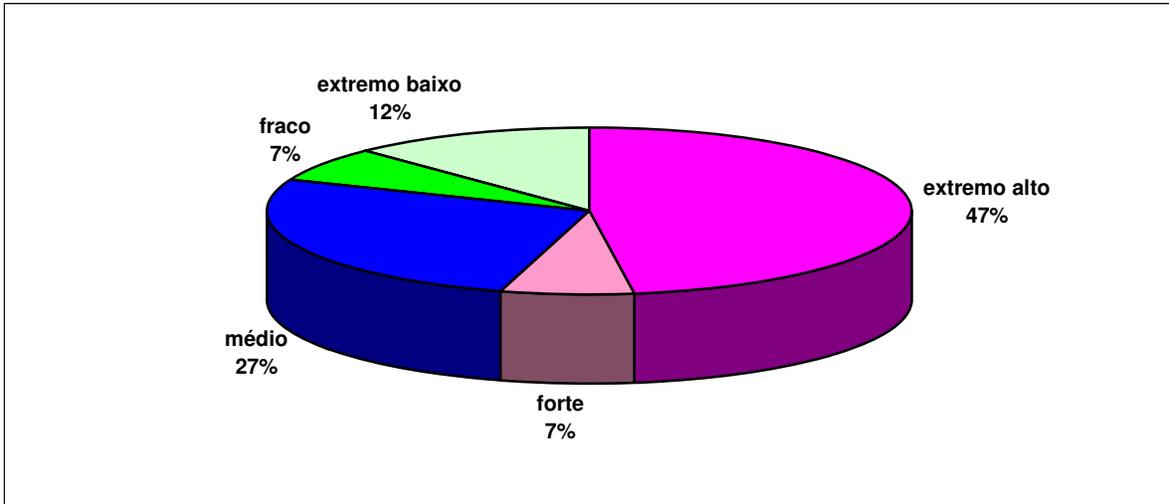
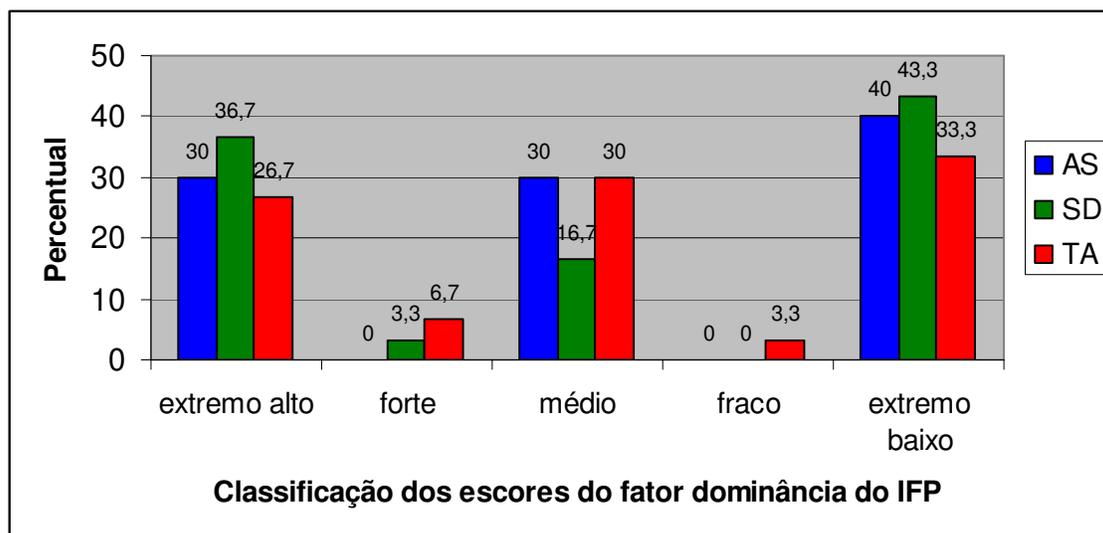


Gráfico 22- Percentual do grau dos escores do fator afiliação do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau do escore do fator afiliação do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo alto>médio>extremo baixo>forte=fraco.

4.3.8- Fator dominância do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.6727. Não Significativo

Gráfico 23- Percentual do grau dos escores do fator dominância do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto ao grau dos escores do fator dominância do IFP.

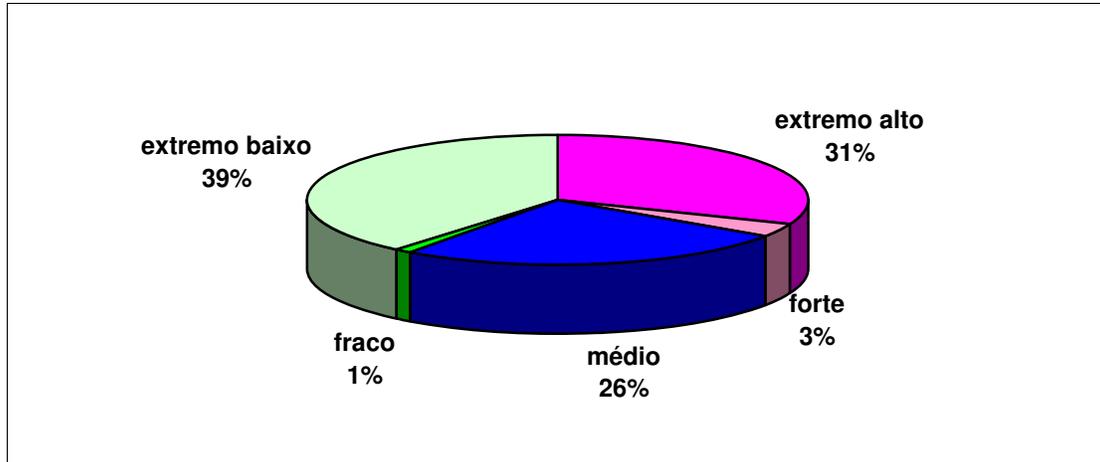
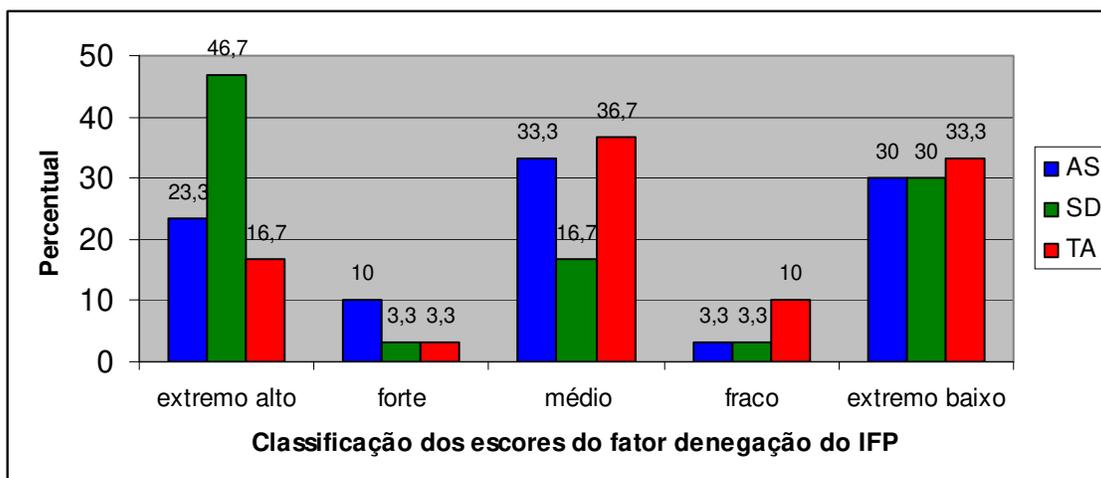


Gráfico 24- Percentual do grau dos escores do fator dominância do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator dominância do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo > extremo alto > médio > forte e > fraco.

4.3.9- Fator denegação do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.2228

Gráfico 25- Distribuição do grau dos escores do fator denegação do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto ao grau dos escores do fator denegação do IFP.

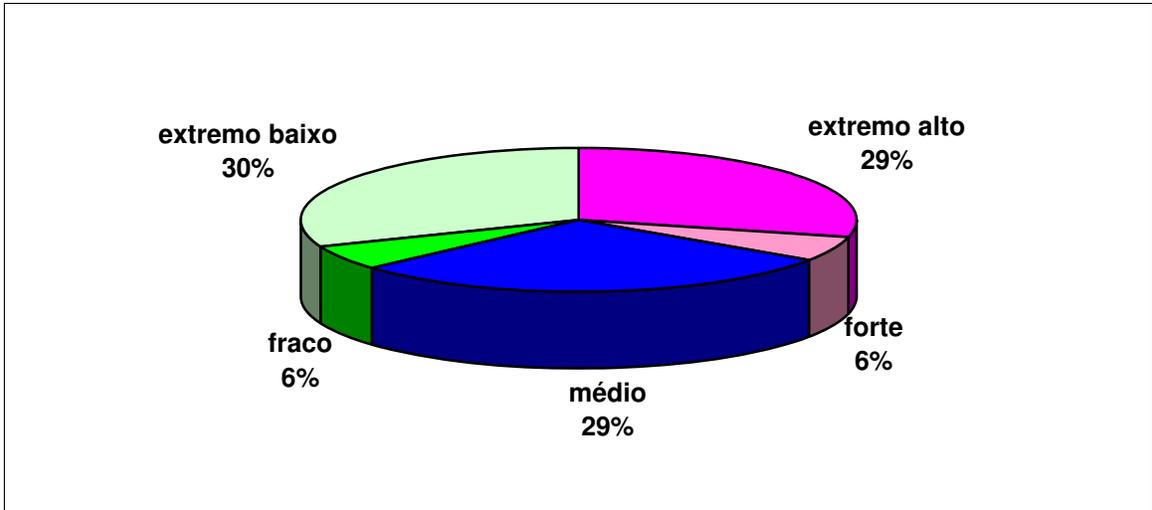
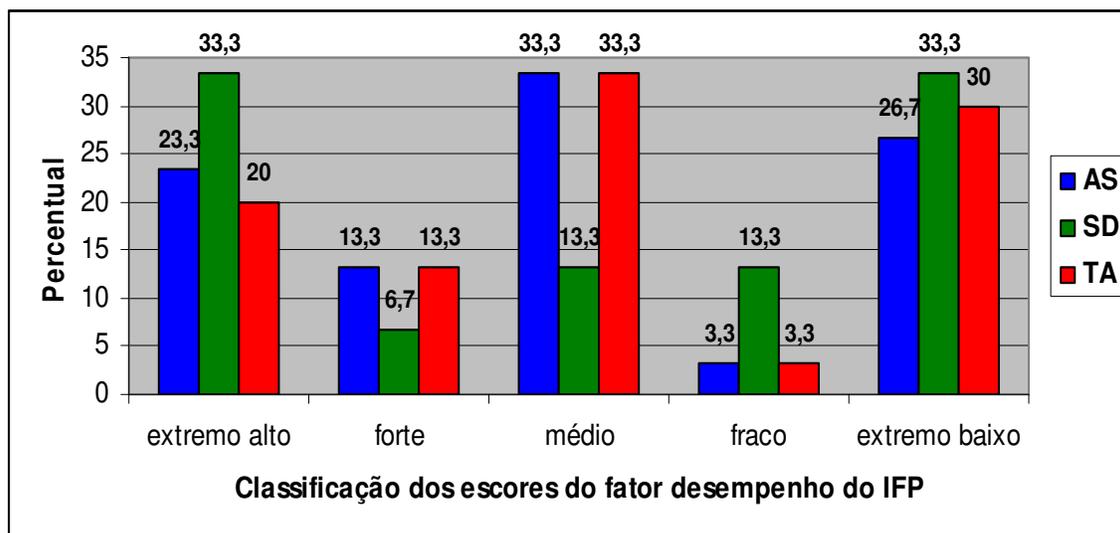


Gráfico 26- Percentual do grau dos escores do fator denegação do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do fator denegação do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo > extremo alto = médio e > forte = fraco.

4.3.10- Fator desempenho do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.4523

Gráfico 27- Percentual do grau dos escores do fator desempenho do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos no que se refere à distribuição do grau dos escores do fator desempenho do IFP.

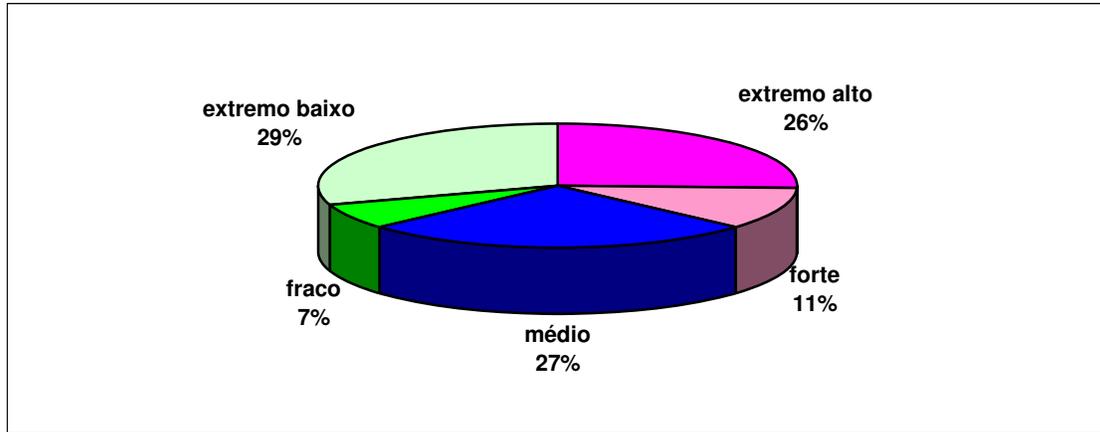
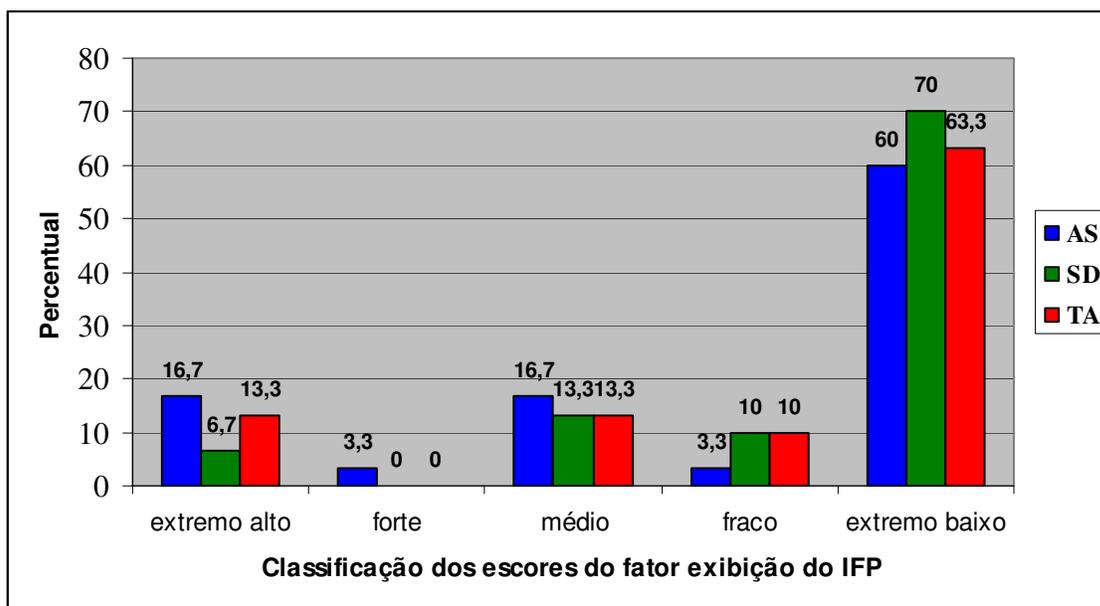


Gráfico 28- Percentual do grau dos escores do fator desempenho do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator desempenho do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo > médio > extremo alto > forte e > fraco.

4.3.11- Fator exibição do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.8457

Gráfico 29- Percentual do grau dos escores do fator exibição do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto à distribuição do grau dos escores do fator exibição do IFP.

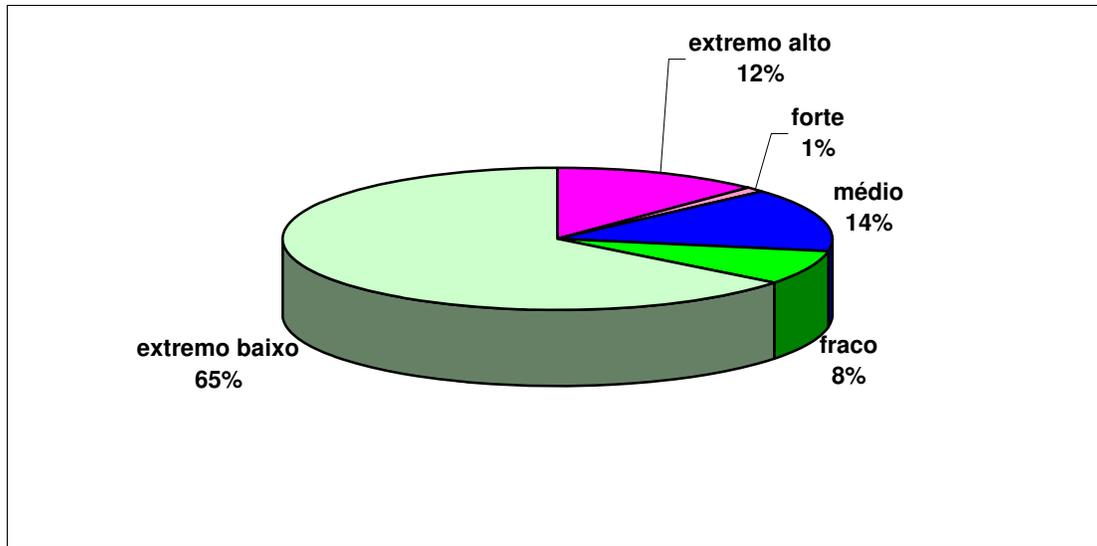
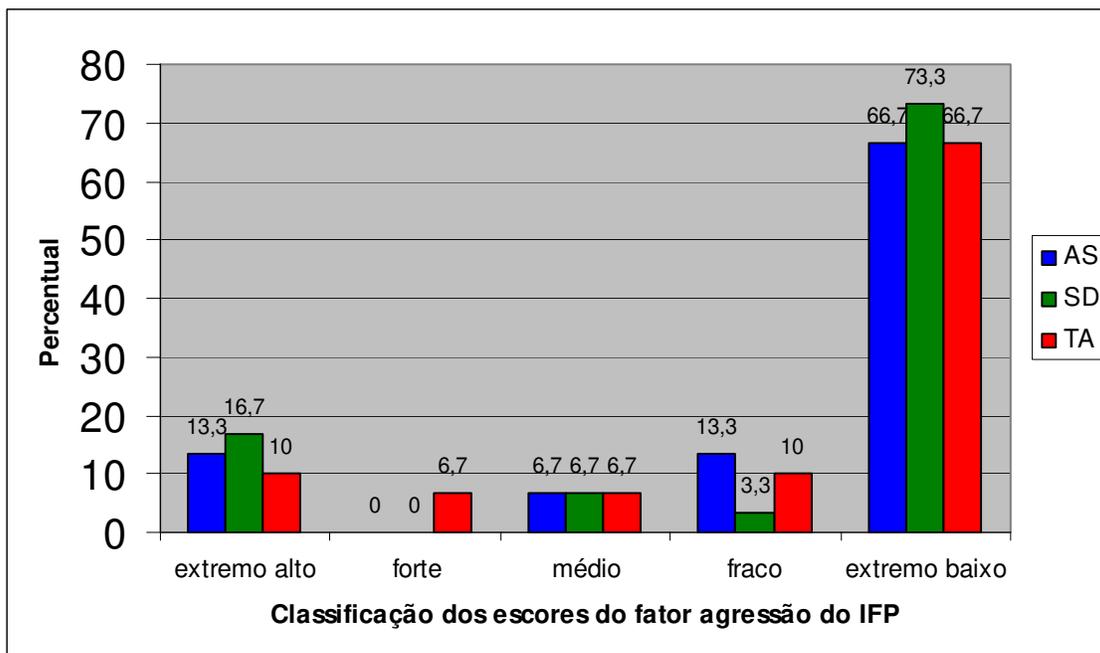


Gráfico 30- Percentual do grau dos escores do fator exibição do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator exibição do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo>médio>extremo alto>fraco e >forte.

4.3.12- Fator agressão do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 07591

Gráfico 31- Percentual do grau dos escores do fator agressão do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto à distribuição do grau dos escores do fator agressão do IFP.

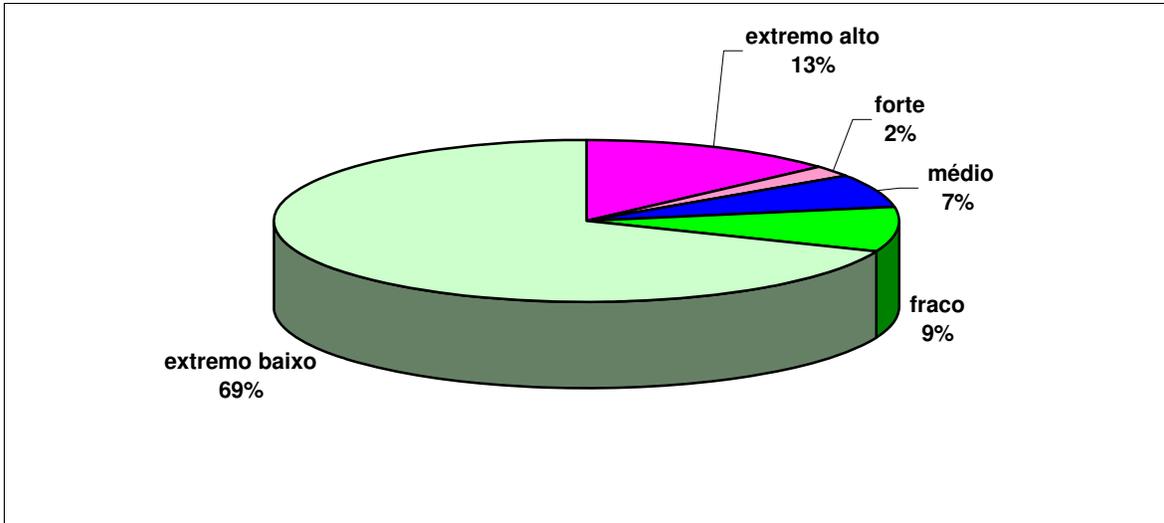
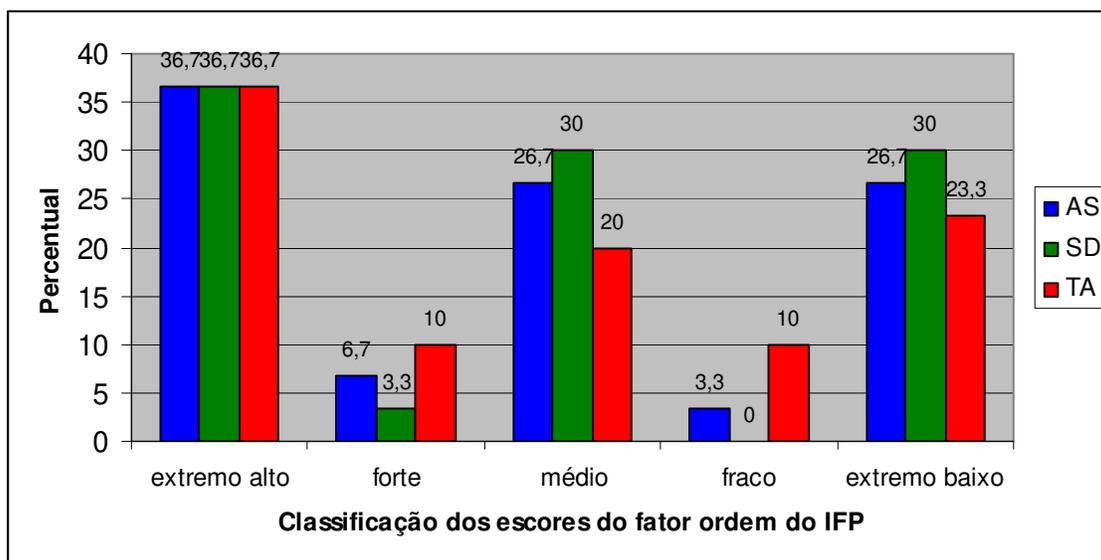


Gráfico 32- Percentual do grau dos escores do fator agressão do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator agressão do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo > extremo alto > fraco > médio e > forte.

4.3.13- Fator ordem do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.8094

Gráfico 33- Percentual do grau dos escores do fator ordem do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto à distribuição do grau dos escores do fator ordem do IFP.

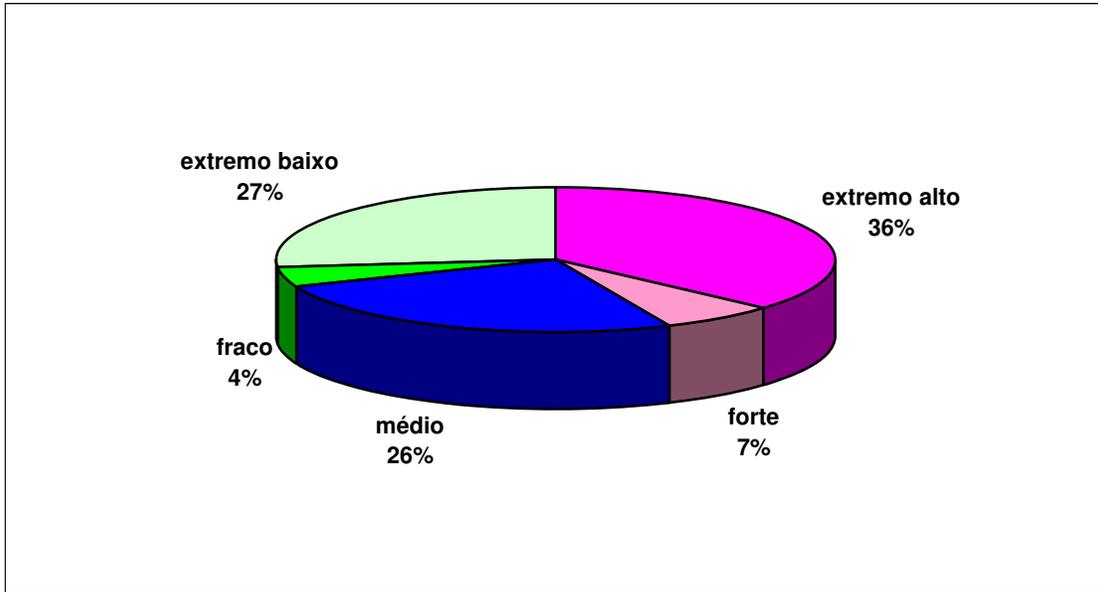
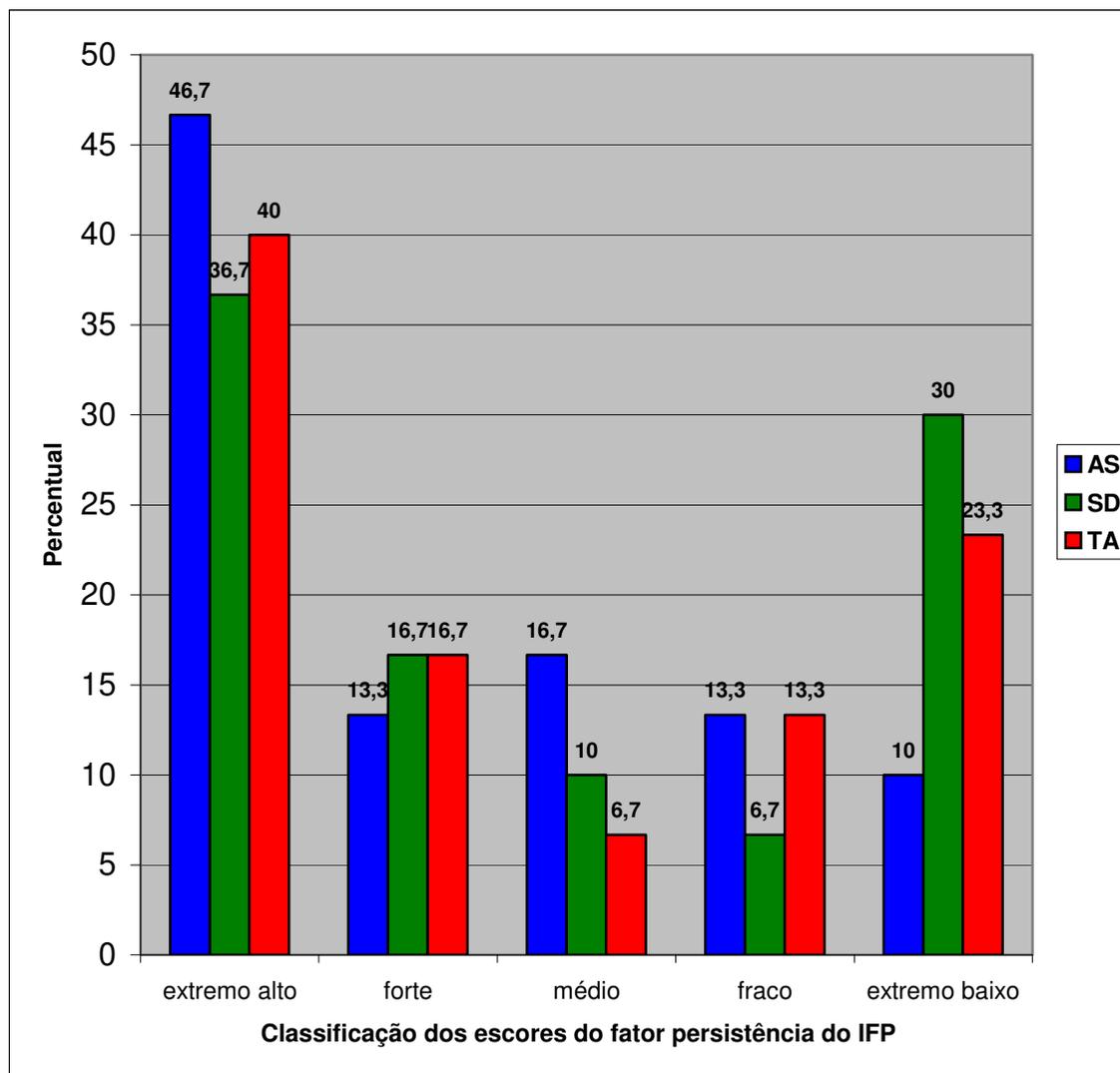


Gráfico 34- Percentual do grau dos escores do fator ordem do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator ordem do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo alto>extremo baixo>médio>forte e >fraco.

4.3.14- Fator persistência do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.6817

Gráfico 35- Percentual do grau dos escores dos escores do fator persistência do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto ao grau dos escores do fator persistência do IFP.

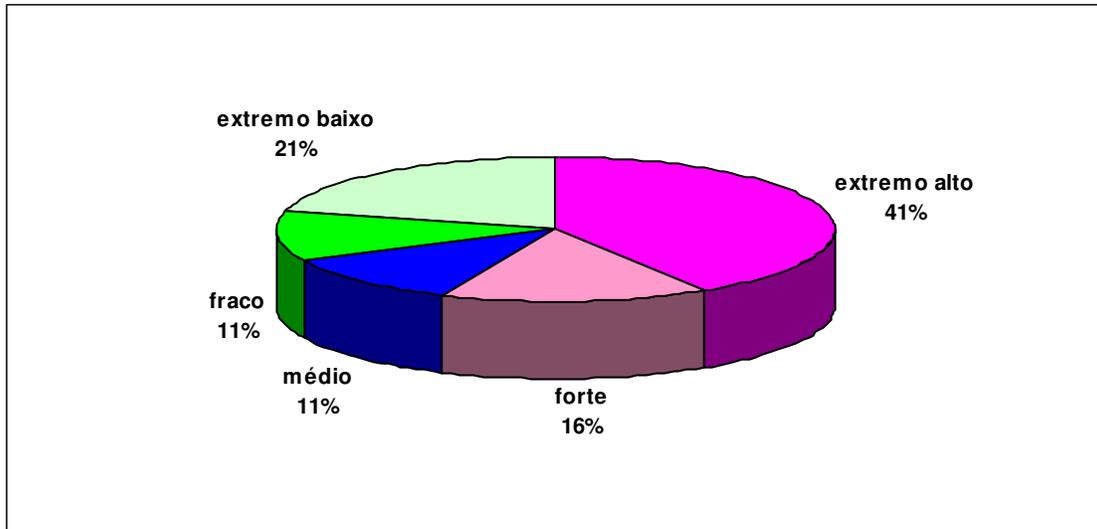
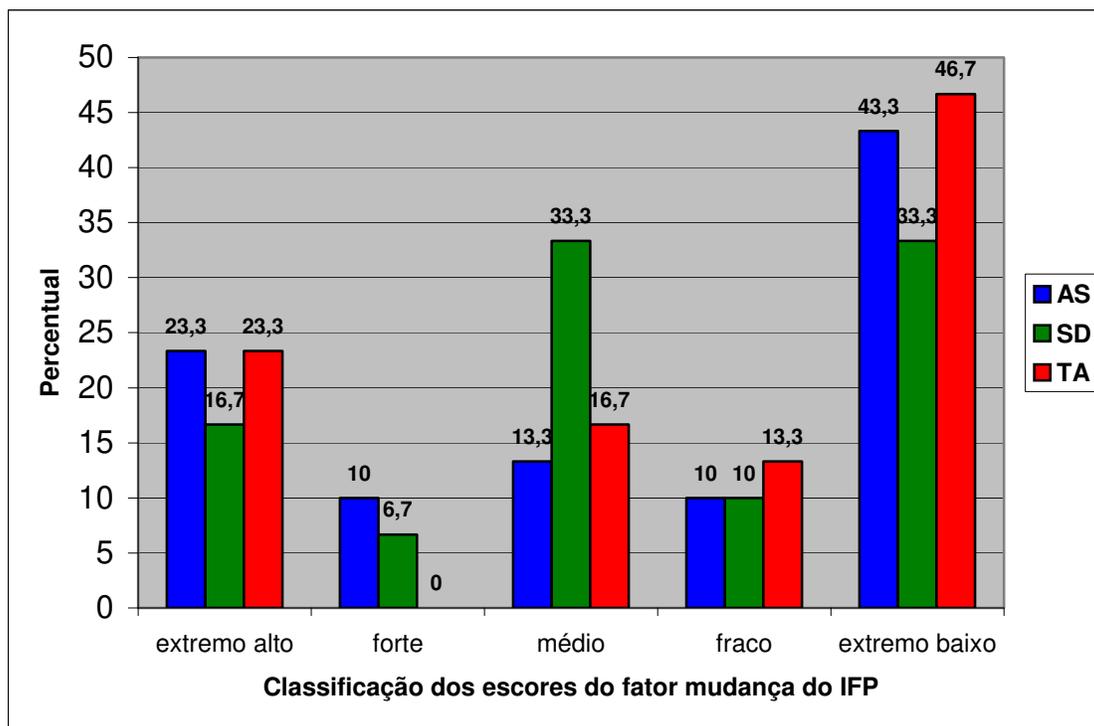


Gráfico 36- Percentual do grau dos escores do fator persistência do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator persistência do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo alto > extremo baixo > forte e > fraco = médio.

4.3.15- Fator mudança do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.5178

Gráfico 37- Percentual do grau dos escores do fator mudança do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto ao grau dos escores do fator mudança do IFP.

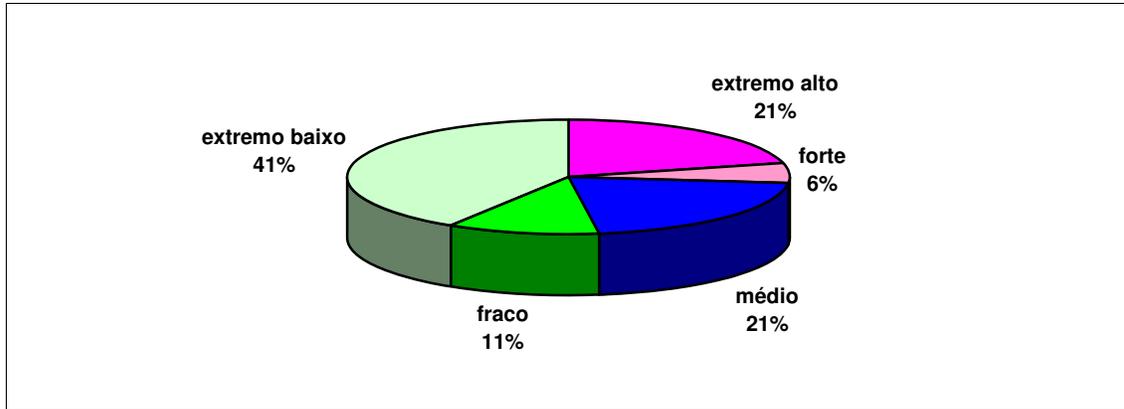
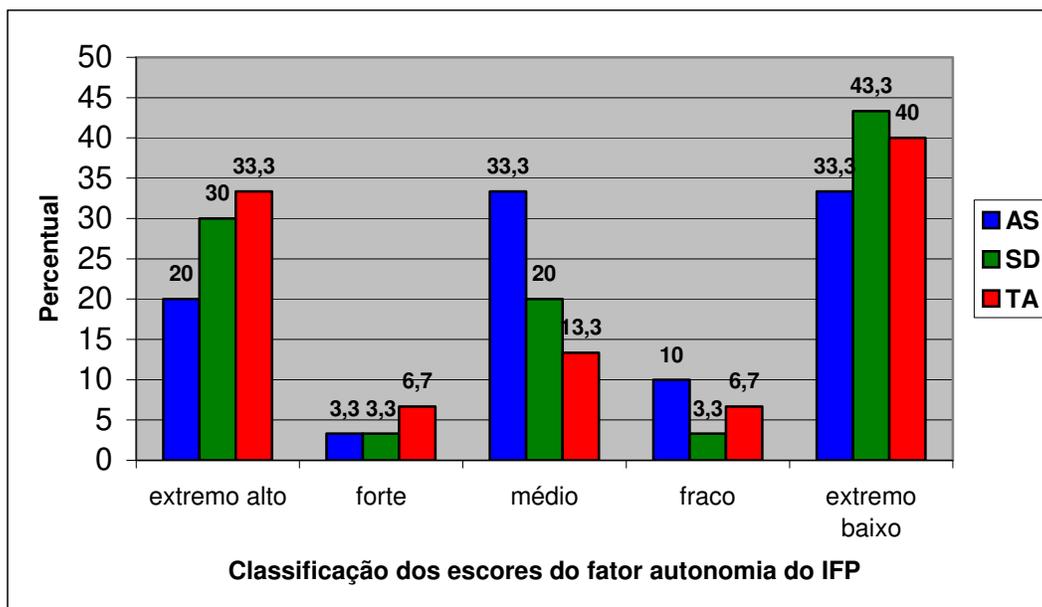


Gráfico 38- Percentual do grau dos escores do fator mudança do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator mudança do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo>extremo alto=médio>fraco e >forte.

4.3.16 – Fator autonomia do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.6900

Gráfico 39- Percentual do grau dos escores do fator autonomia do IFP nos grupos AS, SD e TA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto ao grau dos escores do fator autonomia do IFP.

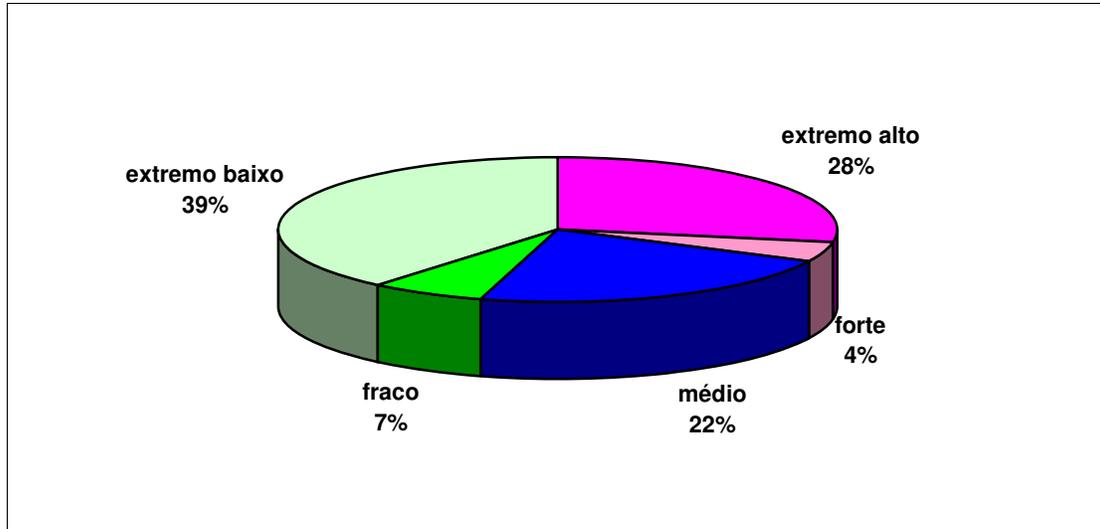
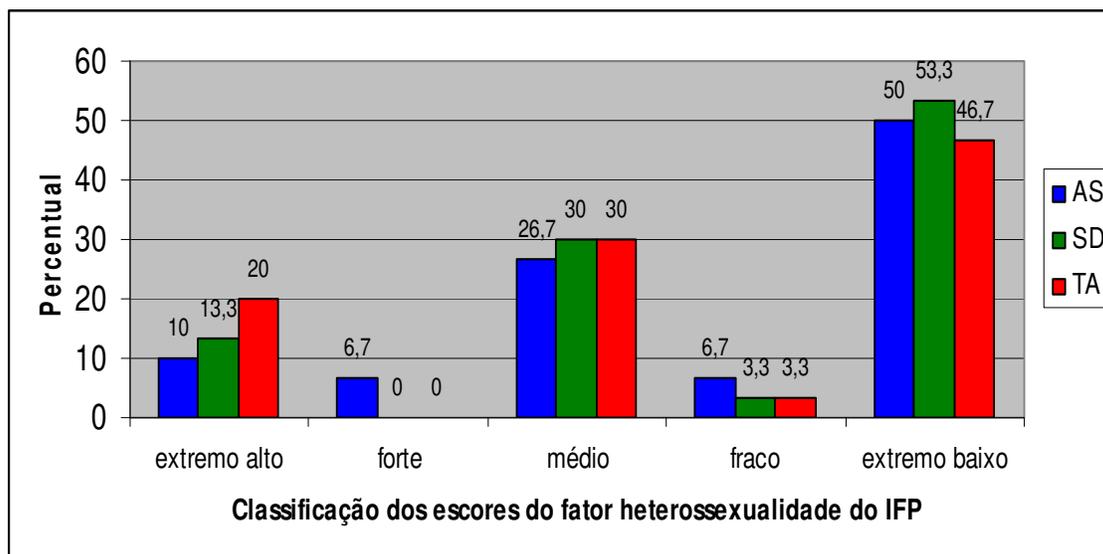


Gráfico 40- Percentual do grau dos escores do fator autonomia do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator autonomia do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo>extremo alto>médio>fraco e >fraco.

4.3.17- Fator heterossexualidade do IFP



Teste de Fisher: p-valor = 0.8589

Gráfico 41- Percentual do grau dos escores do fator heterossexualidade do IFP nos grupos AS, SD e TA.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de genitores masculinos quanto à distribuição do grau dos escores do fator heterossexualidade do IFP.

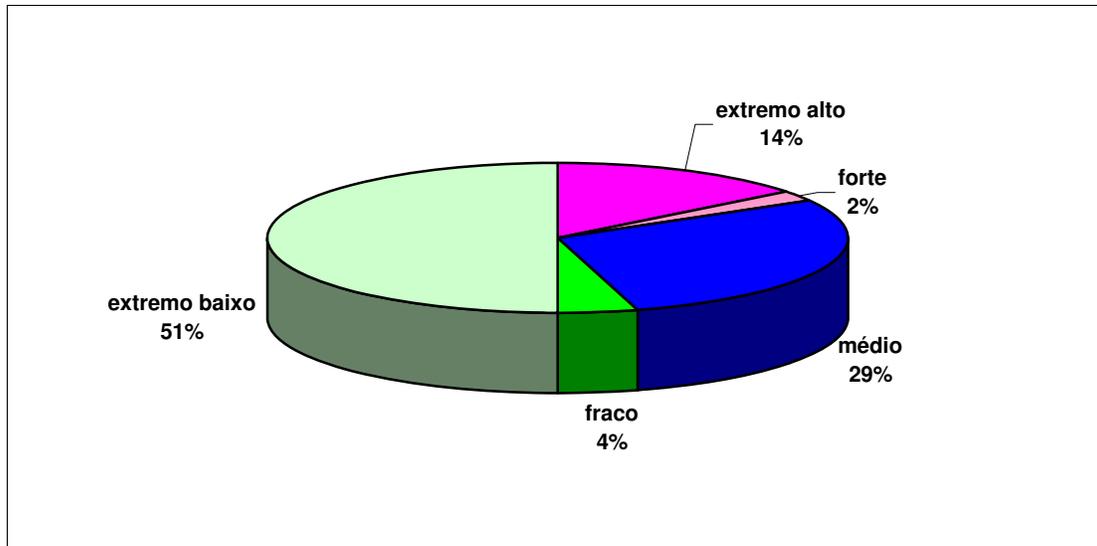


Gráfico 42- Percentual do grau de escores do fator heterossexualidade do IFP na amostra total

Considerando a amostra total o percentual do grau dos escores do fator heterossexualidade do IFP apresentou a seguinte hierarquia: extremo baixo>médio>extremo alto>fraco e>forte.

Tabela 11- Média e desvio padrão (DP) do grau dos escores bruto total do IFP nos grupos AS, SD e TA

Grau dos escores do IFP	Grupo AS (N = 30)		Grupo SD (N = 30)		Grupo TA (N = 30)		Kruskal-Wallis(p)
	M	DP	M	DP	M	DP	
Extremo alto	4.9	3.3	4.8	3.0	4.4	2.8	0.8460
Forte	0.9	1.1	0.7	0.9	0.9	0.8	0.4590
Médio	3.8	2.2	3.6	2.2	3.6	1.7	0.9204
Fraco	0.9	0.9	0.7	0.8	1.1	1.3	0.4195
Extremo baixo	5.6	3.1	6.2	2.0	6.0	3.1	0.4482

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 11 com relação à média do grau dos escores do IFP entre os três grupos amostrais não se verificou diferença estatisticamente significativa.

Tabela 12 - Percentual da classificação do grau dos escores dos fatores do IFP na amostra total (N = 90)

IFP	AMOSTRA TOTAL					
	Grau Escore	N=90 GENITORES				
Fatores		Extremo Alto	Forte	Médio	Fraco	Extremo Baixo
Desejabilidade Social		52%	3%	21%	3%	21%
Assistência		34%	4%	38%	3%	21%
Intrapeção		21%	4%	26%	AR	49%
Afago		20%	4%	22%	4%	50%
Deferência		40%	1%	26%	3%	30%
Afiliação		47%	7%	27%	7%	12%
Dominância		31%	3%	26%	1%	39%
Denegação		29%	6%	29%	6%	30%
Desempenho		26%	11%	27%	7%	29%
Exibição		12%	1%	14%	8%	65%
Agressão		13%	2%	7%	9%	69%
Ordem		36%	7%	26%	4%	27%
Persistência		41%	16%	11%	11%	21%
Mudança		21%	6%	21%	11%	41%
Autonomia		28%	4%	22%	7%	39%
Heterossexualidade		14%	2%	29%	4%	51%

*AR = ausência de resposta nos três grupos.

Tabela 13- Correlação positiva e negativa (Coeficiente de Spearman) entre o escore total e o fator F1 da TAS e os fatores do IFP nos grupos amostrais

TAS	GRUPO AS				GRUPO SD				GRUPO TA			
	Fatores IFP	(+) ρ e p-valor	Fatores IFP	(-) ρ e p-valor	Fatores IFP	(+) ρ e. p-valor	Fatores IFP	(-) ρ e p-valor	Fatores IFP	(+) ρ . e p-valor	Fatores IFP	(-) ρ . e p-valor
Escore total	ns		Intrapeção	-0.33382 0.0714	ns		Desempenho I	-0.31691 0.0879	Deferência	0.34799 0.0595	Desejabilidade social	-0.52529 0.0029
			Exibição	-0.39384 0.0313			Intrapeção	-0.44636 0.0134				
							Exibição	-0.44351 0.0141				
							Mudança	-0.36236 0.0491				
F1	Afago	0.31701 0.0878	Exibição	-0.44856 0.0129	Assistência	0.35050 0.0576	Intrapeção	-0.44068 0.0148	Exibição	0.50219 0.0047	Desejabilidade social	-0.53111 0.0025
	Denegação	0.37506 0.0411			Afiliação	0.34474 0.0621	Mudança	-0.41458 0.0227	Agressão	0.53296 0.0024	.	
									Deferência	0.42437 0.0194		

* ρ = coeficiente de Spearman/ ns = não significativo

** (+) = correlação positiva/ (-) = correlação negativa

Tabela 14- Correlação positiva e negativa (Coeficiente de Spearman) entre os fatores F2 e F3 e F4 da TAS com os do IFP nos grupos amostrais

TAS	GRUPO AS				GRUPO SD				GRUPO TA			
	Fatores IFP	(+) ρ e p--valor	Fatores IFP	(-) ρ e p--valor	Fatores IFP	(+) ρ e p--valor	Fatores IFP	(-) ρ e p--valor	Fatores IFP	(+) ρ e p--valor	Fatores IFP	(-) ρ e p--valor
F2	Ns		Intracção	-0.36476 0.0475	ns		Assistência	-0.31623 0.0887	Persistência	0.42957 0.0178	Hetero- sexualidade	-0.38944 0.0334
			Agressão	-0.33936 0.0666							Intracção	-0.36088 0.0501
											Agressão	-0.32218 0.0825
F3	Ns		Exibição	-0.31632 0.0886	ns		Intracção	-0.32970 0.0752	Ns		Persistência	-0.32781 0.0770
							Dominância	-0.49579 0.0053				
							Mudança	-0.31736 0.0875				
							Autonomia	-0.32710 0.0777				
F4	Ns		Afiliação	-0.48248 0.0069	Denegação	0.33398 0.0713	Exibição	-0.40298 0.0272	ns		Ordem	-0.48329 0.0068
							Mudança	-0.41458 0.0227				

- ρ = coeficiente de Spearman/ ns = não significativo
- ** (+) = correlação positiva/ (-) = correlação negativa

Tabela 15- Fatores do IFP que apresentaram concordância na correlação negativa do escore total, F2 e F3 da TAS entre os grupos AS, SD e TA

Grupos	Escore total	F2	F3
AS e SD	Intracção Exibição		Autonomia
AS e TA		Intracção Agressão	

5- DISCUSSÃO

Etimologicamente a palavra discutir do latim *discultere, de quatere significa* “sacudir, incomodar, abalar, comover”, o verbo significa “debater, examinar questionando” (CUNHA, 1986, p.269), portanto discutir esta pesquisa envolve retomar o foco central deste trabalho verificando as hipóteses propostas de acordo com os resultados obtidos.

Considerando a escassez de estudos envolvendo a temática paternidade e autismo, desenvolveu-se este trabalho para verificar se os genitores masculinos com filho portador de transtorno autista apresentam diferença em traços de personalidade que poderiam estar associados ao desenvolvimento do autismo do filho em relação aos genitores de crianças com síndrome de Down e de crianças assintomáticas.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados se mostraram eficientes para estudar os traços de personalidade propostos e de serem adaptados à população brasileira.

Dessa forma estruturou-se este trabalho estudando um grupo de 30 genitores masculinos com filho portador de transtorno autista (TA) tendo como controle 30 genitores com filho portador de síndrome de Down (SD) e 30 genitores com filho assintomático (AS).

Os resultados obtidos neste estudo revelaram ausência de diferença estatisticamente significativa na média obtida em cada grupo no que se refere aos dados sociobiodemográficos, indicando homogeneidade na amostra quanto à idade e posição de nascimento do filho e o mesmo se verificando ao pai quanto à idade, nível socioeconômico, escolaridade e número de filhos. Ser pai biológico, brasileiro e residir no estado de São Paulo com o filho e a genitora em união conjugal estável foram características previamente definidas como critérios de inclusão dos genitores, obtendo uma amostra com dados controlados visando diminuir as variáveis de intervenção para o objetivo da pesquisa.

O local de entrevista foi também avaliado estatisticamente, uma vez que no percurso da pesquisa constatou-se uma predominância significativa de entrevistas realizadas na residência, que também revela a necessidade de modificação das estratégias de intervenção para aproximação desses genitores masculinos, que, por trabalhar, têm dificuldade em comparecer as reuniões nas instituições.

Com relação ao tempo de união conjugal, verificou-se que os genitores de SD apresentavam uma média de tempo maior dos que os de AS, provavelmente associados com a idade da esposa, uma vez que a idade materna representa o principal fator de risco relacionado com a incidência de SD (HOOK, 1992), que também passou a ser alvo de estudos no campo do autismo já que alguns autores o relacionam também como fator de risco para o autismo TSAY e STEWART, 1983; GILLBERG, 1980; CROEN et al., 2002.

Quanto ao sexo do filho ser definido como masculino como critério de inclusão foi em função da predominância de autismo maior neste sexo (DSM-IV-R™, 2003) e também devido a pesquisas que indicam uma preponderância de o genitor ser mais afeiçoado e com maior interação nos cuidados e nas brincadeiras com o filho do que com a filha (SPELKE et al., 1973; WEINRAUB e FRANKEL, 1977) diminuindo as variáveis que pudessem interferir para se verificar a expressão de afeto nesta relação.

O número de filhos e a posição de nascimento do filho foram critérios de inclusão a serem estudados no autismo, uma vez que ao gerarem outros filhos assintomáticos salienta uma tendência do envolvimento de aspectos biológicos; uma vez que, o mesmo genitor e genitora não geraram outros filhos com diagnóstico de transtorno autista. A posição de nascimento foi predominante de primeiro filho nos três grupos, porém ocorreram nos grupos TA e SD até como quarto filho, revelando que o nascimento de crianças com autismo e mesmo com síndrome de Down pode ocorrer antes ou depois dos pais terem filhos assintomáticos e também a predominância de filho com autismo na primeira gravidez (KAGAN, 1981).

A distribuição do nível socioeconômico e da escolaridade dos genitores não mostrou diferença significativa entre os três grupos, indicando que nesta amostra não existe uma característica determinante na relação parental que contribua para o desenvolvimento do autismo em seus filhos ou mesmo da síndrome de Down.

O grupo de genitores com filho portador de síndrome de Down foi incluído como grupo comparativo por se tratar de uma doença de etiologia genética definida e por se tratar de uma doença crônica como no autismo, pois estudos indicam que o genitor se

envolve mais nos cuidados com os filhos com problemas de saúde dos que com filhos saudáveis (JONES e LENZ, 1986; BROWN et al., 1991).

Embora inicialmente alguns trabalhos associem genitores de crianças com autismo como sendo pouco afetivos (KANNER, 1943,1949) e BETTELHEIM (1967), os resultados obtidos nesta pesquisa revelaram que a média obtida em cada grupo de genitores masculinos foi predominantemente de não alexitímicos. Os genitores em sua maioria não apresentam dificuldade em identificar e descrever sentimentos pessoais, distinguir sentimentos de sensações corporais, fantasiarem, focalizar experiências internas e em comunicar os sentimentos a outras pessoas, diferindo dos dados encontrados em pesquisa realizada com população brasileira (SPROVIERE, 1998), em que pais e mães se mostraram alexitímicos.

Com relação à hipótese **H₁**, os resultados da presente pesquisa envolvendo genitores de filho com transtorno autista não demonstraram em sua maioria dificuldade de expressão verbal de afeto, não diferindo dos outros grupos de genitores. Verificação esta que coaduna com os resultados obtidos em trabalhos com pais americanos em que não diferiam com relação aos cuidados com o filho (CANTWELL, 1979; DEMYER et al., 1981, KOEGEL 1983).

Considerando o número total de genitores brasileiros da amostra estudada (N=90), independentemente de terem filho com transtorno autista, síndrome de Down ou assintomático, constatou-se que, em sua maioria (59%), os genitores caracterizavam-se por serem não alexitímicos, indicando também que predominantemente o gênero masculino apresentou expressão verbal de afeto, sendo a influência do fator cultural de relevância, embora a classe social e a nacionalidade não se mostraram fatores estatisticamente diferentes (ROSA e LAPOINTE, 2004).

No que se refere à Tabela 7, verificou-se que quanto ao F4, o grupo TA de genitores demonstrou expressar seus sentimentos e emoções com maior facilidade que o grupo de genitores SD, o que não se verificou quanto ao grupo AS, em que os pais do grupo TA expressaram seus sentimentos igualmente aos pais de crianças assintomáticas.

Com relação ao Inventário Fatorial de Personalidade verificou-se diferença estatisticamente significativa apenas quanto à escala desejabilidade social (Tabela 8), em que o grupo SD se mostrou menos preocupado em responder ao teste segundo as expectativas dos outros, em comparação aos grupos TA e AS.

Os três grupos estudados quando comparados em relação aos 15 fatores do IFP (Tabela 9) não apresentaram diferença estatisticamente significativa, ou seja, apresentam igualmente um perfil de personalidade com relação à assistência, intracepção, afago, deferência, afiliação, dominância, denegação, desempenho, exibição, agressão, ordem, persistência, mudança, autonomia e heterossexualidade.

Com relação aos resultados obtidos do IFP segundo a análise do perfil de personalidade desses grupos de genitores que se expressam sobremaneira por meio do percentual do grau das respostas dos fatores (Tabela 12) que foram classificados em escores: extremo alto (EA) e extremo baixo (EB), revelaram as características mais salientes dos genitores entre os grupos (PASQUALI et al., 1977).

Os resultados da análise estatística não demonstraram diferença significativa do percentual da classificação do grau dos escores dos fatores do IFP entre os três grupos amostrais, porém foram analisados os fatores que apresentaram um maior ou menor percentual de respostas dentro do grupo, propiciando um indicativo de predominância entre os três grupos.

Considerando a análise do grau das respostas da Tabela 12 os grupos TA e AS revelaram maior percentual de respostas EA, quanto à desejabilidade social quando comparado ao grupo SD e o grupo AS também com relação à assistência, em que apresentaram elevado desejos e sentimentos de piedade, compaixão, ternura, de apoio emocional e consolo em situações de infortúnio para com sujeitos indefesos.

Com relação à intracepção os três grupos apresentaram maior percentual de respostas EB, significando que predominantemente não se deixaram dominar pela fantasia, imaginação, intuição, sensação, idealização, individualismo e pela paixão. Em relação ao fator afago o mesmo foi verificado; isto é, nos três grupos de genitores masculinos se

mostraram predominantemente seguros, não esperando que seus desejos e necessidades como proteção, apoio, amor e consolo fossem satisfeitos por outras pessoas.

Quanto à deferência houve respostas em predominância para EA nos três grupos, caracterizando pessoas que expressam respeito, admiração e reverência a superiores. No que se refere à afiliação, ou seja, gostar de dar e receber afeto, de se apegar, ser leal aos amigos e de apresentarem boa vontade e amor ao outro se evidenciou uma característica saliente para EA nos três grupos, diferindo do enunciado inicialmente em 1943. (KANNER, 1943). Estes resultados que também se encontram em concordância com os dados obtidos da TAS (em que a expressão verbal de afeto também foi predominante nos três grupos), sendo assim, os genitores masculinos brasileiros da presente amostra, na qual insere o grupo com filhos portadores de transtorno autista, expressaram afeto não apenas verbalmente, embora não podemos deixar de considerar os fatores transculturais envolvidos; uma vez que a amostra do estudo de Kanner como exemplo era de pais residentes nos EUA e em outro contexto sociohistóricocultural (ROSA e LAPOINTE, 2004).

Os três grupos apresentaram maior percentual para respostas EB quanto à dominância, ou seja, se caracterizam predominantemente por baixa expressão de sentimentos de autoconfiança e pouco desejo em controlar os outros por meio de sugestão, sedução, persuasão ou comando. Quanto à denegação, o grupo SD apresenta o maior percentual de respostas EA, se caracteriza por ser predominantemente passivo, submisso, com desejo de autodestruição, que aceita desaforos, culpa e castigo sem resignação.

No que se refere ao desempenho no grupo SD predominaram igualmente o EA e EB no que se refere a gostarem de ser independentes, de se empenhar e se sobressair, vencer obstáculos e de serem ambiciosos. Quanto ao grupo TA houve predominância de respostas dentro da média (33.3), seguido de EB (30), demonstrando o predomínio da característica de ambição dentro da média esperada e seguidamente com maior tendência para serem pouco ambiciosos.

Quanto às características exibição (desejo de impressionar, ser vaidoso, ouvido, de dramatizar, fascinar e entreter pessoas) e agressão (gostam de lutar, brigar, censurar e fazer oposição aos outros) se mostraram com predominância EB nos três grupos, sendo

características pouco salientes, demonstrando serem pais com pouco interesse em impressionar os outros e demonstrando também não estarem envolvidos em situações de confronto ou agressão ao outro.

No que se refere à característica de serem organizados, de manter limpeza, ordem e precisão (ordem) os três grupos apresentaram predominantemente respostas EA, sendo características intensificadas na seguinte seqüência nos grupos TA>AS>SD, salientando-se o grupo de genitor com filho portador de transtorno autista.

Com relação à característica persistência (que buscam concluir o trabalho iniciado por mais difícil que seja, determinação, que se tornam obcecados pelo resultado final, que acabam esquecendo o tempo e o repouso necessários), apresentaram predominantemente respostas EA, sendo esta característica intensificada na seguinte seqüência nos grupos (AS>TA>SD).

Quanto à característica mudança (expressam desejo de obter coisas novas, mudar de hábitos, lugares, comidas e coisas em geral) os três grupos apresentaram EB, demonstrando que preferem situações de constância em sua vida, somando-se também para o fato de se encontrarem ainda em uma situação conjugal estável.

Com relação à autonomia (expressam desejo de sair do confinamento, de liberdade e independência) houve predominância de EB para os grupos SD e TA e para o grupo AS houve predominância igualmente para resultados dentro da média esperada e EB, ou seja, os genitores com filhos portadores de síndrome de Down e assintomáticos apresentam em sua maioria menos desejo de se sentirem livres, que o vai de encontro com o desejo de situações de constância em suas vidas como visto anteriormente, que também ocorre em menos intensidade no grupo AS.

Podemos associar a presença destas características de pouca autonomia e mudança principalmente nos grupos SD e TA, uma vez que mantêm uma relação conjugal estável e ao fato de possuírem filhos com síndrome de Down e com transtorno autista gerarem nos pais um compromisso maior com os cuidados com o filho que sabem que são crianças dependentes de sua pessoa e presença durante toda a vida.

Quanto à heterossexualidade (expressão do desejo de manter relações românticas e sexuais com indivíduos do sexo oposto), os três grupos apresentaram respostas predominantemente EB, sendo características pouco expressas, em que pode ser interpretado que como apresentam uma relação conjugal estável este desejo se encontra contemplado. Outra forma de pensar seria que devido ao stress da sociedade atual e principalmente nas famílias com filho com autismo e seguido de síndrome de Down em que estudos apontam ser um fator acentuado em função da alta dedicação aos filhos (MARCUS, 1987) contribuindo por outro lado com a diminuição do desejo sexual.

Com relação ao grupo AS, os genitores apresentaram maior percentual de respostas com alta intensidade com relação às características desejabilidade social, assistência, deferência, afiliação, ordem e persistência; enquanto o grupo SD com relação à deferência afiliação, denegação, ordem e persistência e o grupo TA quanto à desejabilidade social, deferência, afiliação, ordem e persistência.

Os resultados da presente pesquisa, independentemente do grupo amostral, revelaram em comum um perfil de personalidade com respostas de alto grau que intensificam as características: afiliação, deferência, ordem e persistência, ou seja, os genitores masculinos revelaram muito desejo de dar e receber afeto, de apego e lealdade, boa vontade e amor ao outro, gostam de elogiar, admirar, imitar e em obedecer a superiores e revelam ser organizados, valorizando a limpeza, a ordem, o equilíbrio e a precisão. O grupo AS apresentou a característica assistência de forma intensificada e o grupo SD a característica denegação.

De forma oposta os três grupos revelaram maior percentual de respostas de baixo grau para as características intracepção, afago, dominância, exibição, agressão, mudança, autonomia e heterossexualidade, sendo assim, se mostram no geral pouco egocêntricos, seguros, com pouco desejo de dominar e agredir pessoas, não gostando de muita mudança, baixa autonomia e fascinação por sexo e assuntos relacionados ao sexo.

De uma forma geral os três grupos de genitores estudados revelaram um perfil de personalidade que analisadas por meio do IFP apresentaram maior percentual de respostas ao extremo, ou seja; ou altamente salientes (EA) ou pouco salientes (EB) para cada fator.

A correlação entre o escore bruto total dos quatro fatores da TAS com os 15 fatores do IFP entre os três grupos (Tabelas 13 e 14) revelaram alguns traços de personalidade de relação mútua entre os grupos de genitores pesquisados.

O grupo **AS** de genitores demonstrou que quanto maior o escore bruto total menos intracepção e exibição apresentam. O grupo revelou também que quanto maior a dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais (F1) mais se caracterizam por serem passivos, submissos, com desejo de autodestruição, que aceitam desaforos, culpa e castigo sem resignação (denegação), inseguros, esperando que seus desejos e necessidades como proteção, apoio, amor e consolo sejam satisfeitos por outras pessoas (afago). De modo inverso menos apresentam o desejo de impressionar, serem vistos, ouvidos, de dramatizar, fascinar e entreter pessoas (exibição).

Com relação à característica dificuldade de fantasiar (F2) quanto mais acentuada no grupo AS, de forma inversa, menos esses genitores se deixam dominar pela procura da felicidade, fantasia, imaginação, pelo intuitivo, sensitivo, idealismo, individualismo e paixão (intracepção); e também menos gostam de lutar, brigar, censurar e fazer oposição aos outros (agressão). Quanto mais alta a preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas (F3) menos apresentam o desejo de impressionar, serem vistos, ouvidos, de dramatizar, fascinar, chocar e entreter pessoas (exibição).

Quanto mais alta a dificuldade para comunicar os sentimentos a outras pessoas (F4), menos o grupo AS possui desejo de dar e receber afeto, de se apegar e ser leal aos amigos e de apresentar boa vontade e amor ao outro (afiliação).

O grupo de genitores **SD** demonstrou que quanto maior a dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais (F1), mais se caracterizam por apresentar grandes desejos e sentimentos de piedade, compaixão, ternura, dando suporte emocional e consolo em situações de infortúnio para sujeitos indefesos (assistência) e também expressam desejo de dar e receber afeto, confiança, boa vontade, amor e gostam de se apegar aos amigos (afiliação). De forma inversa, menos se caracterizam por expressar desejo de obter coisas novas, mudar de hábitos, lugares,

comidas e coisas em geral (mudança) e também menos se caracterizam como idealistas, egocêntricos, individualistas, calorosos e apaixonados, pouco práticos, e que procuram a felicidade pela fantasia e imaginação, ou seja, com o predomínio da vida interior (intracepção).

Os genitores do grupo SD mostraram que quanto maior a dificuldade de fantasiar (F2), menos se caracterizam por apresentar grandes desejos e sentimentos de piedade, compaixão, ternura e de dar suporte emocional e consolo em situações de infortúnio para com pessoas indefesas (assistência).

Quanto mais alta a preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas (F3), mais apresentam o desejo de impressionar, serem vistos ouvidos, de dramatizar, fascinar, chocar e entreter pessoas (exibição) e de forma inversa menos se caracterizam por expressar desejo de obter coisas novas, mudar de hábitos, lugares, comidas e coisas em geral (mudança); menos se caracterizam como idealistas, egocêntricos, individualistas, calorosos e apaixonados, pouco práticos, e que procuram a felicidade pela fantasia e imaginação, ou seja, com o predomínio da vida interior (intracepção); menos expressam desejo de sair do confinamento, de liberdade e independência (autonomia) e menos expressam sentimentos de autoconfiança e desejo de controlar os outros por meio de sugestão, sedução, persuasão ou comando (dominância).

Quanto mais alta a dificuldade para comunicar os sentimentos a outras pessoas (F4) mais se caracterizam por serem passivos, submissos, com desejo de autodestruição, que aceitam desaforos, culpa e castigo sem resignação (denegação) e de forma inversa menos se caracterizam por expressar desejo de obter coisas novas, mudar de hábitos, lugares, comidas e coisas em geral (mudança) e menos apresentam o desejo de impressionar, serem vistos e ouvidos, de dramatizar, fascinar, chocar e entreter pessoas (exibição).

O grupo **TA** de genitores demonstrou que quanto maior o escore bruto total maior a deferência e menor a desejabilidade social.

O grupo de genitores TA demonstrou que, quanto maior a dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais' (F1), mais se caracterizam por serem indivíduos vaidosos, que gostam de dramatizar as coisas para impressionar, gostam de exercer fascínio e chocar as pessoas (exibição); gostam de brigar, lutar, atacar e injuriar os outros, de fazer oposição, de censurar e ridicularizar os outros (agressão) e de elogiar, admirar, imitar e no obedecer a superiores (deferência). De modo inverso esses pais gostam de se apresentar como os outros gostariam que eles fossem (desejabilidade social).

Com relação à característica dificuldade de fantasiar (F2), quanto mais acentuada, mais se caracterizam por ser indivíduos persistentes, que buscam concluir o trabalho iniciado, por mais difícil que seja se tornam obcecados pelo resultado final, que acabam esquecendo o tempo e o repouso necessários, o que resulta, muitas vezes, em queixas de cansaço e preocupações (persistência); de forma inversa não gosta de lutar, brigar, de censurar e ridicularizar os outros (agressão); pouco se deixam conduzir por sentimentos, pela felicidade, a fantasia e a imaginação; julgam menos os outros pelas suas intenções e sim pelos atos em si, são pouco intuitivos, apaixonados, individualistas, sensitivos e idealistas (intracepção); e quase não expressam claramente o desejo de manter relações românticas e sexuais com indivíduos do sexo oposto (heterossexualidade).

Quanto mais alta preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas (F3), menos esses pais são persistentes, ou seja, possuem pouca tendência de levar ao fim qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que possa ser (persistência).

Quanto mais alta a dificuldade para comunicar os sentimentos a outras pessoas (F4), menos esse grupo de pais possui a tendência de ser organizado, de manter limpeza, ordem e precisão (ordem).

Comparativamente os resultados indicam concordância (Tabela 15) entre o grupo de genitores AS e TA em que quanto mais alta a dificuldade de fantasiar, menos apresentam característica de intracepção e agressão.

Da mesma forma houve concordância com relação aos grupos AS e SD em que quanto mais alta a preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas (F3), menos esses genitores expressam autonomia, isto é, revelam que os genitores de crianças com síndrome de Down ou assintomáticos que são mais introspectivos se mostram mais independentes. Verificou-se também em AS e SD que quanto maior o escore bruto total, menos intraceptivos e exibicionistas, ou seja, quanto mais alexitímicos esses genitores, mais são voltados e preocupados com o mundo exterior.

Considerando-se os resultados obtidos nesta pesquisa, o grupo de genitores masculinos de filho portador de autismo apresentaram em média o mesmo nível de alexitimia que a dos grupos dos genitores de crianças com síndrome de Down e assintomáticas, revelando que neste estudo os genitores desta amostra são predominantemente não alexitímicos, ou seja, apresentam capacidade de expressão verbal de afeto.

Diferentemente, o grupo de genitores de crianças com autismo apresentou maior facilidade em comunicar seus sentimentos em relação apenas ao grupo de pais de crianças portadoras de síndrome de Down.

Considerando a presente amostra os genitores de crianças com autismo não expressam menos afeto que os genitores de síndrome de Down e tampouco possuem dificuldade em: identificar e descrever sentimentos pessoais, distinguir sentimentos de sensações corporais, fantasiar, focalizar experiências internas e em comunicar os sentimentos a outras pessoas.

Sendo assim, associar pais pouco afetivos como fator causal do autismo (KANNER, 1943, 1949; EISENBERG, 1957) não se verificaria neste estudo devido à homogeneidade entre os três grupos. A teoria psicogênica embora atualmente em desuso, uma vez que os estudos indicam etiologia biológica, salientando-se os genéticos para o autismo, ainda permeia o imaginário de pais, que se sentem duplamente culpabilizados, dificultando o processo de enfrentamento da problemática e do tratamento do filho.

A teoria da mente, dificultando a compreensão das relações sociais e afetivas, pode ser um caminho para pensarmos sobre a consequência deste comportamento da criança portadora de transtorno autista nas interações e nas respostas dos pais, exigindo destes uma maior dedicação a seus filhos, que passam a doar afeto, sem muitas vezes recebê-lo da forma padrão esperada; requerendo desses pais uma adequação comportamental e muitas vezes uma mudança de valores, variando de acordo com a estrutura psicológica dos mesmos e com o grau de autismo do filho.

Os resultados obtidos neste trabalho podem contribuir significativamente com a desmistificação em relação ao questionamento da possível ausência ou dificuldade na expressão de afeto por parte dos genitores de crianças com transtorno autista (MAHLER, 1965; BETTELHEIM, 1967; TUSTIN, 1994) e mesmo em relação ao gênero masculino no Brasil.

Independentemente da ausência de comprovação científica da teoria psicogênica e do avanço das pesquisas apontando possíveis fatores biológicos envolvidos e salientando-se os genéticos, alguns profissionais e pesquisadores ainda acreditam nesta teoria primitiva (HART, 1993) e muitos pais de crianças com autismo ainda se sentem duplamente culpabilizados (SIVBERG, 2002), dificultando assim o processo de enfrentamento da problemática e do tratamento do filho.

Embora não fosse o objetivo central desta pesquisa, ao longo do seu desenvolvimento outros aspectos foram observados e revelados pelos pais e profissionais que se tornam indicadores importantes a serem descritos, como o desejo dos profissionais ou dirigentes de instituições de se qualificarem mais sobre os estudos mais recentes com relação à etiologia do autismo, métodos de intervenção e sobre os instrumentos auxiliares existentes do diagnóstico precoce. Esta situação pode estar mais comprometida em função de a maioria dos profissionais e instituições participantes ser do interior do Estado de São Paulo, dificultando o acesso a cursos especializados.

Da mesma forma percebeu-se por meio do contato com o universo dessas famílias, em sua maioria na própria residência, e principalmente com os genitores masculinos com filho portador de autismo e com filho portador de síndrome de Down, uma maior aproximação da visão paterna, da realidade diária dessas famílias, da relação dessa

criança inserida em seu lar, de seu comportamento, da dinâmica dessas famílias, de suas dificuldades, dos preconceitos que vivenciam e um olhar especial, segundo a óptica do pai, em relação à problemática do filho.

Os genitores mostraram-se interessados e receptivos à participação na pesquisa e a falarem sobre os sentimentos que envolvem como lidar com o inesperado nascimento do filho portador de autismo ou síndrome de Down, seus desdobramentos e no caso dos pais de filhos com autismo, a dificuldade de um diagnóstico, sendo em sua maioria tardio, depois dos cinco anos.

O diagnóstico tardio descrito pelos pais na maioria das crianças também aponta a necessidade de falta de profissionais com qualificação especializada para identificar o autismo precocemente dificultando o desenvolvimento da criança e a qualidade de vida da família, também descrito em outros países (BIRBAUN e COHEN, 1993; HOWLIN e MOORE, 1997; MIDENCE e O'NEILL, 1999).

O desenvolvimento desta pesquisa propiciou também identificar a necessidade de estratégias outras de intervenção terapêutica para aproximação desses genitores, que são cuidadores e que precisam ser cuidados para melhor saberem lidar com a complexidade da problemática dos filhos e com as dificuldades pessoais, familiares e sociais decorrentes, podendo ser revelada por meio de um depoimento de um genitor:

...Aprendi que na vida a gente precisa fazer uma coisa de cada vez, tolerância, valorizar as pequenas coisas, a família, aprendi a ter mais respeito com o semelhante. Pode acontecer com qualquer um, foi duro para mim no início, como homem e pai, entrei em depressão, foi muita frustração, uma sensação que tinha perdido um filho, “paguei um pecado”, fiquei desorientado, chorava muito. Aprendi muito e passei a ver que é possível sonhar mesmo diante de uma dificuldade, me tornei mais humano, a aceitar as diferenças das pessoas como elas são. Acidente ou destino? No começo vi como um castigo de Deus, são desígnios da vida, depois, eu cresci me fortaleci em superar meus momentos. Dediquei-me aos estudos e S. me deu força, no fundo ele nos fortaleceu. E uma frase de um amigo me marcou muito logo que S nasceu: Não tem problema, ele é seu filho, ele não tem culpa de nada; na verdade, fui percebendo que ele veio para nos ensinar. Hoje ele é tudo para mim.

A culpabilidade é inerente à condição parental por si só, sendo de fundamental importância um trabalho de orientação e suporte para os pais, propiciando um espaço de escuta sobre o impacto inicial do inesperado filho especial, das frustrações, lutos, sentimento de menos valia, medos e depressões, às vezes decorrentes do ser pai ou mãe de uma criança com autismo, que assume dimensões variadas conforme a personalidade dos pais e do grau de comprometimento do filho.

Os pais devem ser vistos muito mais como merecedores de suporte e co-participantes no processo terapêutico e educativo do filho, do que como responsáveis por um quadro tão severo como o autismo infantil, que afeta tão precocemente as crianças e que provoca comprometimentos complexos em seu desenvolvimento.

6- CONCLUSÃO

O grupo de genitores de crianças com transtorno autismo (TA) apresentou homogeneidade nos dados sociobiodemográficos em relação aos grupos de genitores com filhos portadores de síndrome de Down (SD) e assintomáticos (AS), com exceção do tempo de união conjugal.

O grupo de genitores com filho portador de transtorno autista foi classificado predominantemente como não alexitímico, ou seja, expressa verbalmente afeto igualmente aos grupos SD e AS.

Os três grupos de genitores se mostraram predominantemente não alexitímicos desmistificando também a dificuldade de expressão verbal de afeto com relação ao gênero masculino no Brasil.

O grupo TA demonstrou maior facilidade em expressão verbal de afeto que o grupo SD e igual facilidade ao grupo AS.

Os grupos TA e AS apresentaram maior nível de desejabilidade social comparados ao grupo SD.

O grupo TA não diferiu dos grupos SD e AS com relação aos 15 traços de personalidade avaliados pelo IFP: assistência, intracepção, afago, deferência, afiliação, dominância, desempenho, exibição, agressão, ordem, persistência, mudança, autonomia e heterossexualidade.

O grupo TA não apresentou características como inicialmente relatado por Kanner em 1943, em que foram descritos por apresentarem em comum baixa emotividade, ausência de calor humano, introversão, características obsessivas, preocupação com o abstrato e classificação socioeconômica elevada.

Os grupos TA, AS e SD demonstraram grau extremo alto no IFP para as características deferência, afiliação, ordem e persistência.

Os grupos TA, AS e SD demonstraram grau extremo baixo no IFP para os fatores exibição, agressão, mudança, autonomia e heterossexualidade.

Os grupos TA e AS apresentaram grau extremo alto para o fator desejabilidade social e extremo baixo para o fator denegação, diferindo do grupo SD.

Os grupos AS e TA revelaram igualmente correlação positiva quanto a três características, demonstrando que quanto mais fantasiam e são introspectivos menos apresentam agressão.

Este trabalho deve ser interpretado levando em consideração os fatores transculturais, uma vez que envolveu genitores residentes no Estado de São Paulo, de nacionalidade brasileira e avaliados com instrumentos adaptados a realidade cultural do país.

O desenvolvimento de mais pesquisas se faz importante para a confirmação dos resultados em outras amostras e cada vez mais propiciar novos conhecimentos para favorecer a qualidade de vida dessas famílias.

Com relação às hipóteses propostas os resultados desta pesquisa verificaram que os genitores masculinos de criança com autismo nesta amostra não apresentaram traços de personalidade diferenciados significativamente que pudessem favorecer o desenvolvimento do autismo do filho.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJZEN, I. **Atitudes, personality and behavior**. Buckingham: Open University Press, 1988, 175p.

AMY, M.D. **Enfrentando o autismo: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2001. 205p.

ARANTES, V.A. **Afetividade na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 2003. 237p. (Coleção na escola: alternativas teóricas e práticas).

ASPERGER, H. Die Autistischen psychopathen im kindsalter. **Archiv fur psychiatric und Nervenkrankheiten**, 117:76-136, 1944.

ASSUMPCÃO JUNIOR, F.B. **Autismo infantil: um algoritmo clínico**. São Paulo, 1993. (Tese – Livre-Docência – Universidade Estadual de São Paulo).

ASSUMPCÃO JUNIOR, F.B. Transtornos abrangentes do desenvolvimento. In: ASSUMPCÃO JUNIOR, F.B.e KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. p. 265-80.

AYLWARD, E.H. Effects of age on brain volume and head circumference in autism. **Neurology**, 59(2): 175-83, 2002.

BAGBY, R.M. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. item selection and cross-validation of the factor structure. **Journal of Psychosomatic Research**, 38: 23-32, 1994a.

BAGBY, R.M. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II convergent, discriminant, and concurrent validity. **Journal of Psychosomatic Research**, 38: 33-40, 1994b.

BAGBY, R.M.; TAYLOR, G.J. Affect dysregulation and alexithymia. In: TAYLOR G.J., BAGBY R.M., PARKER, J.D.A editors. **Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness**: Cambridge: Cambridge University Press, 1997a. p. 26-45.

BAGBY, R.M.; TAYLOR, G.J. Measurement and validation of the alexithymia construct. In: TAYLOR G. J.; BAGBY R.M.; PARKER, J.D.A. **Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness**: Cambridge: Cambridge University Press, 1997b. p. 46-66.

BAILEY, A.; PHILLIPS, W.; RUTTER, M. Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neuro-biological perspectives. **Journal of Child Psychology and Psychiatry Annual Research Review**, 37: 89-126, 1996.

BAIRD, G.; CHARMAN, T.; COX, A.; BARON-COHEN, S.; SWETTENHAM, J.; WHEELWRIGHT, S.; DREW, A. Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders. **Archives of Disease in Childhood**, 84: 468-75, 2001.

BARCLAY, L.; LUPTON, D. The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 29(4):1013-20, 1999.

BARON-COHEN, S. Autism and symbolic play. **British Journal of Developmental Psychology**, 5: 139-48, 1987.

BARON-COHEN, S. **Mindblindness-na essay on autism and theory of mind**. Massachusetts: MIT Press, 1999.171p.

BARON-COHEN, S. Social and pragmatic deficits in autism: cognitive or affective? **J Autism Develop Disord**, 18(3): 379-402, 1988.

BARON-COHEN, S. The development of a theory of mind in Autism: deviance and delay? **Psychiatric Clinics of North America**, 14(1): 33-51, 1991.

BARON-COHEN, S.; LESLIE, A.M.; FRITH, U. Does the autistic child have a "theory of mind"? **Cognition**, 21: 37-46, 1985.

BAYLEY JR, D.B.; SKINNER, D.; RODRIGUES, P.; GUT, D.; CORREA, V. Awareness, use and satisfaction with services for latino parents of young children with disabilities. **Exceptional Children**, 65(3): 367-81, 1999.

BERESFORD, B.A. Resources and strategies: How parents cope with the care of a disabled child. **Journal of Child Psychiatry**, 35(1): 171-209, 1994.

BERMOND, B. Alexithymia, a neuropsychological method of aprooch. **J Psychiatry**, 37: 717-27, 1995.

BERMOND, B. Brain and Alexithymia. In VINGERHOETS A.; VAN BUSSEN F.; Boelhouwers J, (Eds.). **The (non) expression of emotion in health and disease**. Tilburg, the Netherlands: Tilburg University Press, 1997. p. 115-31.

BERNEY, T.P. Autism: an evolving concept. **British Journal of Psychiatry**, 176: 20-25, 2000.

BERTHOZ, S.; ARTIGES, E.; Van De MOORTELE, P.F.; POLINE, J.B.; ROUQUETE, S.M.; MARTINOT, J.L. Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: an fMRI study of men with alexithymia. **The American Journal of Psychiatry**, 159: 961-67, 2002.

BETTELHEIM, B. **The empty fortress**; infantile autism and the birth of the self. New York: The Free Press, 1967.

BIRNBAUM, A.; COHEN, H.J. On the importance of helping families: policy implications from a national study. **Mental Retardation**, 31: 67-74, 1993.

BLEULER, E. **Autistic undisciplined thinking in medicine**. New York: Darien, Hafner publishing Company. 1970. 218p.

BOLTON, P.; MACDONALD, H.; PIKLES, A; RIOS, P.; GOODE, S.; CROWSON, M.; BAILEY, A.; RUTTER, M. A case-control family history study of autism. **J Child. Psychol Psychiat**, 35:877-900, 1998.

BOUMA, R.; SCHWEITZER, R. The impact of chronic childhood illness on family stress: a comparison between autism and cystic fibrosis. **Journal of Clinical Psychology**, 46: 722-30, 1990.

BRADFORD I. Incorporating language phenotypes strengthens evidence of linkage to autism. **American Journal of Medical Genetics**, 105: 539-47, 2001.

BREGMAN, J.D.; HARRIS, J.C. Retardo mental. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (Orgs.). **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BRIESMEISTER, J.M.; SCHAEFER, C.E. **Handbook of parent training**: parent as co-therapists for children's behavior problems. 2^a ed. New York: Ed Wiley, 1998.

BRISTOL, M.M. Family resources and successful adaptation to autistic children, In SCHOPLER, E; MESIBOV, G.B. (Ed.). **The effects of autism on the family**. New York: Plenum, 1984. p. 289-310.

- BROWN, P.; RUSTIA, J.; SCHAPPERT, P. A comparasion of fathers of high-risk newborns and fathers of healthy newborns. **J Pediat Nurs**, 6: 269-73, 1991.
- BRUEY, C. T. **Demystifying autism spectrum disorders**: a guide to diagnosis for parents and professionals. USA, Woodbine House, 2004. 241p.
- BUXBAUM, E. Evidence for a susceptibility gene for autism on chromosome 2 and for genetic heterogeneity. **American Journal of Medical Genetics**, 68: 1514-20, 2001.
- CANTWELL, D.P.; BAKER, L.; RUTTER, M. Families of autistic and dysphasic children: family life and interactions patterns. **Archives of General Psychiatry**, 36: 682-87, 1979.
- CAPPS, L.; KASARI, C.; YIRMIYA, N.; SIGMAN, M. Parental perception of emotional expressiveness in children with Autism. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61(3): 475-84, 1993.
- CASE, S. Learning to partner, disabling conflict: early indicators of an improvising relationship between parents and professionals with regard to service provision for children with learning disabilities. **Disability and Society**, 16(6): 837-54, 2001.
- CAVALCANTI, A.E.; ROCHA, P. S. **Autismo: construções e desconstruções**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 149p.
- CHARMAN, T.; BARON-COHEN, S.; SWETTENNHAM, J.; COX, A; BAIRD, G.; DREW, A. Infantts with autism: in investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. **Developmental Psychology**, 33(5): 781-89, 1997.
- CHUNG, M.; SMITH, B; VOSTANIS, P. Detection of children with autism. **Educational and Child Psychology**, 12(2): 31-6, 1995.
- CODY H.; KAMPHAUS, R.W. Down Síndrome. In Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in children., Goldstein G.; Reynolds C.R. (Eds.), New York: Guilford Press, 1999. p. 385-405.
- COLEMAN, W.L.; CRAIG GARFIELD, M.D. Fathers and pediatricians: ennhancing men's roles in the care and development of their children. **Pediatrics**, 113(5): 1406-11, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, Resolução CFP N0 002/2003. **Define e regulamenta o uso, elaboração e comercialização de testes psicológicos.** Disponível em:http://www.crpasp.org.br/a_orien/legislacao/fr_ctp_002-03.htm. Acesso em: 15.jun.2005.

COWEN, P. S. Crisis child care: implications from family interventions. **Journal of American Psychiatric Nurses Association**, 7: 196-203, 2001.

COX, A.; RUTTER, M.; NEWMAN, S.; BARTAK, L. A comparative study of infantile autism and specific developmental language disorders: parental characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 126:146-59, 1975.

COX, A.; KLEIN, K.; CHARMAN, T.; BAIRD, G.; BARON-COHEN, S.; SWETTENHAM, J.; DREW, A.; WHEELWRIGHT, S. Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: stability of clinical and ADI-R diagnosis. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 40(5): 719-32, 1999.

CROEN L.; GREYER J.; SELVIN S. Descriptive epidemiology of autism in a California population: who is at risk? **J Autism Develop Disord**, 32: 217-24, 2002.

CULBERTSON, J.L.; NEWMAN, J.E.; WILLIS D.J. Childhood and adolescent psychologic development. **Pediatric Clinics of North America**, 50(4): 741-64, 2003.

CUMMINGS, T. The impact of the child's deficiency on the father: a study of fathers of mentally retarded and of chronically ill children. **Am J Orthopsychiat**, 46: 246-55, 1976.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa**. 2. ed. revista e acrescida, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 963p.

DAWSON, G.; HILL, D.; SPENCER, A.; GALPERT, L.; WATSON, L. Affective exchanges between young autistic children and their mothers. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 18(3): 335-45, 1990.

DE GUCHT, V.; HEISER, W. A. Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. **Journal of Psychosomatic Research**, 54: 425-34, 2003.

DEMYER, M.K.; HINGTGEN, J.N.; JACKSON, R.K. Infantile autism reviewed: a decade of research. **Schizophrenia Bulletin**, 7: 388-55, 1981.

DIAZ CURIAL, J.; BALBÁS REPILA, A. Estudio de variables relacionadas con la alexitimia em pacientes com transtornos del comportamiento alimentario. **Revista Electrónica de Motivación y Emoción**, 5(10):1-21,1997.

DIENHART, A. **Reshaping fatherhood**: the social construction of shared parenting. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

DONNELLY, E.M. The qualitative análisis of parent behavior toward psychotic children and their siblings. **Genetic Psychology Monographs**, 62: 331-76, 1960.

DOR-SHAV, N.K. e HOROWITZ, Z. Intelligence and personality variables of parents of autistic children. **The Journal of Genetic Psychology**, 144: 39-50, 1984.

DSM-IV-TRtm: manual de diagnóstico e estatística das doenças mentais, consultoria e coordenação Miguel R. Jorge. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 880p.

EISENBERG, L. The fathers of autistic children. **Am Journal Orthopsychiat**, 27: 715-24, 1957.

EISENBERG, L.; KANNER, L. Childhood schizophrenia. **American Journal of Orthopsychiatry**, 26(3): 556-66, 1955.

ELDER J.H.; VALCANTE G; GREOCE, S.; YARANDI, H.; CARLTON, M.S. Social interactions of children with autism in father-child and mother-child play sessions. **Pediatr Nurs**, 28(6): 573-8, 2002.

ELDER, J.H.; VALCANTE, G.; WON, D.; ZYLIS, R. Effects of in-home training for culturally diverse fathers of children with autism. **Issues in Mental Health Nursing**, 24(3): 273-95, 2003.

ELLIS, K. **Autismo**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda. 1996. 181p.

FÉDIDA, P. **Nome, figura e memória**: a linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1991. 236p.

FERNÁNDEZ, V.M. Alexitimia. **Elementos**, 6(35): 1-20 1999. Disponível em:< <http://www.Elementos.buap.mx/num35/htm/Alexitimia.html>>. Acesso em: 30.set.2003.

FLEISS, J.L. **Statistical methods for rates and proportions**. 2. ed. New York: John Wiley and Sons, 1981. 321p.

- FOLSTEIN, S.E.; PIVEN, J. Etiology of autism: genetic influences. **Pediatrics**, 87, 767-73, 1991.
- FRANZ, M.; SCHAEFER, R.; SCHNEIDER, C.; SITTE, W.; BACHOR, J. Visual event-related potentials in subjects with alexithymia: modeified processing of emotional aversive information? **The American Journal of Psychiatry**, 161: 728-35, 2004.
- FREYBERGER, H. Psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. In: BRAUTINGAM, V.R. **Toward a theory of psychosomatic disorders**. New York: Karger, Basel, 1977. p. 337-43.
- FRITH, U. A new look at language and communication in autism. **British Journal of Disorders of Communication**, 24: 123-50, 1989.
- FRITH, U. **Autism—explaining the enigma**. 2. ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2003. 249p.
- FUKUNISH, I.; WISE, T.N.; SHERIDAN, M.; SHIMAI, S.; Otake, K.; UTSUKI, N.; Association of emocional intelligence with alexithymic characteristics. **Psychol Rep**, 89(3): 651-58, 2001.
- GADOTTI, M. **Dialética do amor paterno**. 6. ed. São Paulo: Editora Cortez, Coleção Questões da Nossa Época, 2003. 120p. v. 105.
- GAUDERER, C. **Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais**. 2. ed. São Paulo: Almed, 1987.192p.
- GHAZIUDDIN M.; MOUNTAIN-KIMCHI, K. Defining the intellectual profile of Asperger syndrome: comparison with high-functioning autism. **J Autism Dev Disord**, 34(3): 279-84, 2004.
- GILL, M.J.; HARRIS, S.L. Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 21: 407-16, 1991.
- GILLBERG, C. Maternal age and infantile autism. **J Autism Dev Disord**. 10: 293-97, 1980.

- GILLBERG, C. The neurobiology of infantile autism. **Journal Child Psycho Psychia**, 29(3): 257-66, 1988.
- GILLBERG, C. Infantile autism: diagnosis and treatment. **Acta Psychiatr Scand**, 81: 209-15, 1990.
- GILLETTE, E. Psychoanalysis resistance to new ideas. **J Am Psychoanal Assoc**, 40(4): 1232-35, 1992.
- GOBLE, D. Asperger's syndrome: and autistic spectrum disorders: diagnosis, aetiology and intervention strategies. **Australasian Journal of Special Education**, 19(1): 17-28, 1995.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 107p.
- GOODMAN, R.; SCOTT, S. **Psiquiatria infantil**. São Paulo: Roca, 2004. 397p.
- GRILL, E.; CRISPIN, A; WEITKUNAT, R. Health-related lifestyles and personality traits in fathers of children of minor age: results a telephone inquiry. **Gesundheitswesen**, 64(1): 19-24, 2002.
- HALL, E. Sex differences in functional activation patterns revealed by increase processing demands. **Neuroreport**, 15(2): 219-23, 2004.
- HARRIS, S.L. The family and the autistic child: a behavioral perspective. **Family Practice**, 33: 127-34, 1984.
- HART, C.A. **A parent's guide to autism**. New York: Pocket Books, 1993. 244p.
- HASTINGS, R.P. Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. **Journal of Intellectual Disability Research**, 47(4/5): 231-7, 2003.
- HENDERSON, D.; VANDENBERG, B. Factors influencing adjustment in the families of autistic children. **Psychological Reports**, 71: 167-71, 1992.
- HERBERT, M.A. Collaborative model of training for parents of children with disruptive behaviour disorders. **British Journal of Clinical Psychology**, 34: 325-42, 1995.

HOLLANDER E.; KING, A.; DELANEY, K.; SMITH, C. J.; SILVERMAN, J.M. Obsessive-compulsive behaviors in parents of multiplex autism families. **Psychiatry Research**, 117(1): 11-16, 2003.

HOLMES, D.S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 565p.

HOOK, E.B. Chromosome abnormalities: prevalence, risks and recurrence. In BROCK D.H., RODECK C.H., FERGUSON-SMITH, M.A. (Ed.). **Prenatal diagnosis and screening**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992. p. 351.

HOPPE, K.; HARRIS, S.L. Perceptions of child attachment and maternal gratification in mothers with autism and Down syndrome. **Journal of Clinical Child Psychology**, 19: 365-70, 1990.

HOWLIN, P. Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 39(3): 307-22, 1998.

HOWLIN, P.; MOORE, A. diagnosis in autism: a survey of 1200 patients in the UK. **Autism**, 1: 135-62, 1997.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. **Designing clinical research: an epidemiologic approach**. Baltimore, USA. Williams and Wilkins. 1988. 247p.

IREYS, H.T.; CHERNOFF, R.; DEVET K.A.; KIM Y. Maternal outcomes of a randomized controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illnesses. **Arch Pediatric Adolesc Med**, 155: 771-77, 2001a.

IREYS, H.T.; CHERNOFF, R.; STEIN, R.E.K.; DEVET, K.A.; SYLVER, E.J. Outcomes of community-based family-to-family support: Lessons learned from a decade of randomized trials. **Children's Services: Social Policy, Research and Practice**, 4: 203-16, 2001b.

JONES, C.; LENZ, E.R. Father newborn interactions; effects on social competence and infant state. **Nurs Res**, 35: 149-53, 1986.

JORDAN, R. **Autistic spectrum disorders: an introductory handbook for practitioners**. 4. ed. London: David Fulton Publishers, 2002. 166p.

KAGAN, V. Nonprocess autism in children: a comparative etiopathogenic study. **Soviet Neurology and Psychiatry**, 14: 25-30, 1981.

KAHAN R.S.; BRANDT, D.; WHITAKER, R.C. Combined effect of mother's and father's mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 158: 721-29, 2004.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2: 217-50, 1943.

KANNER, L. Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. **Am J Orthopsychiatry**, 19: 416-26, 1949.

KANNER, L. Childhood schizophrenia. **Am F Orthopsychiat**, 24: 526-28, 1954.

KANNER, L. **In Defense of Mothers**. 4 ed. Springfield, USA: Charles C. Thomas, 1958. 167p.

KANNER, L. Early Infantile Autism Revisited. **Psychiatric Forum**, 1968.

KANNER, L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. **J Autism Childh Schizophr**, 1: 119-45, 1971.

KAZAK, A.E.; MARVIN, R.S. Differences, difficulties, and adaptation: stress and social networks in families with a handicapped child. **Family Relations**, 33: 67-77, 1984.

KING, P.D. Early infantile autism: relation to schizophrenia. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, 19: 666-82, 1975.

KNOBEL, M. **Orientação Familiar**. 2. ed. Campinas: Papyrus Editora, 1996, 236p.

KOEGEL, R.L.; SCHREIBMAN, L.; O'NEILL, R.E.; BURKE, J.C. The personality and family-interaction characteristics of parents of autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 51: 683-92, 1983.

KOEGEL, R.L.; SCHREIBMAN, L., LOOS, L.M.; DIRLLICH-WILHELM, H.; DUNLAP, G.; ROBBINS, F.R.; PLIENIS, A.J. Consistent stress profiles in mothers of children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22(2): 205-16, 1992.

- KOOIMAN, C; SPINHOVEN, P.; TRIJSBURG, R.W. The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. **Journal of Psychosomatic Research**. 53:1083-90, 2002.
- KONSTANTAREAS, M.M. Autistic, learning disabled and delayed childrens's impact on their parents. **Canadian Journal of Behavioural Science**, 23(3): 358-75, 1991.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1995. 270p.
- LAMB, M.E., PLECK, J.H.; LEVINE, M.. **The role of the father in child development: the effects of increased paternal involvment**. In LAHEY, B.S.; KAZDIN, A.E. (Eds). *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press, v. 8, 1985. p. 229-66.
- LAMB, M.E. **The father's role: cross cultural perspectives**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1987. 407p.
- LARSEN, J.K.; BRAND, N.; BERMOND, B.; HIJMAN, R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. **Journal of Psychosomatic Research**, 54: 533-41, 2003.
- LAURITSEN, M.B.; EWALD, H. The genetics of autism. **Acta Psychiatrica Scandinavica**,103:411-27, 2001.
- LAVILLE, C.; DIONEIA, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999. 340p.
- LECOUTEUR, A.; RUTTER, M; LORD, C.; RIOS, P.; ROBERTSON, S.; HOLDGRAFER, M.; MCLENNAN, J. Autism diagnostic interview: a standardized investigator-based instrument. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 19: 363-87, 1989.
- LESLIE, A. M. Pretense and Representation: the origins of 'theory of mind'. **Psychological Review**, 94(4): 412-26, 1987.
- LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2. ed. São Paulo: Harbra, 1987. 392p.
- LOMBARDI, C.; BRONFMAN, M.; FACCHINI, L.A.; VICTORIA, C.G.; BARROS, F.C.; BÉRIA, J.U.; TEIXEIRA, A.M.B. Operacionalização do conceito de classe social. **Revista de Saúde Pública**, 22(4): 253-65, 1988.

LORD, C. Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 36(8):1365-82, 1995.

LORD, C.; RUTTER, M.; LECOUTEUR, A. Autism diagnostic interview-revised: a revised version of a diagnostic interview for care-givers of individuals with possible pervasive developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 24: 659-85, 1994.

LYNN, D.B. **The father**: his role in child development. Belmont: Brooks/Cole, 1974.

MCADOO, W.G.; DEMYER, M.K. Personality characteristics of parents. In RUTTER, M.; SCHOPLER, E. **Autism**: a reappraisal of concepts and treatment. New York: Plenum, 1978. p. 251-67.

MACINTOSH, K, E.; DISSANAYAKE, C. Annotation: the similarities and differences between autistic disorder and Asperger`s disorder: a review of the empirical evidence. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 45(3): 421-34, 2004.

MAHLER, M.S. On early infantile psychosis: the symbiotic and autistic syndromes. **J Am Acad Child Psychiat**, 4: 554-68, 1965.

MARCHESI, C. Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? **Journal of Psychosomatic Research**, 49: 43-49, 2000.

MARCUS, L.M. Patterns of coping in parents of psychotic children. **Am J O Pschiatry**, 47: 388-98, 1987.

MARTIN, J.B.; PIHL, R.O. Influence of alexithimic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. **Psychotherapy and Psychosomatics**, 45: 66-77, 1986.

MARTÍNEZ SÁNCHEZ, F. Alexitimia y estilo represivo de afrontamiento: dos constructos emocionales diferentes o similares? **Revista Eletrônica de Psicologia**, 2(1). Disponível em <http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/artic_7.htm. Acesso em: 30/09/2003. ISSN 11378492.

MARTY; P. M´UZAN M. **La “pensée opératoire”**. In: XXIII Congrês Des Psychanalystes de langues Romanes, 1963.

MESIBOV, G.B.; ADAMS, L.W.; KLINGER, L.G. **Autism**: understanding the disorder. New York: Plenum Press, 1997, 124p.

MIDENCE, K.; O'NEILL, M. The experience of parents in the diagnosis of autism. **Autism**, 3(3): 273-85, 1999.

MOES, D., KOEGEL, R.L., SCHREIBMAN, L.; LOOS, L.M. Stress profiles for mothers and fathers of children with Autism. **Psychological Reports**, 71: 1272-4, 1992.

MOORE, K.; MCCONKEY, R., SINES, D.; CASSIDY, A. Improving diagnostic and assessment services for children with autistic spectrum disorders. **Early child development and care**, 154: 1-11. 1999.

MOORE, V.; GOODSON, S. How well does early diagnosis of autism stand the test of time? **Autism**, 7(1): 47-63, 2003.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002, 152p.

NARAYAN, J.; MADHAVAM, T.; SURYA PRAKASAM, B. Factors influencing the expectation of parents for their mentally retarded children. **Journal of Intellectual Disability Research**, 37: 161-68, 1993.

NASS, R. Developmental disabilities In: BRADLEY, W.G. **Neurology in clinical Practice**. 3. ed., Boston: Butterworth Heinemann, 2000.

NEMIAH, J.C.; SIFNEOS, P.E. Psychosomatic illness: a problem in communication psychoter. **Psychosom**, 18: 154-60, 1970.

NURMI, E.L.; DOWD, M.; TADEVOSYAN-LEYFER, M.A.; HAINES, J.L.; FOLSTEIN, S.E. Exploratory subsetting of autism families based on savant skills improves evidence of genetic linkage to 15q11-q13. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 42(7): 856-63, 2003.

NYDEN, A. Interhemispheric transfer in high-functioning children and adolescents with autism spectrum disorders: a controlled pilot study. **Dev Med Child Neurol**, 46(7): 448-54, 2004.

O'HARE, A.; QUEW, R.; AITKEN, K. The identification of autism in children referred to a tertiary speech and language clinic and the implications for service delivery. **Autism**, 2(2): 171-80, 1998.

OLSSON, M.B.; HWANG, C.P. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**. 45(6): 535-43, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID 9 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID 10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.

PARKER, J. Alexithymia and the recognition of facial expressions on emotion. **Psychoter Psychosom**, 59(3-4):197-202, 1993.

PARKER, J.; TAYLOR, G. Relations between, alexithymia, personality, and affects. In: TAYLOR, G. J. **Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. 359p.

PARKER, J.; TAYLOR, G.; BAGBY, M. Alexithymia and the processing of emotional stimuli: an experimental study. **New Trends Exp Clin Psychiatry**, 9: 9-14, 1993.

PARNAS, J; BOVET; P. Autism in schizophrenia revisited. **Comprehensive Psychiatry**, 32(1): 7-21, 1997.

PASQUALI, L.; AZEVEDO, M.M.; GHESTI, I. **Inventário fatorial de personalidade: manual técnico e de avaliação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 61p.

PEDERSON, F.; ROBSON, K. Father participation in infancy. **Am J Orthopsychiat**, 39: 466-72, 1969.

PICKLES, A.; BOLTON, P.F.; NACDONALD, H.; BAILEY, A.; LECOUTEUR, A.; SIM, C. H.; et al. Latent-class analysis of recurrence risks for complex phenotypes with selection and measurement error: a twin and family history study of autism. **American Journal of Human Genetics**, 57: 717-26, 1995.

- RANDALL, P.; PARKER, J. **Supporting the families of children with autism**. New York: John Wiley and Sons. 1999. 237p.
- RAPIN, I. Autistic children: diagnosis and clinical features. **Pediatrics**, 87(5): 751-60, 1991.
- REDDY, K.S. Cytogenetic abnormalities and fragile-x syndrome in autism spectrum disorder. **BMC Medical Genetics**, 6(3): 1-16, 2005.
- REDMOND, D.; RICHARDSON, V. Just getting on with it: exploring the service needs of mothers who care for young children with severe/profund and life threatening intellectual disability. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 16(3): 205-18, 2003.
- RICHMAN, S. **Raising a child with autism**. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2001.173p.
- RIMLAND, B. **Infantile autism**: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior. New York: Appleton Century Crofts, 1964.
- RISCH, N.; SPILKER D.; LOTSPEICH L.; NOURI, N.; HINDS D.; HALLMAYER, J.; KALAYDJIEVA L; et al. A genomic screen of autism: evidence for a multilocus etiology. **Am J Hum Genet**, 65; 493-507, 1999.
- RITVO, E.R. **Autism-diagnosis, current research and management**. New York: Spectrum Publications. 1976. 302p.
- RITVO, E.R.; ORNITZ, E.M. Medical assessment. In: RITVO, E. R. Ed. **Autism: diagnosis, current research and management**. New York: Spectrum, 1976. 302p.
- RODRIGUE, J.R., MORGAN, S.B.; GEFFKEN, G.R. Psychosocial adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22(2): 249-63, 1992.
- RODRÍQUEZ, J.O. Alexitimia, una revisión. **Rev Assoc Esp Neuropsiquiatria**, 19(72): 587-96, 1999.
- ROGERS, R.C.; SIMENSEM, R.J. Fragile x syndrome: a common etiology of mental retardation. **American Journal of Mental Deficiency**, 91(5): 445-49, 1987.

ROSA, V.P. e LAPOINTE, J. **Psicologia e comportamento transcultural**. Campinas: Editora Alínea, 2004. 94p.

RUSSELL, G. The father's role and its relationship to masculinity, and androgyny. **Child Development**, 49:1174-81, 1978.

RUSTIA, J.G.; ABBOTT, D. Father involvement in infant care: two longitudinal studies. **Int J Nurs Stud**, 30(6): 467-76, 1993.

RUTTER, M. Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 24: 513-31, 1983.

SANDERS, M.R.; MCFARLAND, M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: a controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. **Behavior Therapy**, 31: 89-112, 2000.

SCHOPLER, E. **Parents of psychotic children as scapegoats**. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 4: 17-22, 1971.

SCHOPLER, E. **Limits of methodological differences between family studies**. In: RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (Eds.). *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press, 1978. p 297-312.

SCHOPLER, E.; MESIBOV, G. **Learning and cognition in autism**. New York: Plenum Press, 1995. 346p.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R, J.; RENNER, B. R. **The childhood autism rating scale**. Los Angeles: Western Psychological Services, 1999. 16p.

SCHWARTZMAN, J. S. **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon, 2003. p. 157 Série Neurofácil, v.2.

SHARPLEY, C.; BITSIKA, V.; EFREMIDIS, B. The influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. **Journal of Intellectual Developmental Disability**, 22:19-28. 1997.

- SHEARN, J.; TODD, S. Maternal employment and family responsibilities: the perspectives of mothers of children with intellectual disabilities. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 13(3): 109-31, 2000.
- SHERIDAN, S.M. Conceptual and empirical bases of conjoint behavioral consultation. **School Psychology Quarterly**, 12: 119-13, 1997.
- SIFNEOS, P.E. **Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis**. Cambridge: Harvard University Press, 1972.
- SIFNEOS, P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. **Psychoter Psychosom**, 22: 255 –62, 1973.
- SIFNEOS, P. E. The phenomenon of `alexithymia`. **Psychoter Psychosom**, 28: 47-57, 1977.
- SIFNEOS, P.E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients. **Psychoter Psychosom**, 40: 66-73, 1983.
- SIFNEOS, P.E. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. **Psychiatric Clinics of North America**, 11(3): 287-92, 1988.
- SIVBERG, B. Family system and coping behaviors. **Autism**, 6(4): 397-409, 2002.
- SOFRONOFF, K.; FARBOTKO, M. The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. **Autism**, 6(3): 271-86, 2002.
- SPARKS, B.F. Brain structural normalities in young children with autism spectrum disorder. **Neurology**, 59(2):184-92, 2002.
- SPECTOR, N. **Manual para redação de teses, projetos de pesquisa e artigos científicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 150p.
- SPELKE, E., ZELARZO, P., KAGAN, J.; KATELCHUCK, M. Father interaction and separation protest. **Dev Psychol**, 9: 83-90, 1973.
- SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida**. Tradução Erothildes Millan Barros de Rocha; revisão Mônica Stahel M. da Silva. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 279p. Título original: The first year of life.

SPROVIERI, M.H.S. **Estresse, alexitimia e dinâmica familiar do paciente autista: um estudo comparativo**. São Paulo, 1998 (Tese - Doutorado-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

STEINBERG, S.; KRUCKMAN, L.; STEINBERG, S. Reinventing fatherhood in Japan and Canada. **Social Science and Medicine**, 50(9): 1257-72, 2000.

STONE, F.H.; KOUPERNICK, C. **Child psychiatry for students**. 3. ed. Edinburgh London Melbourne and New York: Churchill Livingstone, 1985. 124p.

STONE, W.; LEE, E.; ASHFORD, L.; BRISSIE, J.; HEPBURN, S.; COONROD, E.; WEISS, B. Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years? **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 40(2): 219-26, 1999.

SUNG, Y.J.; DAWSON, G.; MUNSON, J.; ESTES, A.; SCHELLENBERG, G.D.; WIJSMAN, E.M. Genetic investigation of quantitative traits related to autism: use of multivariate polygenic models with ascertainment adjustment, **Am J Hum Genet**, 76: 000-000, 2005.

TAVORMINA, J.B.; BOLL, T.J.; DUNN, N.J.; LUSCOMB, R.L.; TAYLOR, J.R. Psychosocial effects on parents of raising a physically handicapped child. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 9(1): 121-31, 1981.

TAYLOR, G.J. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. **Am J Psychiatry**, 141(6): 725-32, 1984.

TAYLOR, G.J. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. **Psychoter Psychosom**, 44: 191-99, 1985.

TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M. Measurement of alexithymia. **Psychiatric Clinics of North America**, 2: 351-66, 1988.

TAYLOR, G.J.; BAGBY, R.M.; RYAN, D.P.; PARKER, J.D.; DOODY, K.F.; KEEFE, P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. **Psychosomatic Medicine**, 50: 500-09, 1988.

TIEDJE, L.B.; DARLING-FISHER, C. Fatherhood reconsidered: a critical review. **Research in Nursing and Health**, 19: 471-84, 1996.

- TOTH, S.L.; MAUGHAN, A., MANLY, J.T.; SPAGNOLA, M.; CICCETTI, D. The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: implications for attachment theory. **Development and Psychopathology**, 14: 877-908, 2002.
- TROTIER, G.; SRIVASTAVA, L.; WALKER, C. Etiology of infantile autism: a review of recent advances in genetic and neurobiological research. **J Psychiatry Neurosci**, 24(2): 103-15, 1999.
- TSAY LY, STEWART M A. Etiological implication of maternal age and birth order in infantile autism. **J Autism Dev Disord**, 13: 57-65, 1983.
- TUCHMAN, M. D. R. Autism. **Neurol Clin N Am**, 21(4): 915-32, 2003.
- TUSTIN, F. Revised understandings of psychogenic autism. **Int J Psycho-Anal**, 72: 585-91, 1991.
- TUSTIN, F. The perpetuation of an error. **Journal of Child Psychotherapy**, 20(1):2-34, 1994.
- VADASZ, E. **Autismo-Você sabe o que é?** [monografia em CD-ROM] Produzido por Sonopress Rimo da Amazônia, Manaus, distribuído pela Associação de Amigos do Autista, 2004.
- VEENSTRA-VANDERWEELE, J CHRISTIAN, S.L.; COOK JR, E.H. Autism as a paradigmatic complex genetic disorder. **Annu Rev Genomics Hum Genet**, 5: 379-405, 2004.
- VERISSIMO, R. Inteligência emocional: da alexitimia ao controlo emocional. **Acta Médica Portuguesa**, 42: 451-56, 2003.
- VERISSIMO, R. Relationships between alexithymia, emotional controle, and quality of live patients with inflammatory bowel disease. **Psychoter Psychosom**, 67(2): 75-80, 1998.
- VOLKMAR, F.R.; PAUL, R.; KLIM, A.; COHEN, D. **Handbok of autism and pervasive developmental disorders** – diagnosis, development, neurobiology e behavior. 3. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, INC. 2005 .703p. v. 1.

WADSWORTH, B.J. **Inteligência e afetividade da criança na teoria de Piaget**. Tradução de Esméria Rovai. 5. ed. rev. São Paulo: Pioneira Thomson. 1997. 223p. Título original: Piaget's theory of cognitive and affective development.

WEBSTER, A; FEILER, A. WEBSTER, V; LOVELL, C. Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. **Journal of Early Childhood Research**, 2(1): 25-49, 2004.

WEBSTER-STRATTON, C; REID, M.J.; HAMMOND, M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. **Journal of Clinical Child Psychology**, 30: 283- 302, 2001.

WEINRAUB, M.; FRANKEL, J. Sex differences in parent-interaction during free play, departure and separation. **Child Development**, 48: 1240-49, 1977.

WEISS, M.J. Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. **Autism**, 6(1): 115-30, 2002.

WHITAKER, P. Supporting families of preschool children with autism. **Autism**, 6(4): 411-26, 2002.

WING, L. Que é autismo? In: ELLIS, K. **Autismo**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 1996. p. 1-27.

WING, L. O contínuo das características autistas. In: GAUDERER, C. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 1997, p.111-19.

WING, L. **Autistic children: A guide for parents**. New York: Brunner/Mazel, Publishers, 1972, 126p.

WING, L. The autistic continuum. In: WING, L. **Aspects of autism: biological research**. London, Royal College of Psychiatrists e the National Autistic Society, 1988, p. 5-8.

WOLCHIK, L. Language patterns of parents of young autistic and normal children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 13: 167-80, 1983.

WOLPERT, C; PERICAK-VANCE, M.A.; ABRAMSON, R.K; WRIGHT, H.H.; CUCCARO, M.L. Autistic symptoms among children and young adults with isodicentric chromosome 15. **Am J Med Geneti**, 96: 128-29, 2000.

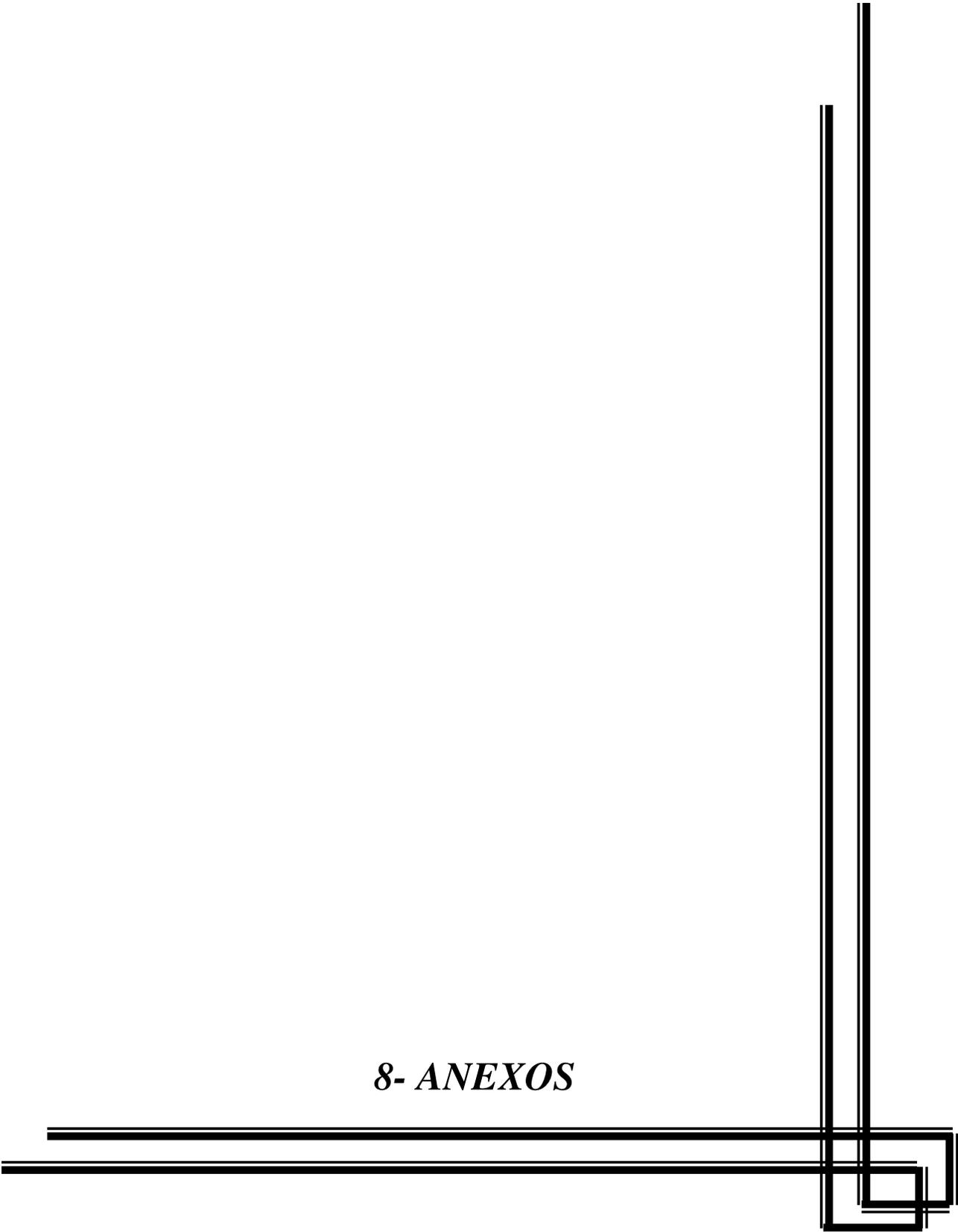
WRIGHT, J.S.; GRANGER, R.D.; SAMEROFF, A.J. Parental acceptance and developmental handicap. In BLACHER, J. **Severely handicapped young children and their families**. London: Academic Press, INC. pp. 51-90, 1984.

YIRMIYA, N.; SIGMAN, M. High functioning individuals with autism: diagnosis, empirical findings, and theoretical issues. **Clinical Psychology Review**, 11: 669-83, 1991.

YOSHIDA, E. M. P. Toronto Alexithymia Scale – TAS: precisão e validade da Versão em Português. **Psicologia: Teoria e Prática**, 2(1): 59–74, 2000.

ZAYAS, L. H. As son becomes father: reflections of expectant fathers on their fathers in dreams. **Psychoanalytic Review**, 74(4): 443-64, 1987.

8- ANEXOS



ANEXO 1

Critérios diagnósticos para 299.00 transtorno autista (DSM-IV-TR™, 2003, p. 103)

- A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2), e um de (3).
- (1) comprometimento qualitativo da interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:
- (a) comprometimento acentuado da criança no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;
 - (b) fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;
 - (c) ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por exemplo, não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);
 - (d) ausência de reciprocidade social ou emocional.
- (2) comprometimento qualitativo da comunicação, manifestados por um dos seguintes aspectos:
- (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);
 - (b) em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa;
 - (c) uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
 - (d) ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos, próprios do nível de desenvolvimento.
- (3) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:
- (a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;
 - (b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais;
 - (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo: agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);
 - (d) preocupação persistente com partes de objetos.
- B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social; (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.
- C. A perturbação não é melhor explicada por transtorno de Rett ou transtorno desintegrativo da infância.

ANEXO 2

Childhood Autism Rating Scale (CARS): instrumento auxiliar no diagnóstico do autismo

The Childhood Autism Rating Scale C.A.R.S

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE AUTISMO INFANTIL (traduzida)

Autores: Eric Schopler, Ph.D., Robert J. Reichler, M. D.; Barbara Rothen Renner, Ph.D.

Nome: _____ Sexo: _____

Data do teste: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade cronológica: _____

Classificação: _____

Áreas de Observação e Classificação	Não-autista		Levemente autista		Moderadamente autista		Severamente autista	Escore área
I- Relacionamento com pessoas	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
II – Imitação	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
III – Resposta emocional	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
IV – Uso do corpo	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
V- Uso de objetos	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
VI- Adaptação a mudanças	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
VII – Resposta visual	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
VIII – Resposta auditiva	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
IX – Respostas e uso do paladar, olfato e tato.	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
X – Medo ou nervosismo	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
XI – Comunicação verbal	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
XII – Comunicação não-verbal	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
XIII – Nível de atividade	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
XIV – Nível e consistência de resposta intelectual	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	
XV – Impressões gerais	1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	

Adaptado: Paula M. Grael/2004

Categoria

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Escore Total

Escore Total - Nível Descritivo

15	29.5	30	36.5	37	60
não-autista		levemente-moderadamente autista			severamente autista

Categoria Diagnóstica	<i>Não autista:</i> 15.0 - 29.5
	<i>Autista:</i> 30.0 - 60.0

FOLHA DE CLASSIFICAÇÃO C.A.R.S

Instruções: para cada categoria, utilize o espaço embaixo de cada escala para fazer anotações quanto aos comportamentos relevantes em cada escala. Depois de terminada a observação da criança, classifique os comportamentos relevantes em cada escala. Em cada item, circule o número que corresponde à afirmação que melhor descreva a criança. É possível indicar que a criança situe-se entre duas descrições utilizando-se as classificações 1.5, 2.5, ou 3.5. Os critérios abreviados de classificação estão apresentados para cada escala. Consulte o capítulo dois do manual para critérios de classificação detalhados.

I - RELACIONAMENTO COM PESSOAS

1. Não há indícios de dificuldade ou anormalidade no relacionamento com pessoas: O comportamento da criança é apropriado para a idade. Uma certa timidez, agitação ou irritação ao ser solicitada a fazer algo pode ser observada, mas não em nível atípico.

1.5

2. Relacionamentos anormais leves: a criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ficar agitada se a interação for forçada, ser excessivamente tímida, não ser tão receptivo ao adulto quanto o normal, ou agarrar-se aos pais um pouco mais do que a maioria das crianças da mesma idade.

2.5

3. Relacionamentos anormais moderados: A criança por vezes demonstra alheamento (parece não perceber o adulto). Às vezes são necessárias tentativas insistentes e vigorosas para se obter a atenção da criança. Pouquíssimo contato é iniciado pela criança.

3.5

4. Relacionamentos anormais severos: A criança está constantemente alheia ou inconsciente em relação ao que o adulto está fazendo. Ela nunca reage ou inicia contato com o adulto. Somente as mais insistentes tentativas de obter a atenção da criança têm algum efeito.

Observações: _____

II – IMITAÇÃO

1. Imitação apropriada: a criança consegue imitar sons, palavras e movimentos apropriados ao seu nível de habilidade.

1.5

2. Imitação anormal leve: A criança a maioria das vezes imita comportamentos simples tais como bater palmas ou sons verbais simples; ocasionalmente ela imita somente após incitadas ou com atraso.

2.5

3. Imitação anormal moderada: A criança imita apenas parte do tempo e necessita de uma grande dose de persistência e auxílio da parte do adulto, com frequência, imita somente com atraso.

3.5

4. Imitação anormal severa: A criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo quando incitada ou auxiliada pelo adulto.

Observações: _____

III – RESPOSTA EMOCIONAL

1. Respostas emocionais apropriadas à idade e à situação: A criança apresenta um tipo ou grau apropriado de resposta emocional indicada por uma alteração na expressão facial, postura e maneiras.

1.5

2. Respostas emocionais anormais leves: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau um tanto inadequado de reações emocionais. Essas reações às vezes não possuem relação com os objetos ou eventos à sua volta.

2.5

3. Respostas emocionais anormais moderadas: A criança mostra sinais evidentes de tipo e/ou grau de resposta emocional inadequados. As reações podem ser bem inibidas ou exageradas e não estarem

relacionadas à situação; pode fazer caretas, rir ou ficar rígida mesmo que os objetos ou eventos que possam provocar emoções não estejam presentes.

3.5

4. Respostas emocionais anormais severas: Raramente as respostas são apropriadas à situação; uma vez que a criança assume uma determinada disposição, torna-se muito difícil alterá-la. De modo oposto, a criança pode apresentar emoções incontrolavelmente diferentes quando nada mudou.

Observações: _____

IV - USO DO CORPO

1. Uso do corpo apropriado à idade: A criança se move com a mesma desenvoltura, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade.

1.5

2. Uso do corpo levemente anormal: algumas pequenas peculiaridades podem estar presentes, tais como inépcia, movimentos repetitivos, coordenação ruim ou a rara ocorrência de movimentos mais incomuns.

2.5

3. Uso do corpo moderadamente anormal: Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns numa criança desta idade, incluindo estranhos movimentos de dedos, posição peculiar dos dedos ou do corpo, olhar fixamente para o corpo e beliscá-lo, agressão auto-infligida, balanço, rodopios, sacudir os dedos ou andar na ponta do pé.

3.5

4. Uso do corpo severamente anormal: Movimentos intensos ou freqüentes dos tipos listados acima são sinais de um uso do corpo severamente anormal. Esses comportamentos podem persistir apesar de tentativas para desencorajá-los ou envolver a criança em outras atividades.

Observações: _____

V - USO DE OBJETOS

1. Uso e interesse apropriados por brinquedos e outros objetos. A criança apresenta interesse normal por brinquedos e outros objetos apropriados para seu nível de habilidade e utiliza esses brinquedos de forma adequada.

1.5

2. Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos. A criança pode apresentar um interesse atípico pelo brinquedo ou brincar com ele de forma inadequadamente infantil (por exemplo, golpear ou chupar o brinquedo).

2.5

3. Uso e interesse moderadamente inadequado por brinquedos e outros objetos: A criança pode apresentar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos, ou pode estar preocupada em utilizar um objeto ou brinquedo de alguma forma estranho. Ela pode se concentrar em alguma parte insignificante de um brinquedo, ficar fascinada pela luz que o objeto reflete, mover alguma parte do objeto repetitivamente ou brincar exclusivamente com um objeto.

3.5

4. Uso e interesse severamente inadequados por brinquedos ou outros objetos. A criança pode se envolver nos mesmos comportamentos descritos acima, com freqüência e intensidade maiores. A criança é difícil de ser distraída uma vez que ela se envolve nessas atividades inapropriadas.

Observações: _____

VI – ADAPTAÇÃO A MUDANÇAS

1. Resposta a mudanças apropriadas à idade: Uma vez que a criança pode observar ou comentar sobre mudanças na rotina, ela aceita essas mudanças sem angústia excessiva.
1.5
2. Adaptação levemente anormal a mudanças: Quando um adulto tenta mudar a tarefa, a criança pode continuar com a mesma atividade ou usar os mesmos materiais.
2.5
3. Adaptação moderadamente anormal a mudanças. A criança resiste vigorosamente às mudanças na rotina, tenta continuar a antiga atividade e é difícil de ser distraída. Ela pode ficar zangada ou infeliz quando uma rotina estabelecida é modificada.
3.5
4. Adaptação severamente anormal a mudanças: A criança apresenta graves reações a mudanças. Caso uma mudança seja forçada, ela pode se tornar extremamente zangada ou não cooperativa e reagir com ataques de cólera.

Observações: _____

VII – RESPOSTA VISUAL

1. Resposta visual apropriada à idade: O comportamento visual da criança é normal e apropriado para aquela idade. A visão é usada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo.
1.5
2. Resposta visual levemente anormal: A criança precisa ser ocasionalmente lembrada de olhar para os objetos. A criança pode ficar mais interessada em olhar para espelhos ou luzes do que para seus pares, pode ocasionalmente fixar o olhar no espaço ou pode também evitar olhar as pessoas nos olhos.
2.5
3. Resposta visual moderadamente anormal: A criança tem que ser freqüentemente lembrada de olhar para o que está fazendo. Ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar para os objetos de um ângulo incomum ou segurar objetos bem próximos dos olhos.
3.5
4. Resposta visual severamente anormal: A criança consistentemente evita olhar para as pessoas ou certos objetos, e pode apresentar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.

Observações: _____

III - RESPOSTA AUDITIVA

1. Resposta auditiva apropriada à idade: O comportamento auditivo da criança é normal e apropriado para a idade. A audição é utilizada em conjunto com outros sentidos.
1.5
2. Resposta auditiva levemente anormal: Pode ocorrer alguma falta de resposta ou reação levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas, sendo que alguns sons precisam ser repetidos para se obter a atenção da criança. A criança pode vir a se distrair com sons irrelevantes.
2.5
3. Resposta auditiva moderadamente anormal: A resposta da criança a sons variam; ela com freqüência ignora um som nas primeiras poucas vezes em que ele é produzido; pode atemorizar-se ou tapar os ouvidos ao ouvir sons do cotidiano.
3.5
4. Resposta auditiva severamente anormal: A criança pode reagir a sons de forma exagerada ou ignorá-los a um grau extremo, não importando o tipo de som.

Observações: _____

IX – RESPOSTAS E USO DO PALADAR, OLFATO E TATO

1. Resposta e uso do paladar, olfato e tato normais: A criança explora novos objetos de forma apropriada à idade, geralmente pela sensação e pelo olhar. O paladar e o olfato podem ser usados quando necessário. Ao reagir a dores cotidianas menores, a criança expressa desconforto, mas sem exageros.

1.5

2. Resposta levemente anormal do uso do paladar, olfato e tato: A criança pode insistir em colocar objetos em sua boca; pode cheirar e provar objetos não-comestíveis; pode ignorar ou reagir de forma exagerada a uma dor leve o que uma criança normal expressaria apenas como um desconforto.

2.5

3. Resposta moderadamente anormal do uso do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir de mais ou de menos.

3.5

4. Resposta severamente anormal do uso do paladar, olfato e tato: A criança preocupa-se em tocar, cheirar ou provar objetos mais pela sensação do que pela exploração normal ou uso deles. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir fortemente a um mínimo desconforto.

Observações: _____

X – MEDO OU NERVOSISMO

1. Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade.

1.5

2. Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo comparado à reação de uma criança normal da mesma idade.

2.5

3. Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra muito mais ou muito menos medo do que o normal mesmo para uma criança mais nova na mesma situação.

3.5

4. Medo ou nervosismo severamente anormais: Os medos persistem mesmo após repetidas experiências com objetos e eventos perigosos. Torna-se difícil acalmar ou confortar a criança. Esta pode, ao contrário, não conseguir demonstrar considerações apropriadas pelos perigos que outras crianças da mesma idade evitam.

Observações: _____

XI -COMUNICAÇÃO VERBAL

1. Comunicação verbal normal apropriada à idade e à situação.

1.5

2. Comunicação verbal levemente anormal: A fala apresenta um retardo geral. A maior parte da fala é compreensível; no entanto, pode ocorrer alguma ecolalia ou inversão de pronomes.

2.5

3. Comunicação verbal moderadamente anormal: Pode haver ausência de fala. Quando esta ocorre, a comunicação verbal pode ser uma mistura de algum discurso significativo com outro peculiar tais como uso de jargão, ecolalia ou inversão de pronomes. Peculiaridades no discurso significativo incluem formulação de perguntas ou preocupação excessiva com certos tópicos.

3.5

4. Comunicação verbal severamente anormal: Não existe uso de discurso significativo. A criança pode produzir guinchos infantis, sons estranhos ou parecidos com sons de animais, sons complexos próximos da fala, ou ainda poderá apresentar o uso persistente e bizarro de algumas palavras ou frases reconhecíveis.

Observações: _____

XII – COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

1. Uso anormal de comunicação não-verbal apropriado à idade e situação.
1.5
2. Uso de comunicação não-verbal levemente anormal. Uso imaturo de comunicação não-verbal; pode apenas apontar ou tentar alcançar o que deseja de modo vago em situações em que crianças da mesma idade podem apontar ou fazer gestos mais específicos para indicar o que desejam.
2.5
3. Uso de comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança em geral é incapaz de expressar necessidades ou desejos de forma não-verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros.
3.5
4. Uso de comunicação não-verbal severamente anormal: A criança utiliza apenas gestos bizarros ou peculiares que não possuem sentido aparente e não demonstra estar ciente dos significados associados aos gestos ou às expressões faciais dos outros.
Observações: _____

XIII – NÍVEL DE ATIVIDADE

1. Nível de atividade normal para a idade e circunstâncias: A criança não é nem mais nem menos ativa do que uma criança normal da mesma idade numa situação semelhante.
1.5
2. Nível de atividade levemente anormal: A criança pode ser ou levemente inquieta ou meio “preguiçosa” e lenta às vezes. O nível de atividade da criança interfere apenas ligeiramente em seu desempenho.
2.5
3. Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser por demais ativa e difícil de conter. Pode ter altos níveis de energia, podendo não dormir de pronto à noite. De modo contrário, a criança pode ser bastante letárgica, podendo necessitar de estímulos para se movimentar.
3.5
4. Nível de atividade severamente anormal: A criança exhibe picos de atividade ou inatividade, podendo até mesmo ir de um extremo ao outro.
Observações: _____

XIV – NÍVEL E CONSISTÊNCIA DE RESPOSTA INTELLECTUAL

1. A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: a criança é tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, e não apresenta nenhum problema ou habilidades intelectuais incomuns.
1.5
2. Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto às crianças típicas da mesma idade; as habilidades aparecem de modo bem uniformemente retardado em todas as áreas.
2.5
3. Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto às crianças típicas da mesma idade; no entanto, a criança pode operar quase que normalmente em uma ou mais áreas intelectuais.
3.5

4. Funcionamento intelectual severamente anormal: Enquanto a criança em geral não é tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela poderá operar até melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.

Observações: _____

XIV – IMPRESSÕES GERAIS

1. Ausência de autismo: A criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo.
1.5
2. Autismo leve: a criança apresenta apenas alguns sintomas ou apenas um grau leve de autismo.
2.5
3. Autismo moderado: A criança apresenta diversos sintomas ou um grau moderado de autismo
3.5
4. Autismo severo: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau extremo de autismo.

Observações: _____

ANEXO 3

Folha de resposta: ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (versão em português)

Nome: _____ Idade: _____

Instrução: Responda o mais sinceramente possível, segundo os critérios abaixo:

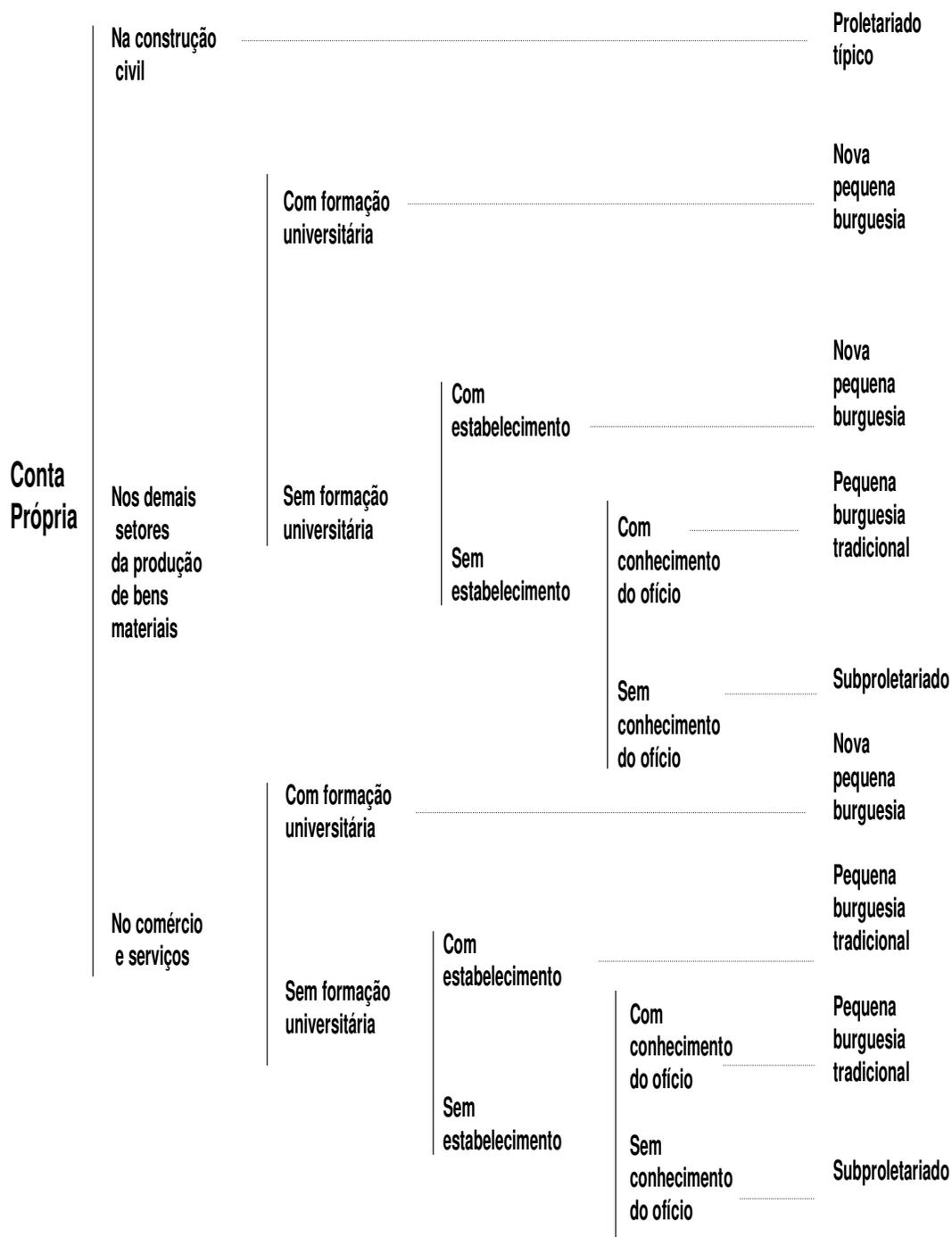
1 – Discordo inteiramente	3 – Não sei	5 – Concordo plenamente
2 - Discordo	4 - Concordo	

Itens	1	2	3	4	5
01 - Quando choro sempre sei por que					
02 - Sonhar acordado é uma perda de tempo.					
03 - Gostaria de não ser tão tímido.					
04 - Frequentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo					
05 - Frequentemente sonho acordado com o futuro.					
06 - Pareço fazer amigos tão facilmente quanto às outras pessoas.					
07 - Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
08 - É difícil para eu encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
09 - Gosto de deixar as pessoas saberem minha opinião sobre as coisas.					
10 - Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
11 - Para mim não é suficiente que algo seja feito. Eu preciso saber por que e como funcionam.					
12 - Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
13 - Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
14 - Quando estou perturbado não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.					
15 - Uso muito minha imaginação.					
16 - Passo muito tempo sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.					
17 - Frequentemente fico intrigado com sensações em meu corpo.					
18 - Raramente sonho acordado.					
19 - Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender porque elas aconteceram daquele jeito.					
20 - Tenho sentimentos que não sei identificar muito bem					
21 - Estar em contato com as emoções é essencial.					
22 - É difícil para eu descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23 - As pessoas pedem para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24 - Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25 - Não sei o que está acontecendo dentro de mim.					
26 - Frequentemente eu não sei por que estou com raiva.					

LOCAL:	DATA: / /	TOTAL:
--------	-----------	--------

ANEXO 4

Esquema de operacionalização de nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado típico e subproletariado (Lombardi et al, 1988).



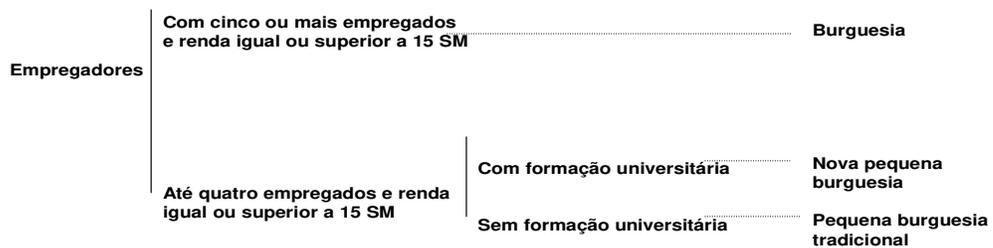
ANEXO 5

Esquema de operacionalização da nova pequena burguesia, proletariado não-típico, proletariado típico e subproletariado (Lombardi et al., 1988).

Assalariados	Na produção de bens materiais	Relação direta com a produção	Na construção civil	Com formação universitária e/ou postos diretivos	Nova pequena burguesia	
			Nos demais setores da produção de bens materiais	Sem formação universitária e postos diretivos	Com conhecimento do ofício	Proletariado típico
				Com formação universitária e/ou postos diretivos	Sem conhecimento do ofício	Subproletariado
			Sem formação universitária e postos diretivos		Proletariado típico	
	Em serviços domésticos	Na relação indústria para a produção	Com formação universitária e/ou postos diretivos	Nova pequena burguesia		
			Sem formação universitária e postos diretivos	Proletariado não típico		
	No comércio e serviços exceto domésticos	Com formação universitária e/ou postos diretivos		Nova pequena burguesia		
		Sem formação universitária e postos diretivos		Proletariado não típico		

ANEXO 6

Esquema de operacionalização da burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional (Lombardi et al., 1988).



ANEXO 7

Modelo da Entrevista Estruturada

Entrevista/Avaliação da Classe Social - PELOTAS

Iniciais: _____ Data: ___/___/___ Classe social: _____

Instituição: _____ Local da entrevista: _____

Nome do filho alvo: _____ D/N do filho: _____

GRUPO: _____ Fone: _____

Dados de Identificação do Genitor:

Nome: _____ D/N: _____

Naturalidade: _____ Escolaridade: _____

Formação universitária: _____ Profissão: _____

Função atual: _____ Salário atual: _____

Relação Trabalhista:

1. Conta própria ()
2. Assalariado ()
3. Empregadores ()

Cidade de moradia atual: _____ Tempo de união conjugal: _____

Idade, sexo e número de filhos: _____

Posição de nascimento do filho alvo: _____

Observações: _____

ANEXO 8

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G. Nº. _____, concordo em participar do estudo intitulado “Traços de Personalidade em Genitores Masculinos com Filho Portador de Autismo”, realizado pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Fui informado que esse estudo tem como objetivo identificar e compreender algumas características da personalidade de genitores masculinos de crianças com autismo, de tal forma que as informações colhidas poderão ajudar na ampliação do conhecimento sobre o tema propiciando melhoria nas intervenções terapêuticas. Para tanto, deverei responder a uma breve entrevista, a Escala de Alexitimia de Toronto e ao Inventário Fatorial de Personalidade.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa, sendo garantido o sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá riscos para minha saúde resultante da participação na pesquisa.

Estou ciente de que sou livre para recusar a participar da pesquisa, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar relacionado com o presente estudo, e que todas deverão ser respondidas ao meu contento, e que receberei apoio necessário se a aplicação da escala e do inventário psicológico provocar algum transtorno.

Campinas, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do genitor

Assinatura do pesquisador responsável

Nome do pesquisador: **PAULA MARIA GRAEL** Fone: **(019) 32947273/97350681**

Telefone da Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa para denúncias: **(019) 3788-8936**

Esse documento deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma de posse do genitor participante da pesquisa e outra com o pesquisador responsável.

ANEXO 9

DECLARAÇÃO DE MONTREAL SOBRE A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Montreal – Canadá OPS/OMS - 06 DE OUTUBRO DE 2004

TRADUÇÃO: Dr. Jorge Márcio Pereira de Andrade, Novembro de 2004

Afirmando que as pessoas com deficiências intelectuais, assim como os demais seres humanos, têm direitos básicos e liberdades fundamentais que estão consagradas por diversas convenções, declarações e normas internacionais;

Exortando todos os Estados Membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) que tornem efetivas as disposições determinadas na Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiências;

Aspirando reconhecer as desvantagens e barreiras históricas que as pessoas com deficiências intelectuais têm enfrentado e, conscientes da necessidade de diminuir o impacto negativo da pobreza nas condições de vida das pessoas com deficiências intelectuais;

Conscientes de que as pessoas com deficiências intelectuais são freqüentemente excluídas das tomadas de decisão sobre seus Direitos Humanos, Saúde e Bem Estar, e que as leis e legislações que determinam tutores e representações legais substitutas foram, historicamente, utilizadas para negar a estes cidadãos os seus direitos de tomar suas próprias decisões;

Preocupados por que a liberdade das pessoas com deficiências intelectuais para tomada de suas próprias decisões é freqüentemente ignorada, negada e sujeita a abusos;

Apoiando o mandato que tem o Comitê Ad Hoc das Nações Unidas (ONU) em relação à formulação de uma Convenção Internacional Compreensiva e Integral para Promover e Proteger os Direitos e a Dignidade das Pessoas com Deficiências;

Reafirmando a importância necessária de um enfoque de Direitos Humanos nas áreas de Saúde, Bem Estar e Deficiências;

Reconhecendo as necessidades e as aspirações das pessoas com deficiências intelectuais de serem totalmente incluídos e valorizados como cidadãos e cidadãs tal como estabelecido pela Declaração de Manágua (1993);

Valorizando a significativa importância da cooperação internacional na função de gerar melhores condições para o exercício e o pleno gozo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiências intelectuais;

Nós Pessoas com deficiências intelectuais e outras deficiências, familiares, representantes de pessoas com deficiências intelectuais, especialistas do campo das deficiências intelectuais, trabalhadores da saúde e outros especialistas da área das deficiências, representantes dos Estados, provedores e gerentes de serviços, ativistas de direitos, legisladores e advogados, reunidos na Conferência Internacional sobre Deficiência Intelectual, da OPS/OMS (Organização Pan-americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde), entre os dias 05 e 06 de outubro de 2004, em Montreal, Canadá, JUNTOS

DECLARAMOS QUE:

1. As Pessoas com Deficiência Intelectual, assim como outros seres humanos, nascem livres e iguais em dignidade e direitos.
2. A deficiência intelectual, assim outras características humanas, constitui parte integral da experiência e da diversidade humana. A deficiência intelectual é entendida de maneira diferenciada pelas diversas culturas o que faz com a comunidade internacional deva reconhecer seus valores universais de dignidade, autodeterminação, igualdade e justiça para todos.
3. Os Estados têm a obrigação de proteger, respeitar e garantir que todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e as liberdades das pessoas com deficiência intelectual sejam exercidos de acordo com as leis nacionais, convenções, declarações e normas internacionais de Direitos Humanos. Os Estados têm a obrigação de proteger as pessoas com deficiências intelectuais contra experimentações científicas ou médicas, sem um consentimento informado, ou qualquer outra forma de violência, abuso, discriminação, segregação, estigmatização, exploração, maus tratos ou castigo cruel, desumano ou degradante. *(como as torturas)*.
4. Os Direitos Humanos são indivisíveis, universais, interdependentes e inter-relacionados. Conseqüentemente, o direito ao nível máximo possível de saúde e bem estar está interconectado com outros direitos fundamentais, como os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais ou outras liberdades fundamentais. Para as pessoas com deficiências intelectuais, assim como para as outras pessoas, o exercício do direito à saúde requer a inclusão social, uma vida com qualidade, acesso à educação inclusiva, acesso a um trabalho remunerado e equipado, e acesso aos serviços integrados da comunidade.
5. **A.** Todas as pessoas com deficiências intelectuais são cidadãos plenos, iguais perante a lei e como tais devem exercer seus direitos com base no respeito nas diferenças e nas suas escolhas e decisões individuais. **B.** O direito a igualdade para as pessoas com deficiência intelectual não se limita à equiparação de oportunidades, mas requerem também, se as próprias pessoas com deficiência intelectual o exigem, medidas apropriadas, ações afirmativas, adaptações ou apoios. Os Estados devem garantir a presença, a disponibilidade, o acesso e utilização de serviços adequados que sejam baseados nas necessidades, assim como no consentimento informado e livre destes cidadãos e cidadãs.
6. **A.** As pessoas com deficiências intelectuais têm os mesmos direitos que outras pessoas de tomar decisões sobre suas próprias vidas. Mesmo que algumas pessoas possam ter dificuldades de fazer escolhas, formular decisões e comunicar suas preferências, elas podem tomar decisões acertadas para melhorar seu

desenvolvimento pessoal, seus relacionamentos e sua participação nas suas comunidades. Em acordo consistente com o dever de adequar o que está estabelecido no parágrafo 5 **B**, as pessoas com deficiências intelectuais devem ser apoiadas para que tomem suas decisões, as comuniquem e estas sejam respeitadas. Conseqüentemente, quando os indivíduos têm dificuldades para tomar decisões independentes, as políticas públicas e as leis devem promover e reconhecer as decisões tomadas pelas pessoas com deficiências intelectuais. Os Estados devem providenciar os serviços e os apoios necessários para facilitar que as pessoas com deficiências intelectuais tomem decisões significativas sobre as suas próprias vidas. **B.** Sob nenhuma condição ou circunstância as pessoas com deficiências intelectuais devem ser consideradas totalmente incompetentes para tomar decisões baseadas apenas em sua deficiência. Somente em circunstâncias mais extraordinárias o direito legal das pessoas com deficiência intelectual para tomada de suas próprias decisões poderá ser legalmente interditado. Qualquer interdição deverá ser por um período de tempo limitado, sujeito as revisões periódicas e, com respeito apenas a estas decisões, pelas quais será determinada uma autoridade independente, para determinar a capacidade legal. **C.** A autoridade independente, acima mencionada, deve encontrar evidências claras e consistentes de que apesar dos apoios necessários, todas as alternativas restritivas de indicar e nomear um representante pessoal substituto foram, previamente, esgotadas. Esta autoridade independente deverá respeitar o direito a um processo jurídico, incluindo o direito individual de ser notificado, ser ouvido, apresentar provas ou testemunhos a seu favor, ser representado por um ou mais pessoas de sua confiança e escolha, para sustentar qualquer evidência em uma audiência, assim como apelar de qualquer decisão perante um tribunal superior. Qualquer representante pessoal substituto da pessoa com deficiência ou seu tutor deverá tomar em conta as preferências da pessoa com deficiência intelectual e fazer todo o possível para tornar efetiva a decisão que essa pessoa teria tomado caso não o possa fazê-lo.

Com este propósito, os participantes de Conferência OPS/OMS de Montreal sobre Deficiências Intelectuais, em solidariedade com os esforços realizados a nível nacional, internacional, individual e conjuntamente,

ACORDAM:

7. Apoiar e defender os direitos das pessoas com deficiências intelectuais; difundir as convenções internacionais, declarações e normas internacionais que protegem os Direitos Humanos e as liberdades fundamentais das pessoas com deficiências intelectuais; e promover, ou estabelecer, quando não existam, a integração destes direitos nas políticas públicas nacionais, legislações e programas nacionais pertinentes.

E

8. Apoiar, promover e implementar ações, nas Américas, que favoreçam a Inclusão Social, com a participação de pessoas com deficiências intelectuais, por meio de um enfoque intersetorial que envolva as próprias pessoas com deficiência, suas famílias, suas redes sociais e suas comunidades.

Por conseguinte, os participantes da Conferência OPS/OMS de Montreal sobre a Deficiência Intelectual,

RECOMENDAM:

9. Aos Estados:

- A. Reconhecer que as pessoas com deficiências intelectuais são cidadãos e cidadãs plenos da Sociedade;
- B. Cumprir as obrigações estabelecidas por leis nacionais e internacionais criadas para reconhecer e proteger os direitos das pessoas com deficiências intelectuais. Assegurar sua participação na elaboração e avaliação de políticas públicas, leis e planos que lhe digam respeito. Garantir os recursos econômicos e administrativos necessários para o cumprimento efetivo destas leis e ações;
- C. Desenvolver, estabelecer e tomar as medidas legislativas, jurídicas, administrativas e educativas, necessárias para realizar a inclusão física e social destas pessoas com deficiências intelectuais;
- D. Prover as comunidades e as pessoas com deficiências intelectuais e suas famílias o apoio necessário para o exercício pleno destes direitos, promovendo e fortalecendo suas organizações;
- E. Desenvolver e implementar cursos de formação sobre Direitos Humanos, com treinamento e programas de informação dirigidos a pessoas com deficiências intelectuais.

Aos diversos agentes sociais e civis:

- F. Participar de maneira ativa no respeito, na promoção e na proteção dos Direitos Humanos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiências intelectuais.
- G. Preservar cuidadosamente sua dignidade e integridade física, moral e psicológica por meio da criação e da conservação de condições sociais de liberação e não estigmatização.

Às Pessoas com Deficiência Intelectual e suas famílias:

- H. Tomar a consciência de que eles têm os mesmos direitos e liberdades que os outros seres humanos; de que eles têm o direito a um processo legal, e que têm o direito a um recurso jurídico ou outro recurso eficaz, perante um tribunal ou serviço jurídico público, para a proteção contra quaisquer atos que violem seus direitos fundamentais reconhecidos por leis nacionais e internacionais;
- I. Tornarem-se seguros de que participam do desenvolvimento e da avaliação contínua da legislação vigente (e em elaboração), das políticas públicas e dos planos nacionais que lhe dizem respeito;
- J. Cooperar e colaborar com as organizações internacionais, governamentais ou não-governamentais, do campo das deficiências com a finalidade de consolidação e fortalecimento mútuo, a nível nacional e internacional, para a promoção ativa e a defesa dos Direitos Humanos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiências.

Às Organizações Internacionais:

- K. Incluir a "DEFICIÊNCIA INTELECTUAL" nas suas classificações, programas, áreas de trabalho e iniciativas com relação à "*peçoas com deficiências intelectuais*" e suas famílias a fim de garantir o pleno exercício de seus direitos e determinar os protocolos e as ações desta área.
- L. Colaborar com os Estados, pessoas com deficiências intelectuais, familiares e organizações não-governamentais (ONGS) que os representem, para destinar recursos e assistência técnica para a promoção das metas da Declaração de Montreal, incluindo o apoio necessário para a participação social plena das pessoas com deficiências intelectuais e modelos integrativos de serviços comunitários.

Montreal, 06 de outubro de 2004.