

AS RELAÇÕES ENTRE DEFICIÊNCIA VISUAL CONGÊNITA,  
CONDUTAS DO ESPECTRO DO AUTISMO E  
ESTILO MATERNO DE INTERAÇÃO

Ana Delias de Sousa

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia sob orientação da  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cleonice Bosa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Porto Alegre, outubro de 2003

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Cleonice Bosa, por sua amizade, parceria e dedicação. Levo comigo os exemplos de entregar-se de corpo e alma à pesquisa, sem esquecer da importância da criatividade e da intuição nesse processo, além do respeito pelas pessoas envolvidas na realização do trabalho.

O meu agradecimento sincero às mães e crianças que participaram da pesquisa, sobretudo pela permissão para acessar momentos particulares, preciosos e tão sutis de sua convivência. As histórias contadas e a observação de como compartilham seus sentimentos me emocionam e me estimulam a seguir buscando o entendimento das especificidades dessa relação.

Agradeço à toda equipe do NIEPED – Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisa em Transtornos do Desenvolvimento, pelo espaço para trocar idéias, dividir experiências e crescer profissionalmente. Em especial, agradeço ao trabalho competente e dedicado de Cristina Neves Hugo e Rosane Zigunovas ao longo destes dois anos.

Agradeço aos colegas de mestrado. O alegre convívio nos meus primeiros momentos em Porto Alegre ficará registrado sempre com muito carinho. Em especial, agradeço à amizade de Adriane Arteché, o carinho da conterrânea Aline Gomes e o bom humor de Lucas Neiva. Agradeço também à doutoranda Caroline Reppold por contribuir com o meu amadurecimento enquanto mestranda.

Aos professores do Programa de Pós-graduação, agradeço por terem auxiliado no desenvolvimento de minha capacidade reflexiva e crítica, através de seus ensinamentos a respeito da Psicologia do Desenvolvimento.

Agradeço ao funcionário Alziro Pereira dos Santos. Sua boa vontade e disponibilidade foram fundamentais para a realização do presente trabalho.

Aos professores Alfredo Lhulier, Lúcia Grigoletti, Maria Firmina Oliveira, Ricardo Pinheiro, Ricardo Silva e, especialmente, à Ângela Marasco, que me incentivaram a chegar até aqui e com quem aprendi muito durante o curso de graduação.

Serei eternamente grata à amizade e ao companheirismo dispensados pela turma da graduação. Compartilhamos dificuldades, sucessos e sobretudo sonhos, alguns já realizados e muitos outros que ainda estão por vir.

Os meus mais sinceros agradecimentos às psicólogas Eunice Wreege e Maria Alves da Luz, pelo inestimável apoio e carinho demonstrados.

Agradeço carinhosamente aos amigos de ontem, hoje e sempre: Geniara Conrado, José Leonardo Valente, Marcelo Coelho Guarani, Tiago Daltoé e Viviane Wickboldt. Mesmo à distância e ao longo dos anos, estaremos de alguma maneira, sempre próximos.

Agradeço com todo o meu amor aos meus avós Ari e Vani e aos meus cunhados, José Ernani e Rubilar, e, especialmente, às minhas irmãs, Aline e Daniela. Não existem palavras para descrever o quanto vocês são fundamentais em minha vida. Muito obrigada por tudo.

Ao meu amor, Camilo, obrigada simplesmente por existir na minha vida. É muito bom saber que este é apenas o começo dos sonhos e realizações que, de agora em diante, começaremos a construir juntos. Agradeço também aos mais novos e presentes amigos: Loracy, Luiz Fernando e Vera Luiza.

Dedico este trabalho e o que sou aos meus pais, Ari e Amélia. Sem a dedicação e o amor de vocês nada disso seria possível.

*“ O essencial é invisível aos olhos...”*

Antoine Saint-Exupéry

## SUMÁRIO

Resumo	8
Abstract	9
CAPÍTULO I: Introdução	10
1.1. Deficiência Visual Congênita	11
1.2. Condutas do Espectro do Autismo	13
1.3. Condutas do Espectro do Autismo em Crianças com Deficiência Visual Congênita	23
1.4. Interação Social Cuidador-criança e Deficiência Visual Congênita	32
1.5. Justificativa, objetivos, e proposições do estudo	46
CAPÍTULO II: Método	47
2.1. Delineamento	47
2.2. Participantes	50
2.3. Instrumentos e materiais	52
2.4. Procedimentos	56
CAPÍTULO III: Resultados	57
3.1. Características dos Participantes	57
3.2. Dados da Análise de Observação	85
CAPÍTULO IV: Discussão	128
Considerações finais	139
Referências	143
Anexos	
Anexo A: Consentimento Livre e Esclarecido	150
Anexo B: Entrevista sobre Dados Sociodemográficos e de Desenvolvimento	151
Anexo C: Planta do Laboratório de Observação	165
Anexo D: Manual de Observação e Codificação dos Episódios de Atividades Conjuntas Mãe-criança	166
Anexo E: Protocolo de Registro de Transcrição dos Episódios de Atividades Conjuntas	172
Anexo F: Frequências médias de Atenção Compartilhada (AC) nos grupos com DVC e com DT	180
Anexo G: Critérios Diagnósticos do DSM-IV	181

## Lista de Figuras

Figura 1: Porcentagens dos comportamentos maternos - Díades 1 e 2	86
Figura 2: Freqüências médias de atenção compartilhada nos grupos com deficiência visual congênita e com desenvolvimento típico	179
Figura 3: Porcentagens dos tipos de brinquedo nas crianças com (1) e sem DVC (2)	88
Figura 4: Porcentagens dos comportamentos maternos - Díades 3 e 4	89
Figura 5: Porcentagens dos tipos de brinquedo nas crianças com (3) e sem DVC (4)	91
Figura 6: Porcentagens dos comportamentos maternos - Díades 5 e 6	93
Figura 7: Porcentagens dos tipos de brinquedo nas crianças com (5) e sem DVC (6)	94
Figura 8: Porcentagens dos comportamentos maternos - Díades 7 e 8	96
Figura 9: Porcentagens dos tipos de brinquedo nas crianças com (7) e sem DVC (8)	97

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Características demográficas do grupo com deficiência visual congênita	51
Tabela 2: Características demográficas do grupo de crianças com desenvolvimento típico	52
Tabela 3: Total de comportamentos maternos e infantis nas díades 1 (com DVC) e 2 (com DT)	85
Tabela 4: Frequências simples dos comportamentos infantis nas crianças com DVC e com DT (díades 1 e 2)	87
Tabela 5: Total de comportamentos maternos e infantis nas díades 3 (com DVC) e 4 (com DT)	89
Tabela 6: Frequências simples dos comportamentos infantis nas crianças com DVC e com DT (díades 3 e 4)	90
Tabela 7: Total de comportamentos maternos e infantis nas díades 5 (com DVC) e 6 (com DT)	92
Tabela 8: Frequências simples dos comportamentos infantis nas crianças com DVC e com DT (díades 5 e 6)	94
Tabela 9: Total de comportamentos maternos e infantis nas díades 7 (com DVC) e 8 (com DT)	95
Tabela 10: Frequências simples dos comportamentos infantis nas crianças com DVC e com DT (díades 7 e 8)	96

## RESUMO

Este estudo examinou a presença das condutas do espectro do autismo em crianças portadoras de deficiência visual congênita (DVC), sobretudo, comprometimentos da habilidade de atenção compartilhada (AC) e as estereotípias motoras. O estilo de interação das mães ao tentar engajar os seus filhos em brincadeiras, também foi investigado, bem como, a qualidade do brinquedo dessas crianças. Participaram do estudo 8 díades mãe-criança distribuídas em 2 grupos, com DVC e com desenvolvimento típico (DT). Foram realizadas entrevistas com as mães e sessões de brinquedo livre. As informações sobre dados sociodemográficos e de desenvolvimento da criança, contidas nas entrevistas realizadas com as mães, foram utilizadas na caracterização da amostra. Os vídeos das sessões de observação foram utilizados para a codificação dos comportamentos maternos e infantis. Os resultados mostraram que 2 das crianças com DVC apresentaram uma frequência maior de AC comparadas às crianças com DT. Da mesma forma, 2 das crianças com DVC apresentaram estereotípias motoras, porém as frequências foram bastante baixas. Apenas uma das mães das crianças com DVC apresentou maior frequência de diretividade materna comparada à mãe da criança com DT, contrariando a expectativa inicial. Notou-se também a ocorrência de brinquedo simbólico no grupo das crianças com DVC. Esses resultados, que contrariaram algumas das expectativas da literatura apontam para a idéia de que as crianças com DVC podem não estar em risco para desenvolver condutas do espectro do autismo na medida em que forem estimuladas apropriadamente pelos cuidadores sensíveis às suas pistas e necessidades.

Palavras-chave: Deficiência visual congênita; condutas do espectro do autismo; estilo de interação das mães; brinquedo simbólico.



### **ABSTRACT**

This study examined the presence of autistic features in children with congenital blindness (CB), in particular, joint attention deficits (JA) and stereotyped body movements. Mother's interaction style when trying to engage their children in play episodes and the quality of children's play were also investigated. Eight child-mother dyads, 4 with CB and 4 sighted children were studied. Home interviews about child's development/socio-demographic data and free-play sessions were conducted. Information from the interviews was used for the sample characterization. Free-play sessions were used for coding maternal and infant behaviours. Results showed that two children of the CB group presented higher JA frequencies than the control group. Contrary to the literature, results showed that two children of the CB group presented higher JA frequencies than those of the control group. Unexpectedly, only one mother from the CB children group presented higher frequency of maternal directiveness than the sighted children's mothers. It was also noted the occurrence of symbolic play in the CB group. These results, contrary to some of the literature expectations, suggest that children with CB may not be at risk of developing autistic features, if they are properly stimulated by caregivers who are sensible to their cues and needs.

**Keywords:** Congenital blindness; autistic spectrum disorders; mother's interaction style; symbolic play.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

A deficiência visual congênita (DVC) e sua relação com a interação social tem sido alvo de poucos estudos entre os pesquisadores do desenvolvimento infantil. Visto que o olhar exerce papel fundamental na interação (Klaus, M. H. & Klaus, P. H., 2001), é importante que se compreenda melhor como se desenvolvem os processos comunicativos entre cuidador e criança quando a visão não está presente.

A partir da monitorização mútua do olhar entre o cuidador e o bebê, surgirá a habilidade de atenção compartilhada (AC), definida como um conjunto de comportamentos sociocomunicativos - gestos e olhar - que objetiva dividir a experiência com o cuidador acerca das propriedades dos objetos e eventos ao redor (Butterworth & Jarret, 1991). Essa habilidade tem sido considerada como precursora da capacidade de refletir sobre os estados mentais do *self* e os dos outros - Teoria da Mente - (Baron-Cohen, 1993), sendo portanto um alicerce para o desenvolvimento de relações sociais recíprocas. Disso se depreende que comprometimentos na capacidade de AC acarretam déficits sociocomunicativos subseqüentes, os quais podem afetar o desenvolvimento da linguagem e da interação social. De fato, existem evidências de comprometimento dessa habilidade em crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento - TGD (APA, 2002), incluindo autismo, as quais apresentam, desde os primeiros anos de vida, dificuldades para fixar o olhar no outro (Loveland & Landry, 1986).

Nesse sentido, pode-se pensar na associação entre o autismo e a deficiência visual congênita, condição na qual a visão está ausente. As evidências dessa associação decorrem de que crianças portadoras desta deficiência podem apresentar condutas do espectro autista, tais como: estereotípias, ecolalia, reversão de pronome, pobreza da capacidade simbólica e dificuldades no relacionamento interpessoal (Hobson, Lee & Brown, 1999). Uma possível explicação para essa associação é dada por Tröster e Brambring (1992). Esta, diz respeito a dificuldade da criança com DVC para atrair a atenção da mãe e para exercer controle sobre o ambiente. A dificuldade poderia levá-la a um maior isolamento social e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de tais condutas.

O presente estudo visa a examinar a presença de condutas do espectro autista em crianças portadoras de DVC. Pretende-se investigar, também, o estilo de interação das mães nesse grupo de crianças ao tentar engajar os seus filhos em brincadeiras, comparando-as com um grupo de crianças com desenvolvimento típico (DT).

Inicialmente, será discutido o conceito de deficiência visual congênita. Em seguida abordar-se-á a natureza dos transtornos do espectro autista e a presença de condutas desse espectro na população portadora de deficiência visual. Por fim, será discutida a questão da interação social cuidador-criança no contexto da DVC .

### 1.1. Deficiência Visual Congênita

A compreensão do conceito de deficiência visual vincula-se à própria definição do termo “deficiência”. Amaral (1996), ao revisar algumas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), concluiu que há um salto qualitativo na definição desse conceito, devido ao seu desmembramento em três subconceitos: deficiência (*impairment*), incapacidade (*disability*) e desvantagem (*handicap*). Segundo a autora, **deficiência** refere-se a uma perda ou anormalidade de estrutura ou função; **incapacidade**, à restrição de atividades em decorrência de uma deficiência; e **desvantagem**, à condição social de prejuízo resultante de deficiência e/ou incapacidade. Sendo assim, a deficiência pode ser pensada como um fenômeno global, distribuído em dois subfenômenos: deficiência primária, que engloba os subconceitos de “deficiência” e “incapacidade”, e deficiência secundária, relacionada ao subconceito de “desvantagem”. A autora reconhece os impedimentos e disfunções de origem orgânica, mas sustenta que as alterações no processo de desenvolvimento se devem, principalmente, aos preconceitos, aos estereótipos e aos estigmas, enfim, aos fenômenos psicossociais relacionados à questão da deficiência.

Deficiência visual é um termo que designa impedimentos de origem orgânica, relacionados a patologias oculares, que podem levar a um mau funcionamento visual ou à ausência de visão (Batista & Enumo, 2000). Para os autores, são raros os casos de cegueira total, em que uma pessoa não apresenta nenhum tipo de reação à luz.

No que diz respeito à prevalência dessa condição, a OMS estimou que, na década de 1990, havia no mundo pelo menos 38 milhões de pessoas sob essa condição (WHO, 1992). Isso significa que cerca de 1% da população mundial apresentava algum grau dessa

deficiência. No entanto, devido à falta de dados epidemiológicos, o número exato de pessoas com deficiência visual não é conhecido.

A literatura aponta a existência de diferentes modalidades de deficiência visual, definidas de acordo com os diferentes graus de percepção de luz (Batista, 1998). Uma delas é a “cegueira legal”, quantificadora dos valores mínimos de acuidade visual e/ou campo visual a partir dos quais uma pessoa é considerada cega. Do ponto de vista educacional, esse termo levou a uma perspectiva pessimista, ao designar como “cegas” pessoas que possuíam um resíduo visual possível de ser utilizado para muitas tarefas e que não necessitariam do sistema *braille* para serem alfabetizadas. Não havia distinção entre as pessoas cegas e as que possuíam alguma acuidade visual, ou o que se denomina “baixa visão”. Nesse sentido, esse termo passou a ser utilizado para se referir a pessoas com grandes dificuldades visuais, mas que se reconhecia poderem utilizar a visão para muitas tarefas, desde que orientadas e instrumentalizadas corretamente.

Atualmente, as distintas classificações de deficiência visual se baseiam na avaliação da acuidade visual, campo visual, sensibilidade ao contraste, visão de cores e outros aspectos (Batista & Enumo, 2000). Segundo revisão das autoras, a acuidade se refere à capacidade de discriminação de formas, avaliada através da apresentação de linhas, símbolos ou letras progressivamente menores. Quando a acuidade é baixa, a pessoa tem dificuldade para perceber formas, seja de perto, à distância, ou em ambas as situações. Campo visual se refere à amplitude de estímulos que a pessoa tem condições de perceber, sendo o campo normal de quase 180 graus. Há patologias em que este campo se restringe a menos de 20 graus.

A análise da bibliografia especializada sobre o desenvolvimento, aprendizagem e programas educacionais na área da deficiência visual tem revelado a pouca atenção dada às diferenças entre a percepção de pessoas com e sem deficiência (Masini, 1999). A autora destaca a importância de se considerarem as diferenças perceptuais do deficiente visual e suas características para poder lhe oferecer condições apropriadas ao seu desenvolvimento e à sua educação. Da mesma forma, para a autora, a visão não depende apenas do olho, mas também da capacidade do cérebro de codificar as informações dos olhos em termos neuronais e reconstituí-las em experiências circundantes. Nesse sentido, para que ocorra o desenvolvimento da eficiência visual, duas condições precisam estar presentes: o

amadurecimento ou desenvolvimento de fatores anatômicos e fisiológicos do olho, vias óticas e córtex cerebral de um lado, e, de outro, o uso ou utilização dessas funções, ou seja, o exercício de ver. O uso da capacidade visual segue no ser humano as mesmas características de seu desenvolvimento, isto é, evolui de sua inabilidade e da dependência para o domínio da habilidade, da autonomia pessoal e social. Desenvolvimento aqui, portanto, é utilizado para designar as transformações nas fases que vão do nascimento à morte, como também as transformações no uso de funções devidas a novas aprendizagens, e à aquisição de habilidades. Assim, quando se ouve falar da deficiência visual, é importante ter claro a que fase do desenvolvimento humano ela diz respeito (Masini, 1999).

As deficiências visuais podem ser congênitas ou adquiridas. Existe uma série de doenças na infância que podem produzi-las ou agravá-las, assim como acidentes em qualquer época da vida (Batista & Enumo, 2000). É preciso que se considere, no desenvolvimento da criança, a influência da ausência de visão a partir do nascimento. Dessa forma, a criança com DVC poderia apresentar riscos para atrasos ou desvios em áreas importantes, tais como a comunicação e a cognição social, semelhante a outras patologias, como, por exemplo, o autismo (Recchia, 1997a).

## **1.2. Condutas do Espectro do Autismo**

Autismo tem sido definido como uma síndrome que envolve uma profunda distorção do processo do desenvolvimento infantil (Rutter, 1996). A primeira descrição dessa síndrome foi feita por Leo Kanner, que em 1943 apresentou 11 casos de crianças que possuíam algumas características em comum, definindo-as como ‘autismo infantil precoce’. As características encontradas foram: incapacidade para o relacionamento com outras pessoas; severos distúrbios da linguagem, sendo esta pouco comunicativa; e preocupação pelo que é imutável (*sameness*).

Desde 1980, diferentes sistemas diagnósticos (APA, 2002; WHO, 1992; Rutter, 1978) têm baseado seus critérios em problemas apresentados em três domínios (tríade de comprometimentos): a) danos qualitativos na interação social; b) danos qualitativos na comunicação verbal e não-verbal e no brincar imaginativo; e c) comportamento e interesses restritivos e repetitivos.

Já os termos *autism-like pattern* ou *autistic features*, estão associados ao que se considera como autismo atípico, isto é, condições em que apenas um ou dois critérios para os comprometimentos são preenchidos conforme o DSM-IV, ou então o aparecimento da sintomatologia ocorre posterior aos 3 anos de idade (ver Anexo G para maiores detalhes). Segundo Baron-Cohen e Bolton (1993), nesses casos geralmente é dito aos pais que seus filhos não têm o autismo clássico, mas simplesmente “traços autistas”. Para os autores, esse termo é frustrante para os pais no sentido de que levanta dúvida sobre se o filho tem ou não autismo. De fato, essa situação reflete a existência de áreas obscuras entre ter claramente a condição e não tê-la.

De acordo com Wing (1996), o termo “transtornos do espectro autístico”<sup>1</sup> é usado preferencialmente no Reino Unido em substituição a “transtornos invasivos do desenvolvimento” (APA, 1994). O principal argumento é de que há um *continuum* de condições que afetam o desenvolvimento de forma profunda e diferente das psicoses, ao contrário do que se costumava pensar. A autora ressalta a necessidade de estar atento para o fato de que os transtornos do espectro autista podem ocorrer junto com outra “anormalidade” física ou psicológica. Considera também que, se a tríade de comprometimentos estiver presente, um transtorno autista deve ser diagnosticado independente de qualquer condição co-existente.

Na tradução do trabalho de Wing (1981) para o espanhol, o termo *conductas autistas* refere-se aos comportamentos que várias crianças autistas possuem em comum durante pelo menos um período de tempo, ainda que se considere a personalidade e graus diferentes de severidade da síndrome. No presente estudo, o termo é empregado para referir-se a qualquer comportamento presente nas três áreas de comprometimentos do DSM-IV-TR (APA, 2002), independente do fato de os critérios para o diagnóstico de autismo serem ou não fechados. De qualquer forma, cabe ressaltar as principais características das três áreas de comprometimento.

---

<sup>1</sup> Tradução livre para *autistic spectrum disorders*.

### 1.2.1. Interação social

Quanto aos comprometimentos na interação social, existem quatro grupos distintos entre si, conforme a classificação de Wing (1996). O grupo *indiferente*, o mais comum, se caracteriza pelo comportamento isolado, como se outras pessoas não existissem. Crianças com essa característica não respondem quando são chamadas, possuem expressões faciais “vazias”, olham apenas rapidamente para os demais, normalmente ignorando-os, e afastam-se quando são tocadas. Ao serem estimuladas - cegas, por exemplo - , respondem, mas quando a brincadeira acaba voltam a ficar indiferentes. O grupo menos comum é o *passivo*. A característica principal das crianças é aceitarem interagir socialmente, mas nunca tomarem iniciativa nesse sentido. Ao serem estimuladas, conseguem até mesmo olhar para o outro. Já no grupo denominado *ativo* mas bizarro, as crianças podem dar início a interação, mas não entendem realmente como fazê-lo. Muitas delas abraçam bem apertado e olham fixamente para outras pessoas, podendo tornarem-se agressivas se não receberem a atenção exigida. O grupo *formal* é identificável durante a adolescência por possuir um bom nível de linguagem, sendo indivíduos excessivamente educados, formais e rígidos quanto ao modo de se comportarem. O aspecto subjacente a tais condutas é a falta de entendimento acerca das sutilezas sociais.

### 1.2.2. Linguagem e brinquedo imaginativo

No que diz respeito aos comprometimentos na comunicação, Wing (1996) atenta para o fato de que poucas crianças sob o espectro autista falam. Muitas aprendem mais tarde do que crianças com DT e costumam copiar quem fala, apresentando ecolalia (repetição de palavras faladas por outras pessoas, como um “papagaio”) e ecolalia tardia (repetição de palavras que aprenderam no passado). Além disso, costumam falar na segunda pessoa e são bastante coloquiais em sua linguagem. Parece que entendem pouco do significado das palavras, ainda que falem e consigam ter ao longo do tempo um bom vocabulário. Quanto à entonação e ao controle da voz, ela soa monótona, robótica e, mesmo que seja clara, parece artificial. A comunicação não verbal apresenta-se prejudicada, pois dificilmente conseguem expressar-se através de gestos e sinais. De fato, entre os

comprometimentos sócio comunicativos no espectro do autismo, destacam-se os da atenção compartilhada. Nesse sentido, antes de se avançar a respeito da questão do brinquedo imaginativo, torna-se importante compreender como se desenvolve essa habilidade.

O modelo teórico das teorias afetivas focaliza-se nas capacidades inatas do bebê e sua influência para o desenvolvimento da capacidade simbólica e de compreender estados mentais tanto do *self* como das outras pessoas. O período que envolve a motivação básica de se relacionar, desde o nascimento, é denominado “subjetividade primária” (Trevvarthen, 1979). Nesse período, o olhar e as expressões afetivas do bebê são seletivamente dirigidas e integradas ao comportamento social das pessoas (intersubjetividade). A questão da importância do olhar nesse processo há muito tem disputado o interesse dos teóricos na área de interação mãe-bebê.

De acordo com Ajuriaguerra (1983), Scheller foi um dos primeiros autores a fazer uma distinção entre olhar e visão. Ele postulou que o sentido do olhar constitui a experiência fundamental na qual a percepção e a compreensão da expressão do outro não são condicionadas por um julgamento baseado nos dados sensoriais. A percepção do outro, segundo a revisão do autor, é um “ser capaz de participar no ser” pois, quando há uma troca de olhar, “eu não vejo somente olhos, eu vejo também que uma pessoa me olha” (p. 71).

Uma das tendências perceptivas mais importantes que as crianças possuem na primeira infância é voltar a atenção para estímulos que se alteram de alguma forma ou que exibem um alto grau de variedade visual (Newcombe, 1999). Assim, contraste, movimento, curvilinearidade, cor, simetria e muitas outras qualidades atraem e mantêm a atenção do bebê, especialmente quando indicam uma mudança no campo perceptivo imediato. Um estudo de Slater, Morison, Town e Rose (1985) revelou que um estímulo em movimento, quando emparelhado com sua contraparte, estaticamente, atrairia mais de dois terços dos olhares dos recém-nascidos. De fato, o bebê pode discriminar uma variedade de estímulos que diferem em padrão, orientação, contraste, forma e tamanho.

Desde muito cedo, os bebês são especialmente responsivos a mudanças sutis no rosto da mãe (Klaus & Klaus, 2001). Durante a aplicação da Escala da Avaliação do Comportamento Neonatal de Brazelton, que é um instrumento utilizado para avaliar a complexidade dos comportamentos e habilidades do neonato, Klaus, Kennell e Klaus (2000) verificaram que bebês preferem olhar para faces humanas a objetos inanimados.



Estes autores também destacaram o papel do estado definido como “alerta tranquilo” para a interação humana. Tal estado refere-se a breves períodos de extrema atenção visual, que iniciam logo após o nascimento, nos quais os olhos do bebê ficam bem animados e bem abertos. Além disso, o bebê frequentemente pára de se mexer ou de sugar, buscando o contato olho a olho com a mãe. Nesse olhar mútuo, tem início o primeiro “diálogo”: a mãe e o bebê parecem ser magneticamente atraídos para a comunicação.

A curiosidade e a capacidade visual do recém-nascido de fazer este contato são recompensadoras para os cuidadores. Assim como os bebês parecem ter uma preferência por rostos humanos, os adultos talvez estejam programados para se encantarem com bebês recém-nascidos e serem atraídos por eles (Klaus, M. H. & Klaus, P. H., 2001). De fato, em comparação com outras áreas do corpo, os olhos têm uma considerável gama de qualidades interessantes como o brilho do globo, o fato de se moverem enquanto ao mesmo tempo estão fixos no espaço, os contrastes da configuração pupila-íris-córnea e a capacidade da pupila de variar em diâmetro (Klaus & cols., 2000).

De modo similar, Bowlby (1969), a partir de uma perspectiva etológica, destacou em seus estudos sobre o apego cuidador-criança, a importância das trocas de olhares na interação mãe-bebê. O autor concorda que não só existe uma preferência precoce para olhar o rosto humano, como também para olhar o rosto da mãe, ao invés de dirigir o olhar para outras pessoas. Quanto mais um bebê olha para a mãe, mais é provável que ela se mova em sua direção, faça gestos, fale ou cante para ele, acaricie-o ou o abrace, favorecendo, portanto, o desenvolvimento de habilidades comunicativas mais complexas.

Contribuições importantes para o estudo do estabelecimento do apego diante do contexto da deficiência visual foram trazidas por Warren (1994). Esse termo, para o autor, refere-se ao desenvolvimento durante o primeiro ano de vida de uma responsividade emocional para pessoas específicas, com respostas positivas para um pequeno número de pessoas (um dos pais ou ambos) e respostas negativas para outras pessoas (medo de estranhos). Dentre os comportamentos chaves do bebê para despertar a atenção dos pais e, portanto, para o desenvolvimento do apego, estão o chorar, o agarrar e o sorrir. Warren ressaltou que tais comportamentos não requerem o uso da visão para ocorrerem. Mais especificamente, o sorriso, da mesma forma como apontado por Bowlby (1969), é considerado pelo autor como um poderoso meio para a interação social, sendo que já foi

observado em bebês com DVC em resposta a sons familiares. A responsividade emocional, no entanto, está em risco de ser afetada nesse contexto. Ainda que o bebê com DVC possa perceber estímulos auditivos e táteis, os cuidadores não estão habituados a dar respostas que não sejam perceptíveis por outros sentidos, que não a visão. É necessário que estes respondam positivamente às iniciativas do bebê, estando aptos a manterem com seus filhos as vocalizações, estimulando as explorações táteis.

Como pode ser visto, o envolvimento do bebê na interação parece depender do seu sucesso nesses contatos iniciais. Os pais tendem a olhar seus bebês de forma a aumentar a probabilidade de eles ficarem atentos, acompanharem e, um pouco depois, trocarem um sorriso. O bebê passa a se interessar no engajamento social através de gestos, de posturas, de vocalizações e até mesmo de caretas (Trevarthen & Aitken, 2001). Através de sorrisos, de movimentos labiais e da língua, o bebê vai respondendo aos chamamentos da mãe (proto-conversa). Essa conversa será prazerosa para o bebê se a mãe responder afetivamente a ele, fazendo com que a reconheça através de sua voz e rosto familiares (Trevarthen, Aitken, Papoudi & Robarts, 1996).

A partir dos 6 meses de idade, o bebê torna-se voluntarioso e absorto na tarefa de explorar e manipular objetos (Trevarthen & cols., 1996). Primeiramente, orienta-se, segue expressões e ações, apontando para que os objetos sejam apresentados para serem compartilhados com o cuidador. Ao encontrar dificuldade em atingir seu objetivo, o bebê tende a pedir ajuda, preferindo a mãe a um estranho. Segundo os autores, quando as ações do bebê envolvem a coordenação da atenção com um parceiro para que haja o compartilhamento de seu interesse por determinados objetos/eventos, observa-se a habilidade de atenção compartilhada. Essa habilidade tem início por volta dos 9-12 meses e se desenvolve mais completamente, aos 24 meses de vida (Butterworth & Grover, 1988).

Nesse período o triângulo “pessoa-pessoa-objeto” opera através da atenção compartilhada (Trevarthen & cols., 1996). Ao tratar os objetos e eventos como tendo mais propriedades, que podem ser testadas por seu próprio esforço, o bebê abre espaço para a capacidade simbólica. No final do primeiro ano de vida, um bebê ainda não pode falar, mas procura trocar experiências com companheiros e coopera, investigando e agindo sobre esse mundo compartilhado. Isso envolve mudança freqüente do foco de interesse dos objetos para as pessoas, e assim sucessivamente. O bebê, portanto, começa a integrar novas formas

de intersubjetividade através da cooperação com a mãe (intersubjetividade secundária). As emoções maternas são bastante usadas por ele para avaliar as experiências do mundo, enquanto que o papel materno é despertado pelos novos sentimentos e expressões infantis (Trevarthen, 2001).

O papel materno ativo, durante a interação, pode ser compreendido a partir das contribuições de Bruner (1978). O processo, que ocorre durante os jogos sociais entre a díade mãe-criança, nos quais a mãe trabalha para manter o jogo interessante, foi denominado de *scaffolding*. Durante o final do primeiro ano de vida da criança, a mãe, ao estar atenta ao nível de complexidade que o filho pode compreender, vai gradualmente permitindo que a criança possa ir tomando mais iniciativa e independência. Essa atitude materna seria fundamental para a aquisição de potenciais relacionados a AC. Chama-se a atenção para o fato de que em relação à DVC, bem como diante de outras deficiências, tais comportamentos e outros que envolvem a responsividade emocional ao bebê podem ser afetados. A necessidade, em muitos casos, de hospitalizações, como por exemplo no caso de nascimentos prematuros, possibilita a ocorrência de estresse emocional (Warren, 1994). Além do estresse, sintomas associados à depressão e dificuldades de natureza somática podem influenciar negativamente a interação mãe-criança e os aspectos que estão em jogo nesta dinâmica (Bruner, 1978).

Como sugere a literatura, a qualidade da interação mãe-criança tem sido o foco de vários estudos (Brazelton, Cramer, Kreisler, Schappi & Soulé, 1987; Lester, Hoffman & Brazelton, 1985; Mazet & Stoleru, 1990). Dentre os aspectos interacionais investigados, destaca-se a reciprocidade entre os comportamentos maternos e infantis. O termo “reciprocidade” refere-se ao modo como cada parceiro recebe os sinais do outro e à maneira como responde a esses sinais. Para Brazelton e colaboradores (1987), uma mãe sensível às mudanças na disponibilidade do bebê para estar em interação consegue adaptar seus comportamentos ao ritmo da criança, contribuindo para o alcance de um ajuste, entendido como sincrônico. Depreende-se que perturbações na reciprocidade podem acarretar uma interação negativa entre a díade mãe-bebê, o que poderia afetar também o desenvolvimento da AC. O risco para a ocorrência de assincronia durante a interação pode ocorrer quando se está tratando de um desenvolvimento atípico. Tem sido documentado, nesse sentido, que bebês com DVC costumam expressar-se passivamente em relação às

mães (Santin & Simmons, 1977; Warren, 1994). Eles normalmente não solicitam muita atenção, embora haja grande necessidade de estimulação e atenção suplementares para o seu desenvolvimento. Assim, a partir dessas concepções, pode-se pensar que a passividade do bebê cego, associada ao potencial afastamento dos pais, poderá conduzir a um ritmo de interação menos adequado entre a díade.

Durante a ocorrência de atenção compartilhada, o emprego gestual inclui tanto a produção quanto a compreensão de gestos produzidos por outros. Apontar, por exemplo, emerge como uma função de compartilhar a atenção e o interesse com o parceiro. Apontar para brinquedos que estão a uma certa distância não é uma atividade comum até o final do primeiro ano de vida. Os dados que confirmam essa posição provêm de vários estudos (Messer, 1994, 1997; Schaffer, 1984). Um dos estudos investigativos da habilidade da criança em seguir o gesto de apontar feito pela mãe mostrou que, enquanto bebês de nove meses tinham condições de seguir apenas informações simples, tais como deslocar o olhar da mão materna para o objeto, os de 14 meses podiam localizar um objeto seguindo movimentos mais complexos dos gestos maternos (Messer, 1994). Ainda com relação ao gesto de apontar, um dos resultados mais importantes de um estudo longitudinal realizado por Bates, Camaioni e Volterra (1975), revelou que esse gesto é um preditor da capacidade lingüística subsequente.

A literatura aponta para evidências de que a habilidade de AC encontra-se comprometida no autismo (Mundy, Sigman, Ungerer & Sherman, 1986; Robertson, Tanguay, L'Ecuyer, Sims & Waltrip, 1998). Em uma situação experimental, testada por Philips, Baron-Cohen e Rutter (1992), havia dois tipos de ação do experimentador para com as crianças com autismo e as do grupo controle (crianças com desenvolvimento típico e com deficiência mental, emparelhadas em idade mental). Tais ações eram compostas de uma situação “ambígua”, na qual o experimentador encorajava e bloqueava simultaneamente a ação da criança em direção a um brinquedo, e de uma situação “clara”, quando o experimentador realmente dava o brinquedo para a criança. Na situação ambígua, as crianças do grupo controle fizeram contato ocular imediato, enquanto as do grupo com autismo não. Para os autores, o olhar imediato para o adulto teria a função de “busca de informação” sobre o significado dessa ação ambígua, o que parecia não ocorrer no grupo com autismo.

Uma situação estruturada de interação criança-experimentador foi utilizada por Mundy e colaboradores (1986). Nesse estudo, o grupo com autismo distinguiu-se dos grupos controle (deficiência mental e um grupo não-clínico) quanto à capacidade de mostrar/apontar para objetos e quanto ao olhar de referência. Também foram reportados déficits na capacidade de seguir o olhar do experimentador, acompanhado ou não por gestos.

Os dados que apoiam a visão de que a habilidade de atenção compartilhada é tanto um preditor quanto um correlato do desenvolvimento da linguagem em crianças com autismo são provenientes de um estudo de Mundy, Sigman e Kasari (1990). Os resultados desse estudo indicaram que o comportamento de AC foi o preditor mais poderoso do desenvolvimento da linguagem do que o nível de fala ou o QI.

Como sugerem os estudos revisados, a habilidade de AC exerce um papel importante no desenvolvimento da linguagem, apresentando algumas especificidades no caso das crianças sob o espectro do autismo. Da mesma forma, a literatura aponta para particularidades em relação ao brinquedo imaginativo dessas crianças. Cabe salientar que muitas delas podem mostrar extrema dificuldade em desenvolver a brincadeira imaginativa, podendo, inclusive, não desenvolvê-la (Wing, 1996).

Esta área de estudos também é focalizada por Trevarthen e colaboradores (1996). Os autores sugerem que as dificuldades que essas crianças enfrentam no brinquedo estão correlacionadas com suas dificuldades para se comunicar e aprender significados pela instrução de outras pessoas. Para eles, isso se relaciona com a falha para compreender as respostas afetivas e a cooperação com o outro. Nesse sentido, é comum verificar crianças com autismo fascinadas com a mera presença dos objetos e seus aspectos sensórios imediatos. Por outro lado, as mesmas costumam apresentar-se desinteressadas pelo significado cultural ou simbólico destes.

Para Wing (1996), as crianças sob este espectro exploram os brinquedos apenas pela sensação física que eles provocam. Além disso, a autora aponta que é comum criarem uma seqüência de eventos e ficarem repetindo-a sem modificação. Essas crianças parecem gostar de repetir e decorar palavras de uma determinada história e encenar, por exemplo, algum personagem televisivo, animal ou até mesmo um objeto inanimado. Desse modo, Wing chama a atenção para o fato de que as crianças sob o espectro do autismo parecem

viver realisticamente tais encenações e não fingir que são pessoas ou coisas. Além disso, aponta que a habilidade de compartilhar idéias com outras pessoas e de usar experiências passadas e presentes para planejar o futuro apresenta-se comprometida. A autora enfatiza também o comportamento da criança sob o espectro do autismo em relação às atividades que lhe dão prazer, o que denominou atividades repetitivas estereotipadas.

### 1.2.3. Comportamento e interesses restritivos/repetitivos

De acordo com Wing (1996), comportamentos e interesses restritivos/repetitivos se expressam no movimento ou apenas na manipulação do corpo - balanço prolongado do corpo, aceno da cabeça, rolar os olhos, por exemplo - , e/ou de objetos. Podem também caracterizar-se como comportamentos mais complexos: estimulação primariamente visual (olhar fixamente para luzes, objetos de rotação como máquinas de lavar, ventarolas e objetos em linha); estimulação vestibular (girar enquanto se está de pé); ou estimulação predominantemente tátil ou auditiva (Ex.: acariciar, escarafunchar alguém ou objetos, repetir uma série de palavras). Para a autora, o engajamento em tais comportamentos tende a ser prolongado e causar isolamento social. A pessoa age como quem não “vê” ou “ouve” algo a sua volta. Além disso, é possível pensar que a origem destes comportamentos decorre de alguma situação desprazerosa, de difícil resolução.

### 1.2.4. Outros comprometimentos

Algumas crianças sob o espectro do autismo não gostam de ser tocadas, podem ser bastante sensíveis aos cheiros, indiferentes a mudanças de temperatura e, muitas delas, se auto-flagelam repetidamente (Wing, 1996). A autora ainda discorreu sobre o apetite e a sede dessas crianças. Algumas delas parecem não reconhecer o significado da sensação de fome, sendo bastante comum a sede ou fome excessiva, chegando até mesmo a vomitarem. No entanto, quando estão envolvidas em atividades de que gostam, o desejo de beber ou comer parece ser esquecido.

A ansiedade vista sob o ponto de vista do espectro autista, origina-se a partir de situações confusas e angustiantes para tais crianças, que não entendem porque estes eventos

acontecem (Wing, 1996). Normalmente, elas não entendem os perigos reais e, ao contrário, permanecem calmas quando o restante dos integrantes da família estão nervosos diante de algum evento alarmante. Alguns dos medos específicos podem ser de balões, cachorro, tomar banho, andar de ônibus, barulhos, etc. Para a autora, a atenção destas crianças é dirigida apenas ao que lhes interessa. Não há motivação para ter atenção sobre aquilo que não lhes desperta o interesse, na medida em que a família acaba “fazendo” por elas, prejudicando a aquisição de uma maior independência.

Os comportamentos inapropriados destas crianças estão relacionados ao medo e a confusão diante de situações que não lhes são familiares, bem como à interferência em suas rotinas repetitivas. Além disso, há uma falha no entendimento das regras sociais, o que as conduz a persistir em atividades que querem realizar, sem a habilidade de considerar as possíveis conseqüências. Geralmente, elas não mentem, apenas inventam histórias baseadas em algo que viram na televisão, por exemplo, quando não há intenção de enganar (Wing, 1996).

As habilidades especiais, quando presentes, tendem a ser as viso-espaciais, que não envolvem a linguagem, como por exemplo montar quebra-cabeças (Wing, 1996). Outras potencialidades são: tocar instrumentos; compor músicas; calcular equações matemáticas complexas; ler fluentemente, ainda que com uma compreensão pobre de texto; uso adequado de computadores, entre outros aspectos. Segundo a autora, tais habilidades podem desaparecer durante a vida adulta. Vistas as principais condutas do espectro do autismo, a seguir serão abordadas algumas evidências clínicas e empíricas sobre a ocorrência de tais comportamentos em crianças com DVC.

### 1. 3. Condutas do Espectro do Autismo em Crianças com Deficiência Visual Congênita

Ao se revisarem os estudos sobre a associação entre as condutas autistas e DVC, destacam-se importantes contribuições. Há evidências de similaridades entre crianças com DVC e autismo quanto a dificuldades na expressividade emocional e no reconhecimento da emoção (Minter, Hobson & Pring, 1991; Rogers & Puchalski, 1986). Da mesma forma, existem evidências de comprometimentos no brinquedo simbólico criativo e na linguagem - ecolalia e confusões no uso de pronome pessoal - (Andersen, Dunlea & Kekelis, 1984).

Também foi documentada a presença de estereotípias excessivas (Tröster & Brambring, 1992). Para esses autores, uma explicação possível para esse fato seria a dificuldade da criança para atrair a atenção da mãe e exercer controle sobre o ambiente, o que produziria, uma tendência ao isolamento social.

O estudo de Fernell, Jacobson e Gillberg (1998) identificou condutas do espectro do autismo em crianças com DVC, cuja deficiência devia-se ao transtorno de retina hereditário e à retinopatia de prematuridade (RP). Essa última condição tende a ocorrer em nascimentos pré-termo. Nesses casos, os bebês podem ser acometidos por sucessivas infecções respiratórias, cujo tratamento requer o uso de oxigênio que, em excesso, pode causar danos à retina. A amostra constituiu-se de 33 crianças e adolescentes suecos com DVC, selecionados a partir dos registros nacionais entre os anos de 1980 a 1990. A idade variou entre 0 e 19 anos. Os participantes freqüentavam centros educacionais atendidos por equipes multidisciplinares (oftalmologista, psicólogo, professor especializado em educação infantil e fisioterapeuta). Um dos grupos foi constituído por 14 crianças e adolescentes com DVC em função de transtorno de retina hereditário. O outro constituiu-se de 19 crianças e adolescentes com DVC em função da RP. O estudo de caráter sistemático e controlado durou cerca de 3 anos. Nesse período foram realizados exames por psicólogos e outros especialistas em condutas do espectro do autismo. Além disso, foram realizadas entrevistas com os pais, avaliações do desenvolvimento e observações do comportamento das crianças. Para o diagnóstico do autismo, foram considerados os critérios diagnósticos do DSM-IV e os escores na escala diagnóstica CARS (*The Childhood Autism Rating Scale*).

No grupo das crianças com RP, 15 (8 meninos, 7 meninas) apresentaram transtorno autista e 4 (3 meninos e 1 menina) apresentaram traços de comportamentos do espectro do autismo. As dificuldades situaram-se predominantemente no domínio da interação social e na apresentação de estereotípias motoras (mãos e corpo). Quanto à comunicação, foram detectados problemas na interação com outras pessoas, no brinquedo de faz de conta e na imitação social. Nas entrevistas com os pais, foram relatados atraso na linguagem (fala), a tendência a evitar alimentos sólidos, além de dificuldades para dormir. Evidenciou-se também que em 2/3 do grupo foi diagnosticado retardo mental e 1/3 tinha sido acometido de paralisia cerebral ou epilepsia. No grupo das crianças com transtorno de retina hereditário, apenas duas das 14 preencheram os critérios do CARS para o diagnóstico de



autismo. Foram relatadas também dificuldades quanto à interação social, bastante relacionadas ao contato diário com os colegas com DT. Diferente do grupo com RP, nesse grupo as crianças apresentaram, tanto nos anos pré-escolares como escolares, bons níveis de inteligência e de desenvolvimento motor em geral. Apenas nos dois casos em que o autismo foi diagnosticado é que os pais relataram a ocorrência de atraso na linguagem. Várias adolescentes do grupo apresentaram, quando mais jovens, estereotípias motoras, mas que desapareceram por volta dos 6 ou 7 anos de idade.

Os autores, a partir desse estudo, concluíram que crianças com DVC devido à RP possuem maior risco de apresentarem transtorno autista, ou condutas do espectro do autismo associadas a danos cerebrais, do que crianças com DVC por transtorno de retina hereditário (Fernell & cols., 1998). De igual modo, ressaltaram a diferença entre sintomas referentes ao autismo e o que se denomina de *blindisms* (comportamentos estranhos exibidos pelas crianças com DVC). O padrão de tais comportamentos pode ser interpretado como adaptativo diante da condição imposta pela deficiência. Nesse sentido, muitos *blindisms* encontrados em crianças com DVC são provavelmente equivalentes às estereotípias motoras em crianças que têm retardo mental, mas não preenchem os critérios para o transtorno autista.

As observações relatadas por M. H. Gense e D. J. Gense (1994) corroboram alguns dos resultados encontrados por Fernell e colaboradores (1998). Os autores identificaram em crianças com DVC comportamentos estereotipados, como, por exemplo, transtornos do movimento, que se intensificaram em espaços amplos. As explicações sobre as possíveis diferenças na etiologia desses comportamentos foram apontadas. De acordo com os pesquisadores, as estereotípias são geralmente atribuídas ao comportamento obsessivo ritualizado, enquanto que na DVC, a base desses transtornos seria uma insegurança em relação ao ambiente. Girar sobre si mesmo, por exemplo, pode ser resultado de anormalidades neurológicas, que frequentemente acompanham o autismo e alguns modos de deficiência visual, ou reações à privação sensorial. Outros comportamentos auto-estimulatórios, que vão do balanço da cabeça até algumas formas de automutilação, são prontamente induzidos em condições de privação produzidas experimentalmente. Portanto esses comportamentos podem ser explicados como reações à perda de estimulação visual em crianças deficientes visuais. Por outro lado, esses comportamentos desaparecem quando

a criança é estimulada ou desenvolve modos mais adaptativos de auto-estimulação. Já nas crianças com autismo, esses comportamentos podem ser mais persistentes e aparentes, mesmo quando não apresentam perda sensorial identificável (Jordan, 1996). Nesse sentido, a autora sugere que o comprometimento social no autismo leva a uma espécie de “cegueira” à estimulação social significativa.

A comparação entre criança com DVC e autismo é tratada também por Baron-Cohen (1995). Para esse autor, a atenção compartilhada pode ser desenvolvida através de outras modalidades sensoriais, além da visão, como o tato ou a audição. O autor descreve um caso de uma criança deficiente visual severa que, ao ser solicitada por sua mãe a “deixá-la ver” o carrinho com o qual brincava, acenou com o mesmo na mão, assim como empregou as palavras “veja” ou “olhe”, ao chamar a atenção de sua mãe para os brinquedos. Disso depreende-se que a criança com tal deficiência parece compreender que “ver” significa explorar um objeto, perceptualmente.

Por outro lado, a criança com autismo é capaz de perceber se as pessoas estão olhando para ela ou não e ainda seguir a direção do olhar, se for instruída para isso. Entretanto parece não ter qualquer consciência sobre o compartilhamento da atenção, o que pode levar a problemas sociais mais profundos (Jordan, 1996). Estudos empíricos nessa área vão de encontro a alguns desses achados clínicos.

O estudo de Brown, Hobson e Lee (1997) teve como objetivo avaliar a prevalência de condutas autistas em 24 crianças com DVC, com idades entre 3 e 9 anos, através de relatos de professores e observações sistemáticas dos comportamentos infantis. As crianças foram divididas em dois grupos: aquelas com QI acima de 70 e aquelas com QI abaixo de 70. Além disso, as crianças foram designadas a dois grupos distintos no que se refere à presença de condutas do espectro autista ou desenvolvimento típico. Os resultados mostraram que a grande maioria das crianças com DVC com condutas do espectro autista apresentaram QI mais alto (15 crianças). Esse grupo de QI mais alto com DVC foi comparado com crianças com DT emparelhadas por idade e habilidade verbal. O grupo de QI mais baixo (9 crianças) com DVC foi comparado com um grupo de 9 crianças com autismo, emparelhadas por habilidade verbal e por idade aproximadamente. Todas as crianças foram testadas quanto ao QI verbal nas versões da *Wechsler Pre-School and*

*Primary Scale of Intelligence* (WIPPSI) ou a *Weschler Intelligence Scale for Children-Revised* (WISC-R), as quais não incluíram material de teste pictorial.

A investigação dos comportamentos característicos do autismo, nas crianças com DVC e com autismo foi realizada com base nos critérios do *DSM-III-R*. Além disso, as crianças foram observadas por 20 minutos em situação de brinquedo livre, em uma sessão de avaliação de linguagem e durante atividades em sala de aula. Nessas observações foram preenchidas as escalas *The Childhood Autism Rating Scale* (CARS) e *The Behaviour Checklist for Disordered Preschoolers* (BCDP). Os itens da escala CARS contemplam relacionamento com outras pessoas, imitação, expressão emocional, uso do corpo, peculiaridades no uso do objeto, resistência à mudança, responsividade visual (omitida para o grupo com DVC), responsividade auditiva e responsividade tátil. O BCDP contém 29 itens associados aos relacionamentos com outras pessoas e com objetos, bem como a distúrbios motores e a prejuízo na linguagem.

Os resultados encontrados revelaram que mais da metade da amostra das crianças com DVC atingiu um escore elevado na escala que mediu as condutas do espectro do autismo. No que se refere ao *DSM-III-R*, 10 das 24 crianças com DVC, satisfizeram os critérios diagnósticos para o autismo. Cabe destacar que nesse estudo houve observações múltiplas em um número pequeno de participantes. No intuito de manejar com os dados, as medidas do CARS e do BCDP foram analisadas pelos fatores. Dessa forma, um componente de análise principal foi conduzido para identificar as dimensões essenciais responsáveis pelos escores dos itens dentro de cada escala.

No grupo das crianças com DVC de QI mais alto, comparado com o grupo das crianças com desenvolvimento típico, houve um fator do CARS (“prejuízo social”) que foi o responsável por uma proporção substancial da variância (54%) e um fator um tanto similar no BCDP (36% de variância). Quando os itens individuais foram examinados, houve diferenças significativas em uma variedade de aspectos, incluindo: relacionar-se com pessoas; uso do corpo; resposta aos objetos; comunicação verbal e não-verbal; coordenação motora; brinquedo interativo e tipo de brincadeira e ecolalia imediata. No grupo das crianças com DVC de QI mais baixo, comparado com o grupo das 9 crianças com autismo, não houve diferenças significativas entre os escores do fator médio de ambos os grupos. Contudo uma análise dos itens individuais das escalas não foi justificada. Considerando

apenas as manifestações mais severas das categorias do CARS, a maioria das crianças com autismo, e apenas uma minoria das crianças com DVC, foram classificadas como possuindo anormalidades profundas para se relacionarem com pessoas.

A psiquiatra encarregada do julgamento clínico considerou que poderia fazer um diagnóstico confiante de autismo em apenas duas das crianças com DVC, e um diagnóstico bastante experimental em mais de 4 das 9 crianças do espectro do autismo. Em todas as crianças com autismo, com quem as crianças com DVC foram comparadas, o diagnóstico foi feito de modo mais seguro. Na maioria das crianças com DVC, a clínica teve sérias dúvidas quanto ao fato da qualidade do prejuízo social, do engajamento afetivo e da comunicação com outros serem comparáveis àquelas das crianças com autismo.

De acordo com os autores, o resultado mais importante desse estudo é que, de fato, podem existir condutas autistas em crianças com DVC. Discute-se, ainda, que o aparecimento das condutas autistas em uma criança com deficiência visual pode ser ocasionado pela ausência de visão propriamente dita e não pela qualidade do prejuízo na comunicação social. Nesse sentido, qualquer criança sob esta condição tende a apresentar dificuldade nas tarefas que exigem sensibilidade aos estados mentais e crenças de outras pessoas.

Este estudo, em função de algumas razões, foi replicado por Hobson e colaboradores (1999). Primeiro, a necessidade de se utilizar uma amostra maior que possibilitasse focalizar aspectos específicos do quadro clínico para que diferenças importantes entre os grupos pudessem ser reveladas. A segunda razão foi porque as crianças com autismo do estudo original foram selecionadas com base na idade e QI. Contudo estas foram comparadas às crianças com DVC de QI mais baixo, inicialmente sem considerar seus aspectos clínicos. Além disso, as crianças com DVC foram avaliadas pelos subtestes verbais do WPPSI ou do WISC-R, enquanto que o grupo de crianças com autismo teve sua avaliação baseada no *British Picture Vocabulary Scale*. Não obstante, o emparelhamento foi conduzido antes das unidades de análise serem tomadas. Como resultado, as idades das crianças com DVC foram mais baixas, diferentemente do emparelhamento das crianças com autismo. Com isso, uma nova amostra de crianças com autismo foi selecionada e emparelhada com as 9 crianças com DVC do estudo anterior, pela idade cronológica, pelos escores no WPPSI ou no WISC-R e, ainda, pelo QI e idade

mental verbal. O novo grupo de 9 crianças com autismo foi constituído apenas por meninos, que, de acordo com os critérios diagnósticos preenchidos, foram considerados como “autistas clássicos”, sendo mais fácil a diferenciação daquelas crianças com somente condutas do espectro do autismo.

Nesse estudo, um novo instrumento foi adicionado, além dos já utilizados, CARS e BCDP, o *The Play Items for Disordered Preschoolers*, que contempla quatro dimensões: brinquedo com o objeto, brinquedo simbólico, diversidade do brinquedo e brinquedo com os pares (Hobson & cols., 1999). Os dois grupos foram similares quanto à diversidade do brinquedo e no brinquedo com pares, e mais ainda quanto ao brinquedo com objeto. Contudo houve divergência quanto ao brinquedo simbólico. Apenas duas das crianças com autismo mostraram alguma evidência de fingir atos com ou sem propósitos simbólicos. No grupo com DVC, ao contrário, 7 crianças apresentaram algum nível de brinquedo simbólico. Todavia em apenas uma dessas crianças a atividade foi elaborada em torno de um tema e nenhuma utilizou um objeto para representar outro. Além disso, no CARS, a ocorrência de anormalidade severa, nas diferentes dimensões investigadas, principalmente quanto ao relacionamento interpessoal e expressão emocional, foi maior nas crianças com autismo. No BCDP, as diferenças foram em relação ao afeto. No julgamento clínico, 2 das 9 crianças com DVC exibiram déficit na qualidade sócio-afetiva, aspecto que caracterizou o grupo das crianças com autismo.

Para Hobson e colaboradores (1999), tais resultados são intrigantes na medida em que existem diferenças na qualidade do “autismo” que aparece nas crianças com DVC, especialmente nos domínios sócio-afetivo e do brinquedo simbólico. Minter, Hobson e Bishop (1998), ao estudar a relação entre a DVC e a “teoria da mente”, concluíram que a falta de uma experiência compartilhada visualmente pode influenciar o comportamento comunicativo dos adultos. O desenvolvimento da compreensão dos estados mentais das crianças com DVC seria afetado, já que, para os autores, a unidade básica do entendimento social é interpessoal. A criança necessita, portanto, estar organizada motora e afetivamente, tornando-se habilidosa em adotar a atitude expressada pelo outro. Justamente, ao estar apta a reconhecer variações nas atitudes diante do *self* e do outro, é que ela virá a distinguir pensamentos de coisas. Uma criança autista, ao contrário, ainda que não apresente comprometimentos sensoriais ou de movimento, pode ter dificuldades no processo de

comunicação e, portanto, no desenvolvimento da habilidade de atenção compartilhada. Para Minter e colaboradores (1998), da mesma forma que a falta de visão predispõe a condutas autistas, esse mesmo aspecto pode ser superado efetivamente se estímulos compensatórios forem fornecidos.

Cabe destacar que, além dos teóricos das teorias afetivas (Hobson, 1993; Trevarthen, 1979), Baron-Cohen (1995) também acredita que as crianças com DVC apresentarão comportamentos em geral semelhantes às crianças com DT. Para isso, basta que lhes sejam dadas maneiras alternativas de conhecer as idéias das outras pessoas e responder às suas expressões.

O estudo da relevância da linguagem e suas implicações para a interação entre cuidador e criança com DVC foi realizado por Pérez-Pereira e Conti-Ramsden (1999). Para isso, os autores revisaram alguns estudos que centraram-se no uso dos gestos em crianças sob essa condição (Iverson & Goldin-Meadow, 1997; Iverson, Tencer & Goldin-Meadow, 1998). Esses pesquisadores estudaram longitudinalmente crianças com DVC entre 14 e 28 meses de idade, comparadas a um grupo de crianças com DT. Os resultados apontaram que o grupo com DVC apresentou uma variedade de gestos, centrados em indicações de objetos que estavam próximos da mão ou gestos convencionais (Ex.: apontar com o dedo). Em comparação ao grupo controle, as crianças com DVC apresentaram menos gestos e de natureza mais limitada. Isso sugeriu que a experiência visual influencia mas não é essencial para o desenvolvimento dos gestos e, portanto, da AC, embora essa habilidade sócio-comunicativa não tenha sido o foco das pesquisas. Nesse sentido, algumas evidências apontam para a utilização de formas compensatórias de comunicação que permitiram o transcorrer da interação entre o cuidador e a criança com DVC (Bigelow, 1986; Urwin, 1984). Sugeriu-se que os cuidadores driblaram a ausência da visão ao promover jogos sociais priorizando seqüências previsíveis e contato físico intenso (Ex.: cantar, brincar tocando no corpo da criança). Os autores acrescentam ainda que, através dessas atividades referidas, somadas à linguagem oral, os cuidadores permitem a exploração ativa do ambiente e o engajamento das crianças com DVC em episódios de AC.

A presença de aspectos do espectro do autismo na linguagem de crianças com deficiência visual foi estudada por Pérez-Pereira (2000). O autor realizou uma revisão sobre os seguintes aspectos referentes à linguagem: o uso de pronomes pessoais, imitações,

estereotípias, referência egocêntrica, similaridades na habilidade de iniciar a conversa e na capacidade para a contingência conversacional. Pérez-Pereira entende que as crianças com DVC, e também as crianças com autismo, passam por dificuldades em seu desenvolvimento social, que podem levá-las a comprometimentos na linguagem e na capacidade simbólica. Contudo, para ele, os estudos que encontraram comportamentos do espectro do autismo em crianças com DVC (Brown & cols., 1997; Hobson & cols., 1999) não se preocuparam em explicar as naturezas distintas que levam as crianças a apresentarem comportamentos e dificuldades semelhantes. Ao se tratar de uma população bastante heterogênea (Ex.: etiologias diferentes; níveis variados de acuidade visual; existência ou não de prejuízos adicionais; diversas possibilidades de práticas educacionais), deve-se levar em conta as diferenças individuais de cada criança. Além disso, esses estudos deveriam contemplar as rotas e estilos alternativos de desenvolvimento seguidos por essas crianças, através das outras fontes de informação que não a visual.

Os comportamentos comunicativos de um menino de 3 anos com DVC, na sala de aula, que exibia dificuldades de comunicação, apresentando ecolalia e inversão de pronome, mas sem um transtorno de linguagem associado foram examinados por Perfect (2001). Além da avaliação da linguagem e alguns pontos específicos (habilidade de identificar e nomear objetos comuns, sentenças formuladas oralmente, respostas, uso apropriado de pronomes, realizar diferentes tarefas relacionadas à linguagem), foram tomados relatos dos professores e realizadas observações com os pares.

Os resultados desse estudo demonstraram que o menino examinado apresentou ecolalia imediata apenas quando um professor falava diretamente com ele (Perfect, 2001). Além disso, a criança mostrou-se apta a manter conversas com adultos sobretudo quando recebia atenção mais individualizada e alguma orientação para completar tarefas, com menor demanda para a realização dessas. No entanto, o menino apresentou dificuldades quanto ao uso de pronomes, expansão da atenção para brincar e sobretudo para interagir com os pares, já que a ausência de visão não lhe permitiu interpretar as pistas não verbais e sociais dos colegas. A autora sugere, a partir destes achados, que a aparente rejeição dos colegas pode fazer com que a criança com DVC tenha maior probabilidade de desenvolver atividades solitárias e prefira as atividades conjuntas com os adultos. Além disso, aponta

que um caminho possível para propiciar tal interação seria incentivar o brincar com adultos inicialmente e, progressivamente, com os pares.

A partir do que foi exposto, verifica-se que as questões sobre como a habilidade de AC se desenvolve na deficiência visual são pouco focalizadas na literatura. Dessa forma, na continuação da revisão serão abordados estudos que enfocam a interação cuidador-criança e seus diferentes aspectos diante da DVC.

#### **1.4. Interação Social Cuidador-criança e Deficiência Visual Congênita**

Os repertórios sócio-comunicativos das crianças com DVC e com autismo apresentam várias características em comum (Recchia, 1997a). Por perceberem os estímulos de forma diferente, essas crianças acabam dificultando o entendimento do que estão comunicando para os seus cuidadores e para outros parceiros. Como resultado, déficits sociais podem ser mascarados nos primeiros anos de vida, se as díades estão acostumadas a se comunicarem dentro de uma estrutura e rotina particulares, que muitas vezes leva ao reforçamento de tais comprometimentos.

No caso do autismo, há evidências de que mães de crianças sob essa condição tendem a ser afetadas pelo perfil comunicativo bizarro de suas crianças, podendo estas serem extremamente diretivas em seu estilo de interação ou, ao contrário, retraírem-se da interação (Trevvarthen & cols., 1996). Diretividade no presente estudo é definida como comportamento verbal caracterizado como imperativos e reprovação dos atos da criança (Bosa, 1998).

A interação entre mães e crianças com autismo, em comparação com as mães de um grupo de crianças com deficiência mental e com desenvolvimento típico, foi examinada por Kasari, Sigman, Mundy e Yirmina (1988). As díades foram filmadas por 12 minutos, usando ou não brinquedos, em situações semi-estruturadas. Esses autores encontraram que as mães de ambos os grupos esforçaram-se para eliciar o contato olho a olho e usaram estratégias de controle para chamar a atenção de suas crianças, mais frequentemente do que as mães de crianças com DT. No entanto as mães do grupo das crianças com autismo passaram mais tempo segurando fisicamente seus filhos durante a tarefa do que as do grupo das crianças com deficiência mental, as quais tendiam a apontar para os objetos. Além



disso, quanto mais comprometida apresentava-se a criança para compartilhar a atenção, mais a mãe era diretiva. Eles sugeriram que o uso dessas estratégias serviu como forma de aumentar o engajamento para a AC. Não obstante sugeriram que a qualidade dos comportamentos dos cuidadores se daria em função dos esforços para compensar o comportamento inapropriado ou insuficiente da criança.

A presença de comportamentos diretivos em mães de crianças com atraso de desenvolvimento foi investigada por Sigolo (2000). A autora observou longitudinalmente cinco díades mãe-criança em situações de rotina diária e de brinquedo livre. A diretividade materna foi concebida como um estilo interacional a ser entendido a partir de suas qualidades adaptativas. Nesse sentido, Sigolo destacou a relevância de entender os diferentes objetivos a que a diretividade serve para cada mãe. Além disso, ela chamou a atenção para o fato de que em vários estudos se compara esta variável com intrusividade e falta de sensibilidade para o comportamento infantil.

As díades foram filmadas em cinco etapas, num período de 12 meses (Sigolo, 2000). As idades das crianças variavam entre 12 e 18 meses, sendo que três apresentavam um diagnóstico de atraso de desenvolvimento e uma de Síndrome de Down. O instrumento de avaliação psicológica utilizado visou a detectar o estágio de desenvolvimento das crianças nas áreas motora, de linguagem, social, cognitiva e emocional. Os resultados revelaram que as mães, ao longo do estudo, passaram a evidenciar uma frequência maior de atos não-diretivos - quando a mãe interagia com a criança sem a preocupação de regular ou dirigir seu comportamento ou atividade - e diretivos de ação independente - quando a mãe empregava comportamentos verbais e/ou não verbais para regular ou dirigir um comportamento ou atividade da criança. Numa análise evolutiva, detectaram-se diferenças individuais na maneira como a mãe lidava com seus padrões de diretividade. As crianças, de modo geral, demonstraram níveis crescentes de oposição aos diretivos de ação dependente. Entendeu-se como diretivos de ação dependente, quando a mãe utilizava recursos para assumir totalmente a realização de uma atividade ou mesmo para impedir que a criança a realizasse. A oposição das crianças se deu em dois níveis: ativa, definida como gesto ou verbalização infantil com sentido de negação à ordem, sugestão ou atitude da mãe; e passiva, definida como choro, choramingo, resmungo ou indiferença à ordem, sugestão ou

atitude da mãe. Esses resultados apontam que diferenças qualitativas nos padrões de diretividade podem provocar efeitos distintos no processo de socialização.

A diretividade materna foi investigada também por Borges e Salomão (2003). Os autores teceram considerações importantes a esse respeito em sua revisão sobre os efeitos da fala materna (*motherese*) na aquisição da linguagem por parte da criança. Com base na perspectiva da interação social, os autores destacaram que há um grande número de evidências sobre quais estilos de *input* - experiências recebidas do meio social - podem facilitar o desenvolvimento lingüístico da criança e quais podem inibir seu percurso “normal”. A diretividade seria um dos estilos de *input* que pode interferir negativamente no desenvolvimento da linguagem. Através de comandos, direções e instruções, este estilo estaria associado a um desenvolvimento mais lento da linguagem da criança. Assim como apontado anteriormente por Sigolo (2000), a diretividade parece ser um estilo de *input* característico das mães de crianças com desenvolvimento atípico. De um modo geral, crianças com Síndrome de Down e com distúrbios específicos de linguagem aparentam ser menos ativas e se comunicam de forma menos espontânea. Isto leva a supor que a diretividade dos pais pode ser uma compensação inevitável para a passividade e falta de compreensão ou baixa responsividade da criança.

Não obstante, as incoerências que existem a respeito da conceituação da diretividade foram apontadas por Borges e Salomão (2003). Em razão de que cada autor define-a segundo suas propostas de análise, muitas vezes gera-se um estereótipo negativo (intrusividade, insensibilidade), atribuído ao estilo de fala diretiva. Tal estereótipo não distingue quando a diretividade pode ser facilitadora de quando é considerada inibidora para o processo de aquisição da linguagem. Ademais, os efeitos desse estilo não devem ser interpretados de forma direta, pois seus aspectos podem desempenhar diferentes papéis na comunicação entre os pais e as crianças aprendizes da linguagem. Conclui-se que a criança provavelmente alcançará com mais eficácia o domínio da linguagem se oportunidades de interagir socialmente lhe forem dadas.

Goldin-Meadow (2003) concorda com essa posição em seus estudos sobre a resiliência da linguagem em populações de desenvolvimento atípico. Para a autora, o fato de estar em um mundo não-visual terá pouco impacto sobre o aprendizado da linguagem,

pois a criança com DVC poderá utilizar-se de outras pistas contextuais que a ajudem na construção de significados.

Vistas estas dificuldades quanto ao desenvolvimento atípico, a interação social com a criança deficiente visual é, de igual modo, complexa (Santin & Simmons, 1977). De acordo com os autores, as pessoas em geral, e até mesmo os parentes, podem mostrar reações extremadas, tais como: rejeição, por um lado, ou superproteção, por outro. Mais especificamente, no que diz respeito a rejeição, os autores apontaram algumas considerações relevantes. Para eles, os companheiros parecem evitar a interação social com a criança deficiente visual porque ela se mostra aparentemente desinteressada, não-comunicativa e não informada sobre os rumos da brincadeira. Além disso, falta-lhe o reconhecimento dos indícios visuais que iniciam e mantêm o relacionamento emocional íntimo como, por exemplo, as expressões faciais e os gestos, que constituem um importante componente emocional da comunicação, desde os primeiros anos de vida.

De acordo com estudos revisados por Recchia (1998), observações de bebês com DVC, desde o nascimento têm indicado que a qualidade de suas expressões faciais são frequentemente subjugadas, e que suas mães podem ter dificuldade de interpretar algumas pistas destes bebês. Embora o bebê com DVC não apresente dificuldades para perceber estímulos auditivos e táteis, se as respostas dos pais forem apenas possíveis de serem percebidas pela visão (Ex.: sorriso) este bebê poderá ter problemas (Warren, 1994). A substituição do estímulo visual pelo estímulo auditivo não é automática para a maioria das mães e há indícios de que uma resposta de uma criança com deficiência visual a um estímulo auditivo não é paralela a uma resposta de uma criança com visão a um estímulo visual (Recchia, 1998).

As dificuldades enfrentadas pelas crianças com DVC referentes ao seu relacionamento com o ambiente, foram relatadas por Sandler e Hobson (2001). Essas observações, realizadas na *Blind Nursery of the Anna Freud Centre* (anteriormente chamada de *Hampstead Child Therapy Centre*) durante as décadas de 1950 e 1960, realçaram as implicações da deficiência visual a longo prazo para o desenvolvimento. Além disso, os autores discutem a respeito de uma perspectiva nova, atrelada aos diferentes canais de comunicação, sobre a natureza e o papel do engajamento interpessoal no desenvolvimento das crianças com visão.

Por apresentarem padrões atípicos de comunicação, as crianças com deficiência visual parecem receber de seus pais respostas menos encorajadoras às suas experiências, tendo o desenvolvimento da linguagem afetado (Recchia, 1998). Nesse sentido, a autora realizou um estudo exploratório, com o objetivo de examinar os padrões de comunicação desenvolvidos por díades mãe-criança com DVC. A amostra foi composta de três crianças entre 2 anos e 8 meses a 3 anos e 2 meses de idade com acuidade visual não excedente à percepção de luz. Além disso, as mesmas não portavam outras deficiências e viviam com os pais. Foram realizadas sessões de observação em casa, com duas horas de duração. Em uma dessas visitas havia uma situação semi-estruturada, com uma sessão de 10 minutos de brinquedo livre na presença de um dos pais. O pesquisador introduzia um estímulo ambíguo (trem de brinquedo com botões sonoros – estímulo não assustador) à criança e o cuidador apresentava outro (grande sopro de ar no rosto da criança – estímulo assustador). Houve ainda sessões adicionais para verificar a presença de comportamentos espontâneos quando as crianças estavam sozinhas ou em interação com irmãos e parentes. Os comportamentos maternos (resposta vocal ou nenhuma resposta) e infantis (referir-se à mãe; atender ao estímulo ou ignorá-lo) foram codificados por intervalos de tempo (30 segundos). Os dois codificadores, cegos aos objetivos do estudo, codificaram também o nível de sincronia entre a díade. O programa de intervenção precoce avaliou o nível de desenvolvimento das crianças. O Inventário HOME (*Home Observation Measurement of the Environment*) foi adaptado para esse estudo e utilizado para verificar sobretudo as atividades rotineiras da criança. Foram feitas descrições etnográficas de cada criança e família traçando seus perfis.

Os resultados encontrados por Recchia (1998) indicaram que as histórias familiares, os ambientes em que viviam, bem como, as características individuais das mães e as das crianças influenciaram as experiências comunicativas diárias entre a díade. Conforme destacado pela autora, o uso da linguagem como um veículo para a comunicação social foi demonstrado, de diferentes modos. No Inventário HOME, os itens responsividade emocional e verbal mostraram pouca variabilidade. Já os itens correspondentes à aceitação materna, à provisão de brinquedo e aos escores do envolvimento materno mostraram diferenças significativas entre as famílias. No que se refere as respostas aos estímulos ambíguos, Recchia encontrou diferenças qualitativas sobretudo quanto ao estímulo

assustador. Uma das crianças, que era mais comunicativa e possuía uma mãe mais responsiva, buscou mais ativamente o apoio e as orientações da mãe. Ao contrário, a criança menos comunicativa com sua mãe fazia suas próprias apreciações sobre os estímulos, sem contar com a mãe para obter informações. No entanto ambas crianças apresentaram níveis baixos de sincronia e menor espontaneidade durante a interação. Por seu lado as mães dessas crianças demonstraram e relataram níveis mais altos de estresse em suas vidas e sentimentos ambivalentes diante dos filhos. Apenas uma dessas três crianças estudadas, apresentou comportamento de referência como uma resposta inicial a ambos estímulos apresentados, após ter sido encorajada por sua mãe. Recchia verificou que tais padrões interativos entre as díades repetiram-se ao longo das outras observações domiciliares realizadas.

Algumas conclusões importantes foram levantadas a respeito desse estudo (Recchia, 1998). A autora aponta que as crianças com DVC, por se apoiarem em pistas táteis e auditivas mais do que em pistas visuais, acabam interpretando as experiências a partir de uma perspectiva diferente da utilizada por suas mães que enxergam. Nesse sentido, ela sugere que o estabelecimento de um entendimento compartilhado dos eventos, pode vir a ser prejudicado. Por outro lado, algumas mães, parecem ser mais efetivas na busca de formas alternativas de comunicar os significados dos eventos para suas crianças do que outras.

O modo mais específico como as mães interagem com seus filhos com DVC foi pesquisado por Behl, Akhers, Boyce e Taylor (1996). A amostra desse estudo constituiu-se de 31 crianças com DVC, de 1 ano e 3 meses a 5 anos e 1 mês. As díades mãe-criança foram filmadas em sessões de brincadeira livre, durante 10 minutos. Dois sistemas de avaliação foram utilizados na codificação dos comportamentos maternos em três grupos: crianças com DVC, crianças com atrasos moderados de desenvolvimento e crianças com desenvolvimento típico, todas emparelhadas por idade cronológica. Um dos sistemas de codificação foi o *The Parental Behaviour Rating Scale* (PBRS), incluindo vários comportamentos como por exemplo: expressividade, sensibilidade, prazer, exaltação, aceitação e diretividade, entre outros. O outro sistema de codificação, *The Parent/Caregiver Involvement Scale* (P/CIS), verificou o envolvimento físico e verbal, a

responsividade, o controle de atividades, a interação no brinquedo e as declarações/vocalizações positivas e negativas.

Os resultados encontrados pelos pesquisadores parecem ter sido relevantes para o entendimento dos estilos maternos de interação no contexto da DVC (Behl & cols., 1996). No PBRS, as mães dos três grupos fizeram três pontos em cinco possíveis, o que foi classificado como níveis moderados dos comportamentos, sendo que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. No P/CIS, os grupos obtiveram escores altos nos fatores de qualidade e de apropriação. Nas subescalas que continham os comportamentos de envolvimento físico e de atividade de controle, as mães das crianças com DVC apresentaram maiores escores do que as mães dos outros grupos. De acordo com esses achados, os autores inferiram a necessidade das mães, durante a interação, de encorajar a criança com DVC a tomar um papel mais ativo durante a exploração. Desse modo, a criança pôde se locomover mais e apresentar menor frequência de comportamento auto-estimulatório. A principal conclusão desse estudo foi de que a presença da deficiência visual por si só não significa necessariamente que o estilo interativo da mãe será deficiente e exigirá remediação, podendo, inclusive, ser equivalente aos das mães de crianças com visão normal.

Os estilos de comunicação mãe-criança com DVC e sua relação com o desenvolvimento da linguagem vêm sendo examinados por alguns pesquisadores (Kekelis & Andersen, 1984; Kekelis & Prinz, 1996; Pérez-Pereira & Conti-Ramsden, 2001; Sapp, 2001). Esses estudos enfatizam a importância de se compreender como a criança ingressa no significado, para então adquirir a linguagem.

Para Bruner (1997), o significado simbólico depende de alguma forma crítica da capacidade humana de interiorizar a linguagem e utilizar seu sistema de sinais. A aquisição da linguagem pela criança requer mais do que a mera assistência das pessoas que dela cuidam. O autor ressalta a necessidade das crianças de interagirem com os outros durante tal processo. Determinadas funções ou intenções comunicativas estão bem estabelecidas antes mesmo que a criança tenha dominado a linguagem formal para expressá-la linguisticamente - indicar e solicitar, por exemplo. Bruner enfatiza a idéia de uma aptidão pré-linguística inata, ou seja, uma forma de representação mental despertada pelos atos e

expressões dos outros e por determinados contextos sociais básicos de interação dos seres humanos.

A literatura apontou evidências de que no que se refere ao desenvolvimento típico, os cuidadores focalizam o seu discurso quase que exclusivamente no que a criança já está interessada, para que assim ela possa determinar o tópico (Kekelis & Andersen, 1984). Sendo assim, quando há mudança de tópico, normalmente o cuidador oferece apoio gestual e monitoração do olhar a fim de verificar se a criança entende o que está acontecendo. Contudo, quando se está sob a condição da deficiência visual, este quadro pode mostrar-se alterado. Por essa razão, Kekelis e Andersen examinaram seis crianças de 1 a 3 anos de idade, com graus variados de DVC. As crianças foram filmadas em casa, interagindo naturalmente com suas famílias. Os resultados indicaram que os cuidadores das crianças com DVC forneceram amplamente estímulos diretivos e ofereceram relativamente poucas descrições do ambiente, sendo qualitativamente inferiores às descrições dos cuidadores das crianças com visão. Os autores destacaram também, que os cuidadores das crianças com DVC tomaram a iniciativa dos tópicos das brincadeiras em maior proporção do que suas crianças. A escolha desses tópicos esteve centrada mais em função das crianças com DVC do que nas coisas do ambiente.

Mais recentemente, Kekelis e Prinz (1996) examinaram os efeitos da DVC para os padrões familiares de conversação e para o desenvolvimento de habilidades discursivas. As conversas de quatro mães e suas crianças com DVC e com DT foram analisadas durante três sessões de brinquedo livre em seus lares. Os parâmetros de conversação que incluíam a duração dos turnos das díades, o equilíbrio entre as contribuições dos parceiros, e o uso de questões e imperativos das mães foram avaliados. Os resultados revelaram que as durações dos turnos das crianças com visão e suas mães foram comparáveis, mas aquelas das crianças com DVC foram bem mais curtas do que as de suas mães. Isso explicou-se pelo fato de que durante as brincadeiras as mães das crianças com DVC necessitavam dar uma maior assistência a seus filhos. Desta maneira, acabavam introduzindo um número maior de brinquedos e sugerindo como a brincadeira deveria se desenrolar. Segundo os autores do estudo, isso pode levar a restrição das habilidades da criança para ampliar seus interesses, bem como, para desenvolver sua autonomia.

De forma semelhante, Pérez-Pereira e Conti-Ramsden (2001) examinaram as interações verbais entre três mães e suas crianças com DVC, com idades entre 3 anos e 1 mês a 3 anos e 8 meses, dando atenção especial ao uso de diretivos maternos (imperativos que são exigências, comandos e pedidos; ou atos do discurso) e sua caracterização, ou seja, se estes continham informações ou não continham qualquer informação descritiva. Todas as crianças nasceram prematuramente e foram acometidas pela retinopatia de prematuridade, exceto a irmã de uma das crianças que, apesar de também ser prematura, apresentava DT. As crianças participantes do estudo foram filmadas durante 60 minutos em seus lares, incluindo as interações com as mães. Os resultados apontados pelos autores sugerem que as crianças com DVC não são menos capazes do que as crianças com DT para desenvolver suas habilidades comunicativas, pois iniciaram um grande número de conversas. Ainda, a média da duração dos turnos de fala das crianças com DVC por conversa foi alta, confirmando sua habilidade para iniciar turnos, participar de trocas e, conseqüentemente, contribuir para a manutenção do tópico. Quanto ao uso dos diretivos maternos, uma das mães utilizou uma freqüência maior desses comportamentos com a criança com DVC do que com a outra filha com DT.

Por consegüente levantou-se uma questão importante a esse respeito (Pérez-Pereira & Conti-Ramsden, 2001). Os autores alertaram sobre os cuidados que os pesquisadores devem ter ao interpretar os comportamentos maternos diretivos como prejudiciais ao desenvolvimento das crianças com DVC. As informações descritivas dos pais, mesmo sob um contexto diretivo, podem ser particularmente importantes para a aquisição da linguagem da criança, assim como para a díade estabelecer AC. Pérez-Pereira e Conti-Ramsden destacaram também, que sem a base visual para a interação, a linguagem atua como uma ferramenta para o contato entre mães e crianças, o que mais tarde será importante para o desenvolvimento do brinquedo simbólico.

A observação da atividade do brincar, de fato, é um dos aspectos mais importantes para o entendimento do desenvolvimento cognitivo e sócio-afetivo das crianças (Tröster & Brambring, 1994). Cabe salientar que diferentes estudos enfatizam a naturalidade com que tal atividade surge durante a infância (Recchia, 1997b; Silveira, Loguercio & Sperb, 2000; Zanandrea, 1998). Os autores ressaltam que as crianças com DT estão aptas a desenvolver a capacidade de brincar ao assistir e imitar as outras pessoas. Nesse sentido, a visão têm um



papel de destaque, pois as crianças aprendem como se relacionar com o outro e com os objetos simplesmente porque podem ver o que está acontecendo. A brincadeira enquanto uma experiência precoce serve como base para a exploração futura, manipulação de objetos e interação com pares. Também é importante na educação e na intervenção, pois uma instrução sistemática focalizada no brinquedo encoraja as crianças a terem mais experiências no ambiente que as cercam (Recchia, 1997b; Silveira & cols., 2000; Zanandrea, 1998).

É importante destacar alguns pontos referentes ao desenvolvimento dos tipos de brinquedo (Garvey, 1977; Howes, 1987). No primeiro semestre de vida, o brinquedo é exploratório. Nota-se que o bebê, precocemente, leva os objetos a boca e, depois, sacode-os e bate-os indiscriminadamente. Por volta dos 9/12 meses, ele passa a ter consciência de que os objetos existem mesmo quando não são vistos, usando sua capacidade motora para conseguir o que deseja. Ainda no segundo semestre de vida, a criança começa a verificar a funcionalidade dos objetos, como apertar botões e teclas. Mais tarde, este uso funcional dos objetos se amplia, e então, a criança passa a fazer uso de “ferramentas” (Ex.: um objeto para alcançar outro objeto). Ao final dessa etapa aparece o brinquedo simbólico, de forma rudimentar, o qual progride da brincadeira dirigida ao *self*, até a de fingir atos. Posteriormente o brinquedo simbólico vai se ampliando até que, ao final dos 2 anos de idade, a criança passa a combinar brinquedos, durante a atividade de faz-de-conta. Entre 2 e 3 anos o brinquedo adquire uma qualidade interacional importante ao caracterizar-se por cooperação e encenação de atos. Dos 3 aos 4 anos, a criança dirige-se a seus pares para juntas desempenharem papéis em um cenário imaginado. Nessa fase, as relações sociais vão tornando-se mais flexíveis.

Estudos na área do brincar em crianças com DVC revelam peculiaridades e controvérsias (Lewis, Norgate, Collis & Reynolds, 2000; Recchia, 1987). As preocupações comuns dos pais de crianças pré-escolares com DVC foram investigadas por Recchia. A autora indicou algumas situações nas quais as crianças com DVC apresentariam as maiores dificuldades. São elas: a exploração de bonecos e materiais; fazer transições de uma atividade para outra; e brincar com os pares.

Posteriormente, Recchia (1997b) focalizou-se na questão do impacto da DVC sobre as potencialidades da criança para o desenvolvimento do brincar. A autora centrou-se na

questão da importância do papel desempenhado por tal atividade, que poderá facilitar o desenvolvimento dos conceitos. Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que primeiramente a criança com DT utilizará a visão e, posteriormente, o som e o toque, para transitar facilmente de uma preocupação com seu próprio corpo a um interesse maior pelo ambiente. Todavia conforme apontado por Recchia, as crianças com DVC terão caminhos alternativos para atingir a compreensão acerca de si mesmas e das coisas do ambiente. Para tanto, a linguagem, principalmente a oral, e conseqüentemente o aprendizado do brincar, parecem ser fundamentais para que os pais entendam as pistas dadas por seus filhos com DVC. A autora aponta nesse sentido à importância de uma orientação aos pais para expandirem os potenciais do brincar dessas crianças que, em última instância, é a atividade que possibilitará o controle sobre o ambiente. A partir dessa aquisição, sugere-se que as crianças com DVC se tornarão mais competentes em lidar com os objetos e consigo mesmas. Novamente, Recchia chama a atenção para o papel importante a ser desempenhado pelos cuidadores. Esses, ao fornecerem oportunidades para a exploração precoce de materiais e lugares, ampliando-as através de descrições enriquecidas verbalmente, poderão auxiliar na integração das experiências de seus filhos de modo mais significativo. De forma semelhante, os mesmos poderão dificultar ou talvez, impedir que a ausência de visão leve seus filhos ao retraimento social.

As características do brincar em crianças com DVC foram revisadas por Rettig (1994). O autor apontou algumas das classificações para este, tais como: solitário, paralelo, funcional e exploratório; ou, simbólico, dramático e cooperativo. De particular interesse são os déficits que foram relatados pela literatura, no brincar simbólico. Segundo a revisão de Rettig, as dificuldades apresentadas pelas crianças com DVC para brincarem simbolicamente, estariam associadas aos transtornos de linguagem. Nesse sentido, o autor chamou a atenção para a necessidade de um tipo de intervenção que focalize o *self* da criança, o seu desenvolvimento sócio-emocional, bem como, os seus potenciais cognitivos. O autor sugeriu também que os adultos podem melhorar a qualidade do brincar, facilitando a adaptação ao ambiente, através de descrições adequadas do mesmo. Além disso, parece ser igualmente importante propiciar e favorecer o envolvimento destas crianças com outros adultos e pares com DT. Resultados semelhantes foram encontrados por Parsons (1986). O autor revelou diferenças nos estudos que compararam os tipos de

brinquedo apresentados pelas crianças com DVC e com DT, que foram emparelhadas por idade cronológica. Os resultados encontrados indicaram que crianças com DVC podem apresentar durante a brincadeira menos brinquedo funcional e mais comportamento estereotipado.

Tröster e Brambring (1994) analisaram questionários contemplando questões referentes ao desenvolvimento e particularidades do brinquedo de 91 crianças com DVC emparelhadas por idade cronológica a 74 crianças com DT. Os pais relataram que as crianças com DT se engajaram em níveis mais complexos de brinquedo, sobretudo quando eram mais jovens. No que se refere as crianças com DVC, os autores apontaram que essas interagiram menos frequentemente com outras crianças do que as crianças com DT. Ainda, preferiram jogos e brinquedos sonoros e táteis, e raramente engajaram-se em brincadeira simbólica. Por outro lado, a literatura mostra evidências controversas a esse respeito (Ferguson & Buultjens, 1995). Esses autores observaram um grupo de crianças com DVC em interação com seus pares, mensalmente, em sessões de brinquedo livre, ao longo de um período de 18 meses, além de medir o nível de desenvolvimento das mesmas, através de uma escala de desenvolvimento. Os resultados revelaram que as crianças que obtiveram escores mais altos na escala também exibiram um nível maior de brinquedo simbólico. As crianças com idade inferior a 18 meses, quando estimuladas por crianças mais velhas e com visão, apresentaram brincadeira simbólica e imitação.

O impacto da deficiência visual na brincadeira funcional e simbólica das crianças foi estudado por Lewis e colaboradores (2000). De acordo com os autores, a definição de brincadeira funcional envolvia o conhecimento conceitual da criança - uma cama serve para deitar. Já o conceito de brincadeira simbólica refletia também a capacidade de simbolizar - uma caixa pode ser usada para representar uma cama e uma boneca pode deitar nela. Participaram do estudo 18 crianças (7 meninos e 11 meninas), entre 21 e 86 meses, todas com diferentes níveis de DVC, emparelhadas por idade cronológica a um grupo de crianças com DT. Os materiais utilizados foram os seguintes: *Test of Pretend Play* (TOOP) e *Symbolic Play Test* (SPT) - duas situações estruturadas, conduzidas pelo experimentador - *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) e *Reynell- Zinkin Scales* (específico para DVC e outras dificuldades). Enquanto o SPT trata de quatro conjuntos de miniaturas de objetos cotidianos, o TOOP divide-se em quatro seções diferentes. A primeira seção avalia a

habilidade da criança de fazer referência a um objeto ausente usando objetos cotidianos. Na segunda, avalia-se a habilidade da criança de substituir até quatro pedaços de material não-representacionais por objetos que simbolizavam algo durante a brincadeira com uma boneca. As duas últimas seções do teste investigam a habilidade da criança para se engajar na brincadeira com um urso, nas situações de atribuir propriedades, substituir, fazer referência a um objeto ausente e desempenhar uma sequência de ações fingidas. O resultados apontaram diferenças significativas entre as crianças na seção dois do TOOP, e correlações importantes com a linguagem. É importante destacar que não houve diferenças quanto ao relacionamento dos dois tipos de brincadeira com o nível de DVC. Ainda, três das 18 crianças do estudo, as quais obtiveram escores altos no CARS, foram as mesmas que obtiveram escores baixos no TOOP ou falharam completamente em engajar-se nas tarefas propostas.

O entendimento que os autores fizeram sobre os resultados que encontraram em seu estudo levantou questões importantes quanto a relação da DVC com o brinquedo simbólico (Lewis & cols., 2000). A possível explicação dos pesquisadores para o atraso encontrado quanto à brincadeira funcional, é de que para as crianças com DVC fica difícil desempenhar uma atividade quando há um número significativo de brinquedos com os quais elas devem brincar. Em cada item da seção dois do TOOP, a qual envolvia grupos de objetos, a criança era perguntada sobre o que uma boneca podia fazer com uma, duas, três e quatro peças de material não-representacional respectivamente. Nesse sentido, os autores chamam a atenção para o fato de que muitas crianças, de ambos os grupos, conseguiram relacionar algumas das peças com a boneca, mas não todas. O grupo das crianças com DVC passou muito tempo fazendo perguntas e declarações como se estivesse checando se entendeu o que eram os objetos que estava manipulando. Ao contrário, menos de 5% das crianças com DT, buscaram informações sobre os brinquedos dessa forma. A conclusão dos autores ressaltou o papel fundamental exercido pela visão para a identificação dos objetos e conseqüentemente, sobre como uns se associam a outros. Para eles, é provável que dificuldades possam aparecer enquanto as crianças estão brincando, mesmo quando lhes é dado tempo suficiente para a exploração.

No Brasil, a literatura nesta área é bastante escassa. Recentemente um estudo de Silveira e colaboradores (2002), examinou a brincadeira simbólica de crianças com DVC.

Os participantes foram seis crianças com idades entre 6 e 11 anos e meio, pertencentes a nível sócio econômico baixo e freqüentando a pré-escola. As crianças foram observadas, na sala de aula, em dois contextos diferentes (brincadeira espontânea e brincadeira proposta), a fim de verificar se a influência destes determinaria distinções nos níveis simbólicos da atividade de brincar. As crianças com DVC estavam em interação com outras crianças, mas apenas no contexto da brincadeira proposta o observador sugeria a brincadeira de cunho simbólico. Posteriormente a essa etapa, as observações foram descritas e analisadas, com base nos níveis cognitivos propostos por McCune-Nicolich, que vão desde o período sensório-motor (0 aos 2 anos) até o período simbólico (2 anos em diante).

No contexto espontâneo, os resultados encontrados por Silveira e colaboradores (2002) foram de que todas as brincadeiras do período sensório-motor foram pré-simbólicas (quando não há faz-de-conta). Já no período simbólico, aparecem brincadeiras mais evoluídas em relação a este nível de desenvolvimento cognitivo. Quanto ao número de brincadeiras, quando se comparou os dois períodos no contexto referido acima, notou-se que estas ocorreram de forma equilibrada: sensório-motor (51,35%) e simbólico (48,65%). Por outro lado, no contexto proposto aparecem apenas brincadeiras no nível simbólico, sendo 72,72%, pertencente à níveis cognitivos elevados. Os autores destacam que tais resultados sugerem que a proposta de cunho simbólico feita pelo adulto (pais ou profissionais orientados) leva a criança com DVC a representar muito mais do que em situações espontâneas, quando uma proposta organizada não lhe é dada, ressaltando o papel decisivo da estimulação precoce e do papel do adulto como um facilitador deste processo.

Pesquisas na área da interação social e DVC têm implicações para o desenvolvimento de estratégias alternativas de comunicação que auxiliem a interação entre as famílias e suas crianças cujo desenvolvimento é atípico. Entretanto, a análise da questão da qualidade de interação entre os cuidadores e crianças com DVC revela a necessidade de mais investigações nessa área.

### **1.5. Justificativa, objetivos, e proposições do estudo**

A investigação do papel da visão no desenvolvimento é fundamental para a compreensão dos processos ligados à interação social (Recchia, 1998). A revisão da literatura revela que os poucos estudos que examinaram os comportamentos sociocomunicativos das crianças com DVC produziram resultados inconsistentes.

Enquanto as relações entre autismo e interação cuidador-criança têm sido alvo de um extenso número de pesquisas (Mundy & cols., 1986, 1990; Philips & cols., 1992), os estudos sobre o papel da deficiência visual congênita (DVC) na interação mãe-criança têm sido raros na literatura, o que aponta para a necessidade urgente de novas investigações nessa área.

Nesse sentido, o presente estudo visa a examinar a presença de possíveis condutas autistas, incluindo aqui o comprometimento na habilidade de atenção compartilhada, em crianças portadoras de DVC. Mais especificamente, busca-se identificar particularidades e diferenças nos comportamentos sociocomunicativos dessas crianças, quando comparadas àquelas com desenvolvimento típico (DT). Pretende-se, ainda, investigar a diretividade materna, nos dois grupos, ao tentar engajar os seus filhos em brincadeiras, e como é a qualidade do brinquedo nos dois grupos.

Com base na literatura, espera-se que o grupo de crianças com DVC apresente menor frequência do comportamento de atenção compartilhada do que o grupo de crianças com DT. Espera-se também que as crianças deficientes visuais congênitas apresentem frequências maiores de estereotípias motoras do que o grupo de crianças com DT. Em relação ao estilo materno de interação, espera-se que as mães das crianças do grupo com DVC sejam mais diretivas do que as mães do grupo das crianças com desenvolvimento típico. E ainda, em relação ao brinquedo, espera-se que as crianças com DVC apresentem menor frequência de brinquedo simbólico em relação às crianças com DT.

## CAPÍTULO II

### MÉTODOS

#### 2.1. Delineamento

Foi utilizado um delineamento de Estudos de Casos Múltiplos (Yin, 1994) composto por díades mãe/criança cuja criança apresentava deficiência visual congênita (DVC) (Grupo 1) e desenvolvimento típico (DT) (Grupo 2).

O Estudo de Caso é utilizado para investigar um fenômeno contemporâneo, dentro de um contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claros e quando o último tem uma influência forte sobre o fenômeno a ser investigado (Yin, 1994). É considerado uma estratégia para fazer pesquisa de natureza exploratória, envolvendo uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo particular dentro de seu contexto de vida real, usando fontes múltiplas de evidência. O Estudo de Caso foi utilizado nessa pesquisa por se tratar de um método que privilegia o estudo do fenômeno de maneira contextualizada, permitindo analisar os efeitos do impacto da deficiência visual congênita na qualidade de interação cuidador-criança.

De acordo com Yin (1994), o Estudo de Caso requer um delineamento específico de pesquisa, ou seja, uma lógica que vincule os dados a serem coletados (e as conclusões a serem feitas) às questões iniciais do estudo. O autor destaca cinco componentes para o delineamento do estudo de caso:

1. as questões de pesquisa;
2. as proposições;
3. a(s) unidade(s) de análise;
4. a lógica que vincula os dados às proposições;
5. os critérios para a interpretação dos dados.

O primeiro componente do delineamento são as questões de pesquisa. Definir as questões de pesquisa é, provavelmente, o passo mais importante em um delineamento, que pode levar tempo e requer muita paciência por parte do pesquisador. Yin (1994) refere que a chave para definir as questões de pesquisa começa com as questões “Sobre o que é meu

estudo?” e “Que tipo de pergunta estou fazendo: quem? o quê? onde? por quê? ou como?” Partindo deste ponto, o pesquisador começa a definir suas questões de pesquisa.

O segundo componente refere-se às proposições (ou hipóteses) do estudo. Elas direcionam a atenção do pesquisador para o que deve ser examinado no estudo, limitando o foco em questão. Quanto mais proposições houver no estudo, mais focalizado ele estará, viabilizando a coleta de informações (Yin, 1994).

O terceiro componente do delineamento diz respeito a unidade (ou unidades) de análise. No Estudo de Caso clássico (Único), a unidade de análise pode ser uma pessoa. Então, as informações serão coletadas em relação a esta pessoa. Várias pessoas poderão ser unidades de análise, compondo um Estudo de Caso Múltiplos. Neste sentido, as proposições auxiliam a identificar quais as informações relevantes a serem coletadas. Sem tais proposições, o pesquisador poderia coletar tudo sobre a unidade de análise, o que tornaria o estudo inviável. As proposições focalizam uma área em especial a ser analisada. De maneira geral, a definição da unidade de análise (e dos casos) está relacionada com as questões iniciais de pesquisa. A seleção da unidade de análise resulta dessas questões iniciais. Assim, quanto mais específicas forem estas questões, mais fácil será identificar a unidade de análise (Yin, 1994).

O quarto e o quinto componentes do delineamento referem-se ao vínculo entre os dados e as proposições e os critérios de análise de dados. Eles representam os passos para a análise dos dados de pesquisa, que devem ser estabelecidos no início do estudo.

Yin (1994) propõe uma maneira de analisar os dados, baseada, inicialmente, em uma estratégia geral, que tem como objetivo ajudar o pesquisador a escolher entre as diferentes técnicas disponíveis e completar a fase de análise de dados com sucesso. O autor destaca duas estratégias gerais: 1) basear-se nas proposições teóricas; e 2) desenvolver uma descrição do caso. De acordo com Yin, a primeira estratégia é a mais adequada para estudos de caso. Esta técnica procura analisar o caso de acordo com as questões e proposições que direcionaram a elaboração teórica e a fase de coleta de dados. Estas questões e proposições teóricas ajudam a focalizar a atenção em determinadas evidências e a ignorar outras que não estão relacionadas diretamente com o tema. A segunda estratégia consiste em desenvolver uma estrutura descritiva para organizar o estudo de caso. Ela é



utilizada quando não foram desenvolvidas questões e proposições teóricas para o estudo, como por exemplo, quando o estudo de caso é de natureza descritiva (Yin, 1994).

Yin (1994) destaca ainda diferentes possibilidades de delineamento: o Estudo de Caso Único, composto por um único caso, e o Estudo de Casos Múltiplos, que contém vários casos. Ambos podem envolver uma ou mais unidades de análise, sendo denominado de Holísticos (uma unidade) ou Embutidos (várias unidades). A diferença entre estes dois delineamentos depende da natureza do problema a ser investigado.

O delineamento embutido é adequado quando o problema apresenta vários aspectos relevantes a serem considerados, e quando uma teoria que embasa o estudo é complexa. Problemas também podem acontecer com este delineamento, como por exemplo, quando o pesquisador enfatiza demasiadamente as subunidades de análise e falha em retornar à unidade de análise inicial (Yin, 1994).

O Estudo de Casos Múltiplos é utilizado para replicar uma teoria, no sentido de que suas evidências são mais fortes do que as obtidas com um Estudo de Caso Único. A lógica considerada para estes casos múltiplos é a mesma utilizada pelos experimentos múltiplos de um caso experimental, ou seja, *a lógica de replicação*. Essa lógica denota que cada caso deve ser cuidadosamente selecionado para que possa predizer resultados semelhantes (replicação literal) ou produzir resultados contrastantes, mas por razões predizíveis (replicação teórica). Se, no final do estudo, todos os casos trouxerem os resultados previstos anteriormente, as proposições iniciais são apoiadas. Se os casos forem considerados como contraditórios, tais proposições devem ser revisadas e retestadas com um novo grupo de casos (Yin, 1994).

No intuito de se obter êxito nos procedimentos de replicação, é necessário que se desenvolva uma estrutura teórica rica, que afirme as condições sob as quais um fenômeno particular é provável de ser encontrado. Além disso, posteriormente tal estrutura teórica pode se tornar o veículo para generalizar novos casos e provocar mudanças na teoria se assim for necessário (Yin, 1994).

O número de casos a serem incluídos no delineamento de Estudos de Casos Múltiplos é uma questão que o pesquisador deve analisar com relação aos objetivos de seu estudo, para que possa, posteriormente, determinar o número de replicações necessárias (Yin, 1994).

Este estudo utilizou o delineamento de Estudos de Casos Múltiplos Embutidos (Yin, 1994). Optou-se por este delineamento devido à pluralidade de fatores envolvidos na questão da deficiência visual congênita e sua relação com a interação cuidador-criança. Foram incluídos casos múltiplos em função da necessidade de replicação dos fenômenos observados.

As proposições teóricas investigadas nesta pesquisa e mencionadas no Capítulo I foram:

- Devido à ausência de visão, cuja implicação pode ser a privação social, crianças com deficiência visual congênita tenderão a apresentar condutas autistas, tais como: menor frequência de atenção compartilhada e de brincar simbólico, e maior frequência de estereotípias motoras;
- Em relação ao estilo materno de interação, as mães das crianças com deficiência visual congênita tenderão a ser mais diretivas como uma reação ao provável perfil pouco comunicativo da criança.

A principal unidade de análise foi as condutas autistas e a diretividade materna. As secundárias foram: imitação, brincar exploratório e funcional.

Para a análise dos dados deste estudo utilizou-se a técnica de comparação com um padrão (Yin, 1994), isto é, a comparação com um grupo de crianças com desenvolvimento típico, emparelhadas por sexo e idade.

## **2.2. Participantes**

Participaram deste estudo 8 díades mãe-criança distribuídas em dois grupos. Grupo 1: 4 crianças com deficiência visual congênita (DVC), e Grupo 2: 4 crianças com desenvolvimento típico (DT). As crianças, de ambos os sexos, tinham entre 2 e 6 anos de idade, apresentavam boas condições clínicas, conforme relatos dos locais de recrutamento, e moravam com a mãe biológica. As mães tinham entre 24 e 36 anos de idade, sendo que apenas uma não morava com o pai da criança. As crianças com DVC não portavam outras deficiências sensoriais, além da visual, e apresentaram acuidade visual semelhante, não excedendo a percepção de luz ou de sombra, sendo uma delas totalmente cega, conforme dados obtidos nas entrevistas com as mães. Os dois grupos foram ainda emparelhados de

acordo com o nível sócio-econômico (médio) com base na profissão e escolaridade dos pais. As Tabelas 1 e 2 apresentam alguns dados sóciodemográficos dos grupos.

Tabela1

*Características Demográficas do Grupo com Deficiência Visual Congênita*

<b>Nome da criança*</b>	<b>Idade da criança</b>	<b>Acuidade visual</b>	<b>Idade da mãe</b>	<b>Escolaridade dos pais</b>	<b>Profissão</b>
Luís	2 a 8 m	Mínima de luz; vultos; algumas cores	30	Mãe: superior completo Pai: superior incompleto	Pedagoga Supervisor/empresa
Daniel	3 a 3 m	Mínima de luz	31	Mãe: médio completo Pai: médio completo	Funcionária pública Sócio de empresa
Laura	5 a	Mínima de luz; algumas cores	24	Mãe: médio completo Pai: fundamental completo	Do lar Dono de padaria
Letícia	5 a 7 m	Perda total	29	Mãe: médio completo Pai: fundamental completo	Do lar Auxiliar de serviços gerais

---

\* Nomes fictícios para fins de não-identificação dos casos.

Tabela 2

*Características Demográficas do Grupo de Crianças com Desenvolvimento Típico*

<b>Nome da criança*</b>	<b>Idade da criança</b>	<b>Idade da mãe</b>	<b>Escolaridade dos pais</b>	<b>Profissão</b>
Rodrigo	2 a 7 m	34	Mãe: superior completo Pai: superior completo	Professora Advogado
Mateus	3 a 5 m	29	Mãe: médio completo Pai: médio completo	Do lar Dono de loja
Giana	4 a 11 m	36	Mãe: superior completo Pai: superior completo	Bancária Bancário
Bruna	5 a 6 m	29	Mãe: médio completo Pai: médio completo	Comerciária Funcionário público

\* Nomes fictícios para fins de não-identificação dos casos.

### 2.3. Instrumentos e materiais

**2.3.1. Consentimento livre e esclarecido:** Este formulário descreveu de forma sucinta, os objetivos e os procedimentos da pesquisa e foi assinado pela mãe da criança, em duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e a outra com a participante. Cópia no Anexo A.

O consentimento deve ser voluntário e informado (Naschimias & Naschimias, 1996). Tal consentimento, segundo Parker, Pistrang e Elliot (1995), refere-se às informações dadas antes do estudo sobre o que irá acontecer durante o estudo e qualquer outra informação que possa afetar a decisão da pessoa em participar. Isto vai capacitar o participante a tomar uma decisão livremente e com informações sobre se irá ou não participar do estudo.

O consentimento informado foi apresentado no primeiro encontro com as mães e as crianças de ambos os grupos, no qual foram explicados os objetivos da pesquisa, bem como

o modo de participação dos sujeitos, tendo sido dada total liberdade para a participação ou não no projeto. Também foi informado aos participantes que as fitas ficaram arquivadas no Instituto de Psicologia da UFRGS sendo destruídas transcorridos cinco anos do término da pesquisa.

**2.3.2. Entrevista sobre dados sociodemográficos e de desenvolvimento:** O roteiro de entrevista foi adaptado de Bosa (1998) e constitui-se de questões relacionadas a dados de identificação e de desenvolvimento das crianças, assim como informações sociodemográficas sobre sua família. Cópia do roteiro de entrevista no Anexo B.

A principal adaptação realizada na entrevista foi a inclusão das questões específicas à deficiência visual congênita a fim de se obter informações sobre as circunstâncias do diagnóstico e de características de cada criança. O formato do protocolo de registro também foi alterado, sendo que na versão atual a maioria das questões aparecem na forma de perguntas (Sousa & Bosa, 2002).

**2.3.3 Sessão de observação:** Uma sessão de 30 minutos de brinquedo livre foi utilizada para elicitare comportamentos sociocomunicativos infantis e maternos. Brinquedo livre foi definido como uma situação de brincadeiras entre mãe e criança na qual nenhum tipo de intervenção ocorre e nem qualquer exigência a respeito de como agir com a criança é feita à mãe (Bosa, 1998).

Essa sessão foi realizada no laboratório de observação da UFRGS. O laboratório foi mobiliado com uma cadeira, duas almofadas e brinquedos dispostos sobre um tapete (Planta da sala no Anexo C). Os brinquedos foram escolhidos de acordo com a faixa etária dos participantes, utilizando-se brinquedos sonoros e de diferentes texturas: bandeja de chá com 4 xícaras e colheres; bichinhos de pelúcia (2); bolas (uma de plástico, outra de pano); blocos de montar de plástico em diferentes cores; cachorrinho de plástico sanfonado de apertar com barulho; caixas representando alimentos como carne, leite, manteiga, caixinha de ovos, entre outros; caminhão de plástico (2 de cores diferentes); carrinho de plástico com o bebê; casinha colorida de plástico; fogão com duas bocas; livro de estória pequeno e com ilustrações; pandeiro de plástico; palhaço de montar; peças cilíndricas de montar; sanduíche de borracha (sonoro); telefone.

As sessões foram filmadas para posterior análise com o auxílio de duas videocâmaras, dispostas diagonalmente na sala e ocultas por cortinas. As videocâmaras foram manejadas à distância, por uma bolsista de iniciação científica, num compartimento anexo à sala de brinquedos. Os vídeos produzidos foram utilizados para a codificação dos comportamentos da díade e o subsequente processo de análise.

Os comportamentos foram codificados com base num manual de observação desenvolvida por Bosa (1998) e adaptado para esse estudo (Sousa & Bosa, 2002). Na adaptação efetuou-se as seguintes modificações: as categorias maternas foram redistribuídas em três categorias: Compartilhamento de Tópico, Diretividade e Contato Físico Afetivo. Buscou-se tal mudança pela necessidade de maior distinção e clareza quanto a definição de cada classe de comportamentos, para fins de codificação. Os demais comportamentos permaneceram conforme o protocolo original. Quanto aos comportamentos infantis, estes foram redistribuídos em Atenção Compartilhada, Brinquedo e Estereotípias. A categoria de Atenção Compartilhada teve sua definição operacional ampliada para facilitar a fidedignidade entre codificadores. Os comportamentos não verbais de atenção compartilhada passaram a ser comportamentos de orientação da cabeça/corpo e não mais direção do olhar, em função do grupo de crianças com deficiência visual congênita. Outras alterações neste âmbito incluíram a ampliação quanto aos comportamentos gestuais da criança (Ex.: apontar, jogar, empurrar, entregar e mostrar objetos, no campo visual da mãe). O sorriso e o cantar enquanto meios importantes para a comunicação entre mãe e criança, os quais emergiram durante as sessões de observação também foram incluídos dentro da modalidade de atenção compartilhada. Os comportamentos de requista (pedido) presentes no manual para a codificação do estudo anterior foram excluídos, já que não constituíam o foco deste estudo. Finalmente, foi incluída a categoria Estereotípias Motoras. A definição operacional dos comportamentos maternos e infantis encontra-se no Anexo D.

Dois bolsistas cegos aos objetivos do estudo foram treinados quanto à codificação dos comportamentos maternos e infantis, de forma independente. Este treinamento ocorreu em duas etapas: a primeira constituiu-se de discussão teórica e a segunda envolveu a prática sobre a codificação de comportamentos, num total de 20 horas aproximadamente.

Da mesma forma que o manual dos comportamentos maternos e infantis, o protocolo de registro da observação foi modificado levando em conta a *codificação por episódios* de atividades conjuntas entre mãe e criança, ao invés da codificação por intervalos (Cópia no Anexo E). Atividade Conjunta foi definida como episódios interativos onde mãe e criança estavam envolvidos com o(s) mesmo(s) objeto(s) ou ação. Esta mudança reflete a necessidade de se apreender a fluência e a qualidade da *interação da díade* e não comportamentos maternos e infantis isolados. Os episódios tinham seu início quando a criança dirigia-se ao parceiro para a realização de uma atividade e terminava quando o foco de interesse mudava para outro objeto ou evento, registrando-se o tempo de início e término da cada episódio em minutos e segundos. Após a identificação do episódio, realizou-se a transcrição detalhada dos comportamentos maternos e infantis durante os episódios (gestos, falas e ações das díades), desconsiderando os 5 primeiros minutos filmados, por questões de ambientação da díade.

Para o processo de codificação foram criadas legendas para cada subcategoria das categorias maternas e infantis. A fim de tornar as legendas mais claras possíveis, estas foram configuradas em cores e fontes diferentes. As subcategorias maternas foram registradas em letra maiúscula; as infantis em letra minúscula e em negrito. O próximo passo foi colocar ao lado de cada fala ou ação, transcritas no protocolo de registro, as legendas das subcategorias correspondentes.

Para a quantificação dos comportamentos, calculou-se o total de comportamentos maternos e infantis ao longo dos 10 minutos codificados. O cálculo do total de cada categoria foi obtido somando suas subcategorias. Desta forma, obteve-se índices de frequência para as categorias maternas (Compartilhamento de Tópico, Diretividade e Contato Físico Afetivo) e para as categorias infantis (Condutas Autistas – Atenção Compartilhada, Estereotípias; Brinquedo – exploratório, funcional e simbólico).

O cálculo do índice de concordância entre os codificadores foi realizado com base na seguinte fórmula:

$$\frac{P_A}{N_A + N_D} = N_A \times 100$$

Este, foi aplicado conforme as instruções de Bakeman e Gottman (1986) sendo efetuado em dois momentos da pesquisa. O primeiro cálculo, cujo índice foi de 66,37%, foi

obtido no início do treinamento com base em apenas 1 vídeo. Após a intensificação do treinamento o índice obtido foi de 84, 53%, com base em 30% dos vídeos. As dúvidas foram dissolvidas através de consenso, em discussões com o grupo de pesquisa.

#### **2.4. Procedimentos**

As crianças com deficiência visual congênita foram recrutadas em clínicas e escolas especializadas em DVC e selecionadas conforme os critérios de inclusão do estudo. Para tanto, a pesquisadora reuniu-se com os psicólogos dos locais para apresentação e esclarecimentos sobre o estudo. As crianças com desenvolvimento típico foram selecionadas em pré-escolas de ensino comum. Posteriormente, a pesquisadora entrou em contato com os responsáveis pela criança, por telefone, explicando sucintamente os objetivos do estudo, formalizando o convite para participarem da pesquisa e agendando um horário para a realização da entrevista.

As entrevistas e o preenchimento do Consentimento Livre e Esclarecido foram realizados, para os dois grupos, a domicílio. Nesta oportunidade, foram agendadas as filmagens realizadas no laboratório de observação do Instituto de Psicologia.



## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

Nessa seção os dados serão apresentados em duas partes. Na primeira, será realizada a caracterização dos grupos, onde constam informações sociodemográficas da família, de desenvolvimento das crianças e informações clínicas (no caso do grupo com DVC). Na segunda parte, serão apresentados os dados da análise de observação.

#### 3.1. Características dos Participantes

##### 3.1.1 Informações sobre o grupo clínico

**Caso 1:** Luís

**Idade:** 2 a 8 m

**Acuidade Visual:** percepção mínima de luz e vulto; visualiza algumas cores.

*Aspectos referentes ao desenvolvimento:*

A mãe relata que ao descobrir que estava grávida chorou muito, pois fazia pouco tempo que estava morando com seu marido e eles ainda não estavam casados, apesar de manterem um bom relacionamento. O fato mais marcante durante a gravidez foi um sonho que ela teve por volta do 3º/4º mês no qual seu filho nascia cego. Outro fato que citou como marcante foi o que ocorreu durante as ecografias, quando ela e o marido não conseguiam “decifrar” o rosto do bebê. Ela recordou que sempre perguntava ao médico se estava “tudo direitinho”, com medo de que pudesse haver algo errado. Quanto as suas condições físicas durante a gravidez, a mãe teve um pouco de anemia e do 6º para o 7º mês teve de fazer repouso, pois estava com contrações uterinas e “um dedo” de dilatação.

Luís nasceu a termo, de parto cesariana, em função de problemas na quantidade de líquido amniótico. Ao nascer ele pesava 3,040 kg e 47 cm. Foi amamentado até os 3 meses de idade. Aceitou bem a mamadeira e os sólidos (por volta dos 3, 4 meses de idade), porém apresentou vômitos. Atualmente, apresenta pouco apetite. Até os 5 meses dormia no moisés ao lado da cama do casal, sendo que até os seus 6 meses de vida, os pais e o bebê moravam

na casa da avó materna. Aos 8 meses, ele passou a dormir em seu próprio quarto, na nova residência do casal. Luís nunca apresentou problemas para dormir: dorme de luz apagada e tranqüilo, respeitando a hora de dormir.

Seus primeiros sorrisos ocorreram aos 4 meses. A mãe conta que tem muitas fotos com Luís “dando gaitadas” nesta época. Suas primeiras vocalizações foram aos 6 meses. Por volta de 1 ano, falou as primeiras palavras. Aos 2a 3m avançou bastante no desenvolvimento do vocabulário, passando a falar frases, pronomes (“teu”, “tua”, ainda que atualmente se confunda) e até mesmo o difícil nome do avô.

Apresentou, quando bebê, os gestos de assentimento e negação com a cabeça; abanava; assoprava beijos aos 6; 7 meses. Os gestos que mais impressionaram os pais foram os de bater palmas (4 meses), levantar os braços para pedir colo (6 meses). Atualmente imita gracinhas e sacode o dedo indicador para dizer “não”. Costuma segurar o rosto do adulto para fazê-lo olhar em determinada direção e pega a mão do mesmo como se fosse uma ferramenta para abrir/alcançar algo. Costuma também repetir a última palavra ou frase imediatamente ouvida e frases ouvidas anteriormente. Parece que o faz para confirmar a informação que recebe. Conforme a mãe, “chega a cansar”, e só pára quando distrai-se com outra coisa ou quando sua atenção é direcionada por outra pessoa ou evento. Desde os 2 anos está mais “manheiro” e chora com mais freqüência.

Quanto ao seu desenvolvimento e padrão neuromotor, Luís sentou-se sem apoio aos 7 meses e caminhou sem suporte com 1a 2m. Atualmente, balança-se ao andar. Apresenta também desequilíbrio para correr e dificuldades para jogar bola e pedalar. Nesse sentido, a mãe acredita que ele necessita de alguém que lhe acompanhe, e o incentive. O treinamento do esfíncter foi iniciado aos 2 a 3m e desde os 2 a 7 m não ocorrem acidentes.

Sobre o autocuidado, durante o banho Luís sabe o que tem que lavar, mas ainda não o faz sozinho. Para escovar os dentes, precisa de auxílio. É capaz de vestir sozinho, camisetas e bermudas, por serem mais largas.

Sobre os aspectos afetivos, Luís sorri espontaneamente a pessoas familiares e ocasionalmente a pessoas não familiares, e responde ao sorriso de outras pessoas. Apresenta expressão emocional apropriada ao contexto, mas, às vezes, confunde-se com a expressão das emoções dos outros. Segundo a mãe, quando ele a ouve gargalhar fica preocupado, pensando que ela possa estar chorando. É uma criança carinhosa, que

compartilha atividades prazerosas, além de demonstrar preocupação se os pais estão tristes ou doentes. Quando estão falando com ele ou se está brincando com alguém, orienta-se pelo som da voz da pessoa, e, mesmo não vendo, costuma falar “eu quero *ver* televisão”; “esse livro é teu?”; “dá pra eu *ver*?”. Já demonstrou comportamento agressivo, puxando o cabelo de outras pessoas. Quanto à masturbação ou tentativas de tocar em partes íntimas dos outros, a mãe relatou que viu uma vez Luís se tocando, mas não foi em público.

No que se refere à história familiar de problemas de desenvolvimento, emocionais e de aprendizagem, a mãe de Luís relatou a existência de uma prima com problemas auditivos e conseqüentemente, atrasos na linguagem e na aprendizagem. Seu marido possui um prima com Síndrome de Down. Quanto à ocorrência de cirurgias ou hospitalizações, a mãe já esteve internada por conta de uma apendicite. O avô materno de Luís hospitalizou-se por problemas hepáticos e a avó por disfunção na glândula tireóide.

#### *Aspectos referentes à DVC*

A deficiência visual de Luís foi identificada logo que ele nasceu. Durante a entrevista, a mãe, que é pedagoga, contou que por ter trabalhado com crianças com Síndrome de Down sentia medo de que seu primeiro filho nascesse com algum problema. Logo após o nascimento, Luís foi levado para os exames de rotina. No retorno, a equipe médica deu-lhe a notícia de que seu filho não enxergava. Luís nasceu com o globo ocular de um dos olhos todo branco, e no outro este era diminuído (microfítmia), apresentando apenas uma porção da retina, além de catarata congênita.

Alguns dias depois, o pediatra os encaminhou para um oftalmologista, o qual, com a ajuda de um infectologista, detectou a presença de uma infecção na mãe causada pelo citomegalovírus. Ao recordar o que lhe foi dito na época, a mãe relatou que é provável que ela tenha contraído este vírus nos primeiros meses de gravidez, e que dentre várias conseqüências possíveis para o feto, acabou afetando a formação dos olhos de Luís.

Na época seguinte ao nascimento sentia-se muito culpada, chorava muito por ter colocado no mundo um filho com problema. Acredita que por isso mesmo assumiu completamente os cuidados do filho, até porque teve pouco apoio familiar. Luís foi o primeiro neto e era muito esperado. Ao sair do hospital, ela, o filho e o marido foram morar com sua mãe, que muito abalada, ficou “apática”, necessitando ser internada em função da

depressão. Nessa ocasião, o pai desmaiou ao saber que o filho jamais enxergaria. A mãe de Luís relatou que propôs separar-se do marido, mas este nunca aceitou e continuou a apoiá-la. Os médicos indicaram a realização de cirurgias, mas o risco de Luís perder o pouco de visão que possuía (mínima percepção de luz e vulto) era alto, fazendo com que os pais desistissem desta opção. Desde que completou 1 mês de idade, Luís usa lente no olho em que o globo ocular apresenta-se branco (ela nunca sabe qual é o direito e qual é o esquerdo). A lente já foi trocada algumas vezes, de acordo com o crescimento do menino, e mensalmente ela leva o filho ao oftalmologista para a retirada e limpeza da lente. Preocupa-se com a higiene e tem medo de machucar o olho do filho ao tocar no mesmo.

De acordo com a mãe, quem atende Luís em casa é ela. O pai tem menos tempo, pois além de trabalhar durante o dia, estuda à noite. Na casa onde moram a mãe tem o cuidado de não colocar os móveis próximos à janela; cuida também o box do banheiro que é de vidro, e o fogão, pois Luís adora apertar botões. Luís reconhece, por sucessivas explorações táteis, os locais onde existem tomadas de luz, sendo que não possuem protetor já que lhe foi ensinado que estas não devem ser tocadas.

Desde os 3 ou 4 meses de idade Luís frequenta a creche de sua mãe. Esta pensa que é por isso mesmo que agora ele está tendo problemas de adaptação no maternal, já que no berçário ele tinha a possibilidade de ficar mais próximo da mãe. Além disso, eles vieram recentemente das férias e passaram muito tempo “grudados”. Nesse período, Luís passou a visualizar cores, aproximando dos olhos bolinhas coloridas com as quais adora brincar quando está na piscina.

Há cerca de um ano, Luís vem sendo atendido em um centro especializado em atendimento psicopedagógico e estimulação precoce de crianças com DVC. A mãe ressaltou, ainda, que hoje lida melhor com a situação. O marido a acompanha sempre às reuniões no centro e ambos estão sempre pesquisando e atentos a avanços na medicina que possam ajudar Luís.

#### *Aspectos referentes a possíveis condutas autistas*

Quanto à investigação de comprometimentos na habilidade de atenção compartilhada, de acordo com o relato da mãe, Luís mostra, traz para perto do rosto dela e

de outros ou aponta, objetos/eventos de interesse variados e faz comentários sobre estes. Luís costuma preocupar-se se tal brinquedo está estragado ou não. Mostra espontaneamente se conseguiu fazer algo. Costuma dizer “ó mãe”. Gosta de dividir a satisfação por ter feito ou conseguido algo.

Sobre os comportamentos de apego, Luís demonstra preocupação quando está separado dos pais e sorri quando eles retornam. De acordo com sua mãe, quando está na casa de sua avó materna e fala ao telefone com os pais, fica eufórico. Quando machucado, busca ocasionalmente a ajuda dos pais. Quando cai, normalmente levanta-se rapidamente e sem chorar.

Quanto às suas iniciativas sociais, demonstra interesse em aproximar-se das pessoas e até de crianças estranhas, mas não toma a iniciativa. Costuma ficar nervoso com a presença de crianças. Engaja-se em brincadeiras diversas, mas dedica-se mais àquelas atividades que chamam sua atenção. Prefere a companhia dos adultos do que a de crianças de sua idade. Luís pergunta freqüentemente sobre tudo ao seu redor. A mãe pensa que isto se deve justamente ao fato de não enxergar. Sobre a ocorrência de rituais, estereotípias e interesses circunscritos e repetitivos, a mãe informa que Luís possui atração “fanática” por carro, tanto que a partir dos 2 anos dirigir o carro só com ele passou a ser uma “tortura”, pois nessa idade ele soltava-se da cadeirinha e ficava agitado, fazendo várias perguntas. Recentemente apresentou brincadeira de faz de conta, inventando que o telefone tocou e chamando para atender. A mãe pensa que isto se deve ao fato dele há bastante tempo reconhecer o aparelho telefônico, sabendo para que serve e apreciando seu barulho, pedindo sempre para atendê-lo.

Segundo sua mãe, Luís já passou por uma fase em que abria e fechava as portas insistentemente. Atualmente liga e desliga os interruptores de luz, repetidamente. Mostra intenso interesse por CDs e sempre os carrega consigo.

No que se refere aos maneirismos e movimentos complexos do corpo, a mãe relatou que ele apresentou, no passado, mais movimentos na linha do rosto. Por volta dos 2 anos irritava-se ao se expressar e tentava se morder. Apresenta peculiaridades no andar, balançava-se como se estivesse pulando. Com o atendimento psicológico, estes movimentos diminuíram. Não apresenta hipersensibilidade sensorial.

**Caso 2:** Daniel

**Idade:** 3 a 3 m

**Acuidade Visual:** percepção mínima de luz

*Aspectos referentes ao desenvolvimento*

A mãe relatou durante a entrevista que a gravidez de Daniel não foi planejada. A relação do casal não estava boa. O marido não desejava o filho e durante a gravidez eles estavam bastante “estremecidos”. As condições físicas e emocionais da mãe neste período incluíram a ocorrência de náusea e vômitos; hemorragias no 1º/3º trimestres; dores de cabeça, tensão física e emocional. Ela engordou menos de 5 Kg; apresentou ferida no saco gestacional; descolamento da placenta; dilatação por volta dos 3-4 meses de gravidez e submeteu-se à cirurgia para “costurar” o colo do útero.

Daniel nasceu prematuro, de parto normal, quando sua mãe estava com quase 6 meses de gravidez. O bebê nasceu com 1,115 Kg e 36 cm. Durante os 3 primeiros meses de vida, quando passou internado, ele apresentou problemas pulmonares, água no saco escrotal, cisto na bexiga e problemas posturais, vindo a fazer fisioterapia desde os 6 meses de idade. Além disso, tomou vários remédios para auxiliar na nebulização, problemas na glândula corticóide e refluxo gastro-intestinal. Daniel sofreu também de outros problemas como uma esofagite, causada pela ingestão excessiva de medicamentos.

A mãe relatou que o médico responsável por cuidar de Daniel na UTI foi um “monstro” e que poderia ter tido mais cuidado. Contudo, ela prefere acreditar que “era para ser assim”.

Nessa época, ela já estava separada do pai de Daniel. Segundo a mãe, depois que Daniel nasceu, o pai parecia não se importar se o filho sobreviveria ou não. Ele não participava, não comparecia ao hospital, o que foi definitivo para que eles se afastassem de vez. Quando recebeu a confirmação do problema de Daniel, não sabe relatar como seu marido reagiu.

Além das dificuldades enfrentadas por Daniel, a mãe relatou que também apresentou problemas médicos durante o parto, os quais já havia apresentado anteriormente quando teve sua primeira filha (Ex.: dificuldade para expulsar a placenta durante o parto).

Ainda no hospital, ela passou por uma curetagem e necessitou de uma transfusão de sangue, correndo risco de vida. Quando finalmente Daniel foi para a casa, ela teve uma “crise nervosa”, pois sentia medo e acreditava que não seria capaz de cuidá-lo adequadamente, que ele poderia morrer. Iniciou tratamento psicoterápico, vindo a se separar posteriormente. Daniel era cuidado por ela e por duas enfermeiras. Quando ele estava com 8 meses de idade ela retornou ao trabalho e ele passou a ser cuidado por uma enfermeira durante o dia e pela avó durante a noite, que há cerca de dois anos passou a morar com eles e a neta mais velha.

Daniel nunca mamou no peito, começando a ingerir leite por sonda e, posteriormente, pela mamadeira. A aceitação de sólidos ocorreu bem mais tarde, por volta de 1 ano. Ainda quando bebê, Daniel apresentou vômitos, cólicas, constipação/diarréia, infecções bacterianas diversas e asma. Atualmente, ele come de tudo, levando à boca todos os alimentos a fim de reconhecê-los. Mesmo assim, é uma criança magra, que recentemente tomou vitaminas por ter perdido peso. Segundo a mãe, Daniel é muito agitado. Seu sono quando bebê era intranquilo, acordando durante à noite. Ainda hoje, apresenta dificuldades para iniciar a dormir. Costuma ir até tarde “fazendo farra” e acaba dormindo junto com a mãe.

Os primeiros sorrisos ocorreram depois que ele deixou de ser sedado e entubado, ainda na incubadeira na UTI. As primeiras vocalizações de Daniel ocorreram por volta dos 6-7 meses de idade. As primeiras palavras foram ditas depois de 1 ano de idade. As primeiras frases só aconteceram nos últimos meses (ao final dos 2 anos). A mãe contou que preocupava-se com os atrasos de linguagem do filho, mas que agora ele é um “papagaio”. A orientação da cabeça de Daniel em direção à face do adulto ao falar e brincar com ele, se deu aos 2 anos de idade.

No que se refere aos gestos, Daniel assopra beijos, imita gracinhas e bate palmas. Para comunicar-se também segura o rosto do adulto para fazê-lo olhar em determinada direção, e não costuma pegar a mão de quem quer que seja como se fosse uma ferramenta para abrir ou alcançar algo. Às vezes, ele repete a última palavra ou frase ouvida anteriormente exatamente da mesma forma. Conforme dito anteriormente, ela o considera um “papagaio”, que insiste para que os outros digam palavras repetidamente da mesma forma. Quando é contrariado, chora, irrita-se, “bota a boca no mundo”. Se estão em casa, é preciso levá-lo para dar uma volta na rua na tentativa de acalmá-lo.

Quanto ao desenvolvimento neuromotor de Daniel, a mãe destacou que ele firmou o pescoço mais ou menos aos 10 meses; sentou sem apoio com 1 ano e alguns meses; engatinhou com 1 ano e meio e caminhou sem suporte após o aniversário de 2 anos. Há 3 meses a mãe iniciou o treinamento esfíncteriano anal e vesical. Daniel controla-se quando não está usando fralda, mas, ainda assim, urina. Nessas ocasiões, a mãe conversa com ele sobre o seu crescimento e da importância de que ele, a partir de agora, não necessite mais usar fraldas. Ela notou que ele está com dificuldades para fazer as necessidades, como se estivesse com medo de algo. Sobre o autocuidado, apesar de manifestar interesse em cuidar da própria higiene, não realiza nenhuma tarefa sozinho (tomar banho, escovar os dentes, vestir-se, entre outras).

De acordo com o relato da mãe, Daniel é bastante afetivo, mostra-se risonho e carinhoso tanto com as pessoas familiares como com pessoas estranhas. Sua expressão emocional varia, mas é apropriada ao contexto. Além disso, ele compartilha atividades prazerosas e demonstra preocupação se a mãe, a avó, a irmã, familiares que convive a maior parte do tempo, estão tristes ou doentes. Um exemplo disso é quando percebe que a irmã está chorando, vai consolá-la e chora junto com a mesma.

Outros aspectos da conduta de Daniel, como a dificuldade em aceitar ouvir “não” de alguém, já preocuparam sua mãe por volta de seus 2 anos. Nessa época, ele batia com a cabeça na parede, no chão ou na avó. Além disso, a mãe temia seu comportamento social, pois ele só pulava de um sofá para outro em casa. Consultou então com um neurologista, que receitou anti-depressivo e acabou descartando a presença de autismo. Atualmente Daniel demonstra estar menos agitado e mais independente. Quanto à ocorrência de masturbação em público/tentativas de tocar partes íntimas dos outros, a mãe relatou que, quando tirava a fralda, ele costumava “tocar no tiquinho; espichava-o”.

No que se refere a história familiar de problemas de desenvolvimento, emocionais e de aprendizagem, a mãe apontou sua tia que possui problemas mentais. Quanto à ocorrência de cirurgias ou hospitalizações, ela citou algumas cirurgias pequenas às quais o pai de Daniel submeteu-se.

*Aspectos referentes à DVC*



A deficiência visual de Daniel foi identificada aos 4 meses, quando o mesmo foi para a casa. Ele nasceu prematuro e ficou os primeiros meses de vida internado na UTI do hospital. Sob o cuidado das enfermeiras, a mãe notou que ele não fixava o olhar. Em consulta com um oftalmologista, verificou-se que Daniel havia tido descolamento de retina devido à prematuridade e ao excesso de oxigênio recebido para sobreviver (retinopatia de prematuridade).

Após este primeiro contato com o oftalmologista, a mãe procurou outro especialista, que a aconselhou a operar seu filho. Daniel acabou passando por cinco cirurgias em São Paulo. Duas destas cirurgias foram no olho direito e as outras três no olho esquerdo. O resultado das cirurgias foi bastante insatisfatório. Daniel possui uma percepção mínima de luz. Seus olhos são bastante pequenos por conta da pressão ocular, que é baixa. Para aumentar a percepção de luz seria necessário a implantação de uma lente, mas a mãe não possui os recursos financeiros para isso.

Quanto aos cuidados de Daniel em casa, a avó materna é a maior responsável, já que fica com ele durante os dias de semana, enquanto a mãe está trabalhando. A mãe relatou que a casa onde moram sofreu poucas alterações em virtude da DVC. Os cantos das mesas foram protegidos com pedaços de forração para evitar que ele se machuque ao bater nestes.

Desde os 7-8 meses de idade, Daniel vem sendo atendido por uma terapeuta ocupacional. A mãe contou ainda que, por trabalhar em área próxima ao atendimento de portadores de necessidades especiais, ficou sabendo da existência do centro especializado em atendimento psicopedagógico e estimulação precoce de crianças com DVC, no qual Daniel já passou por avaliação psicológica e neurológica. No momento da entrevista, a mãe contou também que o filho havia freqüentado, durante alguns meses, uma escola de música por orientação do centro e por gostar muito de música.

#### *Aspectos referentes a possíveis condutas autistas*

Quanto à habilidade de atenção compartilhada, a mãe relatou que Daniel mostra, traz para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/eventos de interesse variados e faz comentários. Ele adora contar e inventar estorinhas.

No que se refere aos comportamentos de apego, Daniel não costuma demonstrar preocupação quando separado dos familiares. Quando o faz, está longe da avó de quem sente mais falta e justamente com quem tem maior convivência. E quando machuca-se, sempre busca apoio da família.

No que se refere às iniciativas e respostas sociais, a mãe contou que sempre tem que haver alguém que o incentive a brincar, pois não costuma fazê-lo por si mesmo. No início do contato com pessoas não familiares ele fica inibido, mas logo se solta.

Suas atividades favoritas são o piano, computador (joguinhos musicais), andar de moto, passear de carro e brincar com bola. A brincadeira de faz de conta caracteriza-se em fazer estórias com os brinquedos, criando personagens. Por outro lado, Daniel gosta também de ficar girando as rodas de um carrinho, e bater no chão, repetidamente, uma caixa de guardar brinquedos. Também aprecia abrir e fechar gavetas insistentemente.

A mãe relatou que ele apresenta movimentos repetitivos das mãos perto do rosto, embora de forma menos intensa do que já apresentou quando mais jovem. Quando está brincando apresenta movimentos dos dedos e mãos junto ao corpo.

Quanto à hipersensibilidade sensorial, ele teme alguns barulhos (sons muito altos, som da furadeira), cobrindo as orelhas. Além destes, Daniel tem medo do barulho de chuveiro.

### **Caso 3:** Laura

**Idade:** 5 a

**Acuidade Visual:** percepção mínima de luz apenas no olho direito e visualiza algumas cores.

#### *Aspectos referentes ao desenvolvimento*

A mãe relatou durante a entrevista que a gravidez de Laura não foi planejada e ela acabou casando quando já estava grávida da menina. Contudo, eles ficaram bastante felizes com o casamento e a gravidez. Durante a gravidez, ela apresentou vômitos, náuseas, anemia, problemas urinários, hemorragias no 3º trimestre, placenta prévia e descolamento, ruptura uterina e infecção no colo uterino.

Laura nasceu prematura quando a mãe estava com 6 meses de gravidez, de parto cesariana. Ela pesou 1,100 Kg, chorou ao nascer e foi direto para o oxigênio. A mãe contou que, nessa ocasião, ficou deprimida e só foi ver a filha três dias depois do nascimento. Sentia muito sono, moleza e não conseguia reagir. Ela tirava o leite, que era pouco, mas Laura não conseguia sugar. Na UTI neonatal, Laura começou a tomar mamadeira. A alimentação com sólidos só teve início quando estava com 8 meses. A mãe conta que era inexperiente e que pensava que, pela filha ser prematura, o desenvolvimento seria tardio, de qualquer modo. Atualmente, Laura tem dificuldades para se alimentar, é “bem enjoada”. Tem preferência por carne, miojo e, principalmente, iogurte.

Ainda na UTI neonatal, Laura apresentou vômitos, cólicas, hemorragias estomacais e várias doenças infecciosas. Quando já estava em casa, aos 4 meses, Laura trocava a noite pelo dia, acordava durante a noite e queria dormir no colo. Chorava bastante forte e sempre tinham que embalá-la para que se acalmasse. Ela dormia com a babá em quarto separado dos pais, pois tinha que tomar muita medicação, e lá permaneceu até completar 1 ano e meio. Atualmente, dorme ao lado da cama dos pais, e do outro dorme seu irmão mais novo.

Os primeiros balbucios de Laura surgiram por volta dos 8-9 meses. Os primeiros sorrisos ocorreram aos 6 meses. Nos meses seguintes, orientava-se quando alguém falava com ela ou estava próximo. Já as primeiras palavras foram ditas com 1a 2m e as primeiras frases com 2 anos.

Quanto aos gestos, antes de completar 1 ano apontava, afirmava e negava com a cabeça. Com 1 ano e alguns meses batia palma e levantava os braços para pedir colo. Abanou por volta dos 2 anos. Quanto aos gestos, Laura bate palma e sacode o dedo indicador para dizer não ao irmão. Não obstante, para se comunicar, ela segura o rosto dos familiares para fazê-los olhar em determinada direção. Ela não pega a mão do adulto como se fosse uma ferramenta para abrir/ alcançar algo. A mãe relata também que já pensou em fazer uma audiometria (exame para medir a audição), pois Laura constantemente pede para repetir o que ouve. Além disso, ela costuma repetir as frases ouvidas anteriormente, mas isso não causa incômodo pois não é freqüente.

A mãe acredita que o desenvolvimento neuromotor de Laura foi tardio, pois ela firmou o pescoço aos 8 meses. Porém, considerou que tanto ela como o marido nunca colocavam Laura para sentar. Ela sentou-se sem apoio ao redor dos 9 meses, engatinhou

com 10-11 meses e caminhou sem suporte com 1 a 2 m. Nessa época, caminhava na ponta dos pés. Posturalmente, Laura anda de cabeça baixa. Ela domina a manipulação de objetos com os dedos e adora jogos de montar.

Por volta dos 3 anos se deu o controle esfíncteriano anal e vesical, diurno e noturno, havendo perda do hábito adquirido com o nascimento de seu irmão. Nesse período, ela voltou a usar fraldas durante a noite mas isso normalizou.

Quanto ao autocuidado, ela não toma banho sozinha e só algumas vezes dispensa ajuda para escovar os dentes. Limpa-se sozinha após as evacuações e manifesta interesse em cuidar da própria higiene, mas se atrapalha com a seqüência da tarefa. A mãe justifica que falta tempo para ensiná-la, pois não tem empregada e há os cuidados com o irmão menor. Laura veste-se, mas não abotoa as roupas e nem amarra seus cadarços.

Quanto aos aspectos afetivos, Laura sorri espontaneamente tanto para pessoas familiares quanto não familiares. A mãe conta ainda que a menina possui uma alta sensibilidade. Todos comentam que parece que ela “prevê” as coisas. É muito intuitiva. Sempre comenta fatos em que eles percebem que ela estava prestando atenção. Não é uma criança carinhosa, embora compartilhe atividades prazerosas e demonstre preocupação se os pais estão tristes ou doentes.

Quanto a outros aspectos da conduta, Laura bate no irmão e também tem demonstrado mais agressividade em relação aos pais. A mãe acredita que tais fatos devem-se às mudanças na vida da filha (cidade, escola, o irmão). Apresenta também curiosidade sobre as partes íntimas, quando toma banho junto com a mãe. Quando descobriu os genitais do irmão fazia perguntas freqüentes.

No que se refere à história familiar de problemas de desenvolvimento, emocionais e de aprendizagem, a mãe não relatou ocorrências.

#### *Aspectos referentes à DVC*

Laura teve sua deficiência visual identificada aos 6 meses de idade. Ao ir para a casa, após meses de internação no hospital devido à prematuridade, os pais notaram que a menina não fixava o olhar. Em seguida, os pais de Laura consultaram o pediatra que levantou a suspeita de deficiência visual, sendo então encaminhados a um oftalmologista.

Laura foi submetida a uma cirurgia no olho esquerdo, aos 6 meses, e ficou com um edema (olho “esbranquiçado”). A mãe contou que a filha foi “cobaia” de um procedimento novo, de retirada de fibroplasia e tentativa de implantação de retina. Aos 8 meses, Laura passou pela segunda cirurgia, também no olho esquerdo. Desde então, usa óculos e faz um trabalho de estimulação visual supervisionado por sua oftalmologista, o qual é, em grande parte, realizado em casa, pelos pais. De acordo com o seu crescimento, ela vai mudando de óculos e consultando semestralmente a oftalmologista. Paradoxalmente, não possui nada de visão no olho esquerdo e, no direito, há um resíduo visual que a permite visualizar minimamente a luz e algumas cores.

Quando estava com 1 ano e meio começou a frequentar a escola e lá permaneceu durante um ano. Sua adaptação foi difícil, chorando bastante. Por ocasião da segunda gravidez, a mãe de Laura deixou sua cidade natal e veio para Porto Alegre. Nesse período, Laura mudou para outra escola também para crianças sem DVC e ficou sob os cuidados da avó materna, até o nascimento de seu irmão. Desde então, todos residem na cidade, morando com os avós maternos e o irmão menor.

De acordo com o relato da mãe, ela própria atende Laura em casa. Quanto a modificações na casa que residem, a disposição dos móveis continuou a mesma. Há um cuidado especial para que haja mais espaço para Laura, a qual mostra preferência por brinquedos de tamanho grande e coloridos.

No ano passado, Laura iniciou atendimento psicológico no centro especializado em atendimento psicopedagógico e estimulação precoce de crianças com DVC, e recentemente ingressou em uma escola destinada ao ensino de 1º grau para deficientes visuais. Em seu primeiro dia na escola já ficou sozinha. Desde então, a mãe relata que sua maior preocupação quanto à dificuldade de socialização da filha, que estava sempre escondendo o próprio rosto, diante de outras crianças, diminuiu. Laura tem dito que enxerga “pouquinho”, mas que pode melhorar. Nesse sentido, a mãe acredita que não só a filha tem evoluído, mas também ela e o marido.

*Aspectos referentes a possíveis condutas autistas*

Quanto à habilidade de atenção compartilhada, a mãe de Laura conta que, há um tempo atrás, Laura pegava no rosto da mãe ou quem quer que fosse para mostrar algo. Ocasionalmente, durante as brincadeiras mostra os objetos e faz comentários acerca deles.

Sobre os comportamentos de apego, a mãe contou ainda, que Laura nunca sai com estranhos. Desde pequena sorri e mostra excitação com o retorno do pai, com quem parece ser mais “apegada”. Ela não busca a ajuda dos pais quando se machuca e, se está entretida, desliga-se da presença deles.

No que se refere às iniciativas sociais, a mãe relatou que Laura prefere a companhia dos adultos. Com o recente ingresso na escola, ela passou a demonstrar maior interesse pela companhia de outras crianças. Prefere brincar em pares e, se gosta da pessoa, torna-se mais desinibida.

Seus brinquedos e atividades favoritas são: ouvir música, escrever, ouvir estorinhas, ir a pracinha, brincar de que é professora e médica. A mãe conta que ela tem um boneco há dois anos que carrega sempre consigo, o “Jonathan”. Até a entrada na escola, os pais mal conseguiam limpá-lo, pois ela não costumava soltá-lo.

Quanto aos maneirismos, há movimentos das mãos na linha do rosto. Mais especificamente, está sempre colocando a mão no olho. A oftalmologista já explicou que é uma auto-estimulação. Nesse sentido, é preciso cuidar para que ela não machuque os olhos. A mãe relatou que já observou esta auto-estimulação em outras crianças com DVC. Ainda no que se refere aos movimentos estereotipados, se está agitada, eufórica com algo, Laura costuma caminhar “pulando”. Não apresenta hipersensibilidade sensorial.

#### **Caso 4:** Letícia

**Idade:** 5 a 7 m

**Acuidade Visual:** perda total da visão

#### *Aspectos referentes ao desenvolvimento*

Letícia nasceu de parto normal pesando 3,450 Kg. O primeiro contato com o peito da mãe foi no hospital, mas ela só foi amamentada em sua terceira semana de vida, perdendo peso logo que nasceu. Esses primeiros dias em casa foram difíceis. A tia materna,

que estava amamentando sua filha de 5 meses, amamentou também a sobrinha nas primeiras três semanas de vida.

Quando bebê até os 3 meses teve cólicas e aos 5 meses sofreu uma infecção intestinal. Nessa mesma fase, começou a aceitar sólidos (sopinhas), mas com dificuldade. Com 1 a 8 m Letícia tomava na mamadeira chá e suco. Para comer é seletiva; não gosta de nada “durinho” e prefere massa e batata.

Seu sono quando bebê era agitado e ela dormia junto dos pais. Atualmente, a mãe de Letícia relatou que ela apresenta dificuldades para conciliar o sono. Ela acorda durante a noite, fala sozinha como se tivesse outra pessoa conversando com ela e as vezes também chora dormindo. Ela dorme na sala, em um sofá-cama.

Suas primeiras vocalizações ocorreram no primeiro mês de vida. A mãe lembra bem dessa época, em função das primeiras “conversinhas” e dos primeiros sorrisos. As primeiras palavras foram ditas aos 8 meses e as primeiras frases ao redor de 1 ano.

Quanto aos gestos, Letícia apontava, afirmava e negava com a cabeça, abanava, assoprava beijos, imitava “gracinhas”, batia palmas e levantava os braços para pedir colo. A mãe não soube precisar as idades exatas em que esses comportamentos ocorreram, mas acredita que a maior parte deles se deu no primeiro ano de vida da filha. Ainda hoje, Letícia utiliza os mesmos gestos de quando era bebê; segura o rosto do adulto para fazê-lo olhar em determinada direção e, somente quando não consegue algo que deseja, pega a mão do adulto e a utiliza como uma ferramenta para atingir seu objetivo. Com referência a sua linguagem verbal, a mãe relatou que sua filha repete em tom mais baixo a última palavra ou frase imediatamente ouvida e também repete frases ouvidas anteriormente exatamente da mesma forma. Inventava palavras e as combina de forma estranha, as quais a mãe não consegue reproduzir por não compreender com precisão e achar engraçado.

Sobre o desenvolvimento neuromotor de Letícia, a mãe contou que firmou o pescoço por volta dos 2-3 meses; sentou-se sem apoio aos 7 meses; engatinhou perto de 1 ano e caminhou sem suporte com 1 ano. O controle esfinteriano anal e vesical diurno e noturno se deu com 1a e 11m, em função da entrada na creche. Atualmente, balança-se ao caminhar (pula e “dança”). Além disso, apresenta dificuldades para correr e andar de bicicleta.

Quanto ao autocuidado, Letícia toma banho sozinha (a mãe ajuda a colocar xampu); escova os dentes (a mãe coloca a pasta na escova) e limpa-se após as evacuações. Ela ainda conta com o auxílio da mãe para pentear o cabelo, embora deseje fazê-lo sozinha, e sabe amarrar os cadarços dos seus sapatos desde os 3 anos.

No que se refere aos aspectos afetivos, a mãe contou que a filha chora e grita quando bate em algo, algumas vezes dando a impressão de “manha”. Ela se magoa quando a interrompem e chora por esta razão. Os pais utilizam o diálogo franco como estratégia de conforto quando isto acontece. A mãe relatou ainda que Letícia é bastante sorridente com pessoas familiares e não familiares. Para a mãe, a filha é “carinhosa até demais”; sempre quer dar beijo e pede carinho.

No que se refere à história familiar de problemas de desenvolvimento, emocionais e de aprendizagem a mãe relatou durante a entrevista que a avó paterna de Letícia faleceu de câncer no útero. Também na família do marido, uma sobrinha morreu devido a complicações cardíacas. A avó materna enxerga pouco em razão de uma catarata e tanto esta como o seu marido possuem problemas cardíacos.

#### *Aspectos referentes à DVC*

A deficiência visual de Letícia foi identificada aos 2 anos. De acordo com os laudos médicos, a mãe relatou que ela nasceu com um tumor, que se manifestou quando ela estava com 10 meses. Aos poucos, a menina começou a perder a visão. Batia-se na creche, reclamava de dificuldade para enxergar, não encontrava o que procurava e, aos poucos, foi perdendo sua independência. Em seu aniversário de 2 anos ela não reconheceu um parente próximo e então os pais, assustados, buscaram um especialista em retina. A suspeita de um tumor do tipo retinoblastoma bilateral foi confirmada. Segundo as palavras da mãe “eram uma família feliz”.

A mãe contou, durante a entrevista, que os dois olhos de Letícia foram afetados, mas com manifestação diferente. Por ser um tumor, havia o risco de se espalhar pela medula e cérebro. Através da tomografia, constatou-se que o tumor estava na fase inicial, e desta forma não havia atingido nenhum nervo óptico. A seguir, Letícia iniciou a quimioterapia. Após um ano e alguns meses, o seu nível de plaquetas que estava bastante



abaixo do normal esperado, aumentou consideravelmente. Por essa época, a mãe entrou na Igreja Evangélica, convencida de que a fé ajudaria a filha.

Aos 2a e 4m Letícia foi submetida a uma cirurgia no olho direito. De acordo com a mãe, a médica que fez a operação foi uma verdadeira “psicóloga”. Letícia corria risco de vida e “todo mundo” se metia. Nessa época, a mãe contou que soube de uma menina que morreu com o mesmo problema. Na cirurgia foram colocadas duas próteses (uma interna e uma externa) no olho direito. Após a cirurgia, Letícia iniciou a radioterapia e o tumor parou de evoluir. Ela melhorou bastante para surpresa da equipe médica que deu o prazo de 5 anos para não haver mais riscos. Mesmo com a retina descolada, ela enxergava, definia cores, carros. A mãe pensava se tratar de um “milagre”. Um mês e meio após o fim da radioterapia, Letícia ficou bastante irritada, uma reação ao tratamento. A prótese interna afundou, diminuindo o tamanho do olho. Aos 3 a 3 m, a médica aconselhou que ela fizesse a cirurgia de retirada do outro olho (esquerdo). Desta vez, a médica doou a prótese, já que eles não tinham condições financeiras. Este será novamente submetido à cirurgia no futuro para correção da pálpebra. Desde o último ano, não consultou mais a médica. Fará exames periódicos para verificar a questão do tumor até os 7-8 anos.

Na casa onde moram, quem mais atende Letícia é a mãe. Sobre o arranjo da mobília na casa, os pais evitam qualquer móvel “pontudo” no caminho dela. No entanto, inúmeras vezes ela se bateu nos armários e em utensílios da cozinha.

Com 1 a 8 m ela iniciou a freqüentar a creche, e adaptou-se muito bem. A atividade que mais gostava na época era pintar. A mãe recordou também que Letícia tentava morder os colegas nessa mesma ocasião. Aos 3 anos e meio Letícia ingressou em um centro especializado em atendimento psicopedagógico e estimulação precoce para crianças com DVC. Permaneceu durante 1 ano e meio em atendimento psicológico individual. Posteriormente recebeu atendimento pedagógico, inicialmente de forma individual e posteriormente com outra criança. No início do ano (2002) ingressou em uma escola de 1º grau para deficientes visuais. Não teve dificuldades para se adaptar e está cursando o nível B da pré-escola.

Letícia não vê nada, mas lembra das cores que um dia já enxergou. De acordo com a mãe, ela costuma dizer para a mãe não se preocupar pois “Deus não a deixou no escuro”. A mãe pensa que isto se deve ao fato de serem bastante religiosos.

### *Aspectos referentes a possíveis condutas autistas*

No que se refere à habilidade de atenção compartilhada a mãe relatou que Letícia traz para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/ eventos de interesse variados. Sempre quer ver a reação do outro e costuma contar todas as situações vividas no colégio de forma detalhada, tentando explicar os acontecimentos e indagando quando não consegue se fazer entender. Costuma reclamar que o pai não está presente nas coisas da escola que ela quer compartilhar.

Quanto aos comportamentos de apego, a menina demonstra preocupação quando separada dos pais. Além disso, tem interesse e iniciativa em aproximar-se de outras crianças. Fica contente com isso. É bastante desinibida e quando sente que está sendo agredida, agride também. Para exemplificar tal situação, a mãe citou a relação que Letícia estabeleceu com sua prima de idade similar, que é o seu “saco de pancadas”. Costuma imitar a mãe diante desta e diz “tu me respeita”. Também mostra-se agressiva, atirando os objetos, demonstrando muitas vezes uma agitação intensa. A mãe contou que preocupa-se com a agressividade da filha, que normalmente é mais dirigida a ela e ao marido.

Dentre as atividades favoritas de Letícia, estão: ir à pracinha, ouvir estória e jogar dominó com o pai; adora atender e falar ao telefone. É muito curiosa e brinca de faz de conta com massinha de modelar e com bonecas. Gosta também de abrir/fechar gavetas, de ligar/desligar interruptores de luz e tem intenso interesse por objetos que giram. Não apresenta hipersensibilidade sensorial.

Quanto a outros aspectos da conduta, Letícia já se masturbou uma vez, há um ano atrás. Também já manifestou tentativa de tocar nos genitais do pai, demonstrando curiosidade em saber a diferença.

#### 3.1.2 Informações sobre o grupo com Desenvolvimento Típico

**Caso 1:** Rodrigo

**Idade:** 2 a 7 m

*Aspectos referentes ao desenvolvimento*

No que se refere à gravidez, a mãe revela que foi planejada e, até o final do 1º trimestre, tudo transcorreu normalmente. Após esse período, enfrentou alguns problemas conjugais. Suas condições físicas durante a gravidez eram boas.

Rodrigo nasceu a termo, de parto cesariana, pesando 3,555 kg, pois a mãe temia o parto normal. Ele nasceu com gemência e amarelão. Foi direto para a UTI, onde ficou por aproximadamente 6 horas.

O primeiro contato com o seio da mãe foi no próprio hospital e o desmame ocorreu quando Rodrigo estava com 1 a 7 m. Desde então, ele não toma nenhum tipo de leite, apenas iogurte. A aceitação de sólidos se deu aos 4 meses de idade com frutas e aos 6 meses, sopa.

Quando bebê, Rodrigo apresentou vômitos, cólicas até os 9 meses e meio, e aos 6 meses apresentou uma distensão pélvica. A mãe contou ainda que Rodrigo atualmente alimenta-se normalmente. Para dormir, quando bebê, acordava durante a noite de duas em duas horas para mamar e tinha um sono agitado, tremia diante de qualquer barulho, mas o médico dizia que era normal. Seu sono permanece agitado: acorda durante a noite, chora e fala. Até começar a dormir, fica na cama dos pais; agarra-se em um e dá a mão para o outro.

As primeiras vocalizações de Rodrigo foram aos 3 meses, assim como os primeiros sorrisos. A orientação da cabeça para a face da mãe quando falando ou brincando com ele se deu no primeiro mês de vida, sempre que ela falava. Já as primeiras palavras ocorreram ao redor dos 8-9 meses de idade. As primeiras frases foram por volta de 1 ano e 4 meses, logo após a entrada na creche. No que se refere aos gestos quando bebê, apontava aos 4-5 meses; assentimento e negação com a cabeça aos 9 meses, quando estava começando a engatinhar; abanava aos 6 meses; imitava gracinhas desde os 8-9 meses; batia palmas aos 8 meses; levantava os braços para pedir colo desde os 5 meses e imitava os pais sacudindo o dedo indicador para dizer “não”. Atualmente, abana; assopra beijos; imita “gracinhas”; bate palmas; e levanta os braços para pedir colo. Seu padrão de comunicação é normal quanto à entonação e o uso das palavras. Rodrigo chora quando é repreendido ou machuca-se. A mãe contou, a este respeito, que ele se magoa com muita facilidade, mas pára de chorar quando beijado.

Quanto ao desenvolvimento neuromotor, firmou o pescoço aos 3 meses de idade, sentou-se sem apoio aos 7 meses, engatinhou aos 9 meses, caminhou sem suporte com 1 a 10 dias. Rodrigo apresenta dificuldade quando está manipulando brinquedos de encaixar, mas a mãe pensa que é normal na idade em que está. Contudo, executa sem problemas outras atividades que envolvem motricidade ampla (correr, pular). O controle dos esfíncteres anal e vesical diurno e noturno se deu aos 2 a 3 m, seguindo orientações médicas. Já houve perda do hábito adquirido por ocasião da chegada do inverno. Para dormir, usa fraldas e quando está sem elas, durante o dia, pede para ir ao banheiro.

Quanto ao autocuidado, Rodrigo ainda não toma banho, não escova os dentes e não se limpa sozinho após as evacuações. No entanto, manifesta interesse em cuidar da própria higiene sozinho, pois brinca de se lavar depois que a mãe o faz.

No que se refere aos aspectos afetivos, apesar de ficar encabulado diante de pessoas não-familiares, sorri ocasionalmente para estas pessoas. Além disso, responde ao sorriso de outras pessoas. Sua expressão emocional varia e é apropriada ao contexto. De acordo com o relato da mãe, Rodrigo é “meloso”, gosta de apertar e fazer carinho, além de compartilhar atividades prazerosas, e demonstra preocupação se os pais estão tristes ou doentes.

A mãe relatou durante a entrevista sobre a história familiar de problemas de desenvolvimento, emocionais e de aprendizagem, que sua irmã e o irmão mais velho de seu marido possuem transtornos mentais.

#### *Aspectos referentes a possíveis condutas autistas*

Conforme o esperado, não há comprometimentos nessa área. Quanto à habilidade de atenção compartilhada a mãe relatou que Rodrigo traz para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/eventos de interesse variados, além de fazer comentários. Ele divide o interesse com a mãe, quer que ela brinque com ele. Quando consegue fazer algo, vibra com satisfação: “Viu mãe! Bate palma pra mim!”.

No que se refere aos comportamentos de apego, Rodrigo demonstra preocupação quando separado dos pais, tanto aos 2 anos como atualmente. Quando estava com outras crianças, chorava um pouco. Hoje, preocupa-se menos com isso. Além disso, mostra

excitação diante do retorno dos pais; checa a presença destes em locais estranhos e busca ajuda quando machucado.

A respeito das iniciativas sociais, apesar de ficar tímido, acaba aproximando-se de outras crianças e de pessoas não-familiares. Se está acompanhado, engaja-se em brincadeiras simples como chutar a bola de volta e deslocar carrinhos na areia. Prefere brincadeiras em pares a grupos.

Suas atividades favoritas são jogar bola e raquete; brincar com jogos de montar e de memória; brincar de luta com o pai; pular em cima da cama dos pais; assistir TV e DVDs de musicais infantis. Rodrigo apresenta curiosidade em relação as coisas ao seu redor, sendo que há algum tempo atrás aprendeu a falar “porque” e passa boa parte do tempo fazendo esta pergunta. Ainda de acordo com a mãe, ele não apresenta brincadeira de faz-de-conta e, às vezes, gosta de alinhar os objetos por cor. Pede sempre que a mãe coloque o guaraná no microondas pois não gosta de tomá-lo gelado e resiste a mudanças na rotina pessoal e da casa, só aceitando se é algo de seu interesse.

## **Caso 2: Marcelo**

**Idade:** 3 a 5 m

### *Aspectos referentes ao desenvolvimento*

Quanto aos aspectos relevantes acerca da gravidez, a mãe relatou que este foi um período bastante feliz, já que esta foi planejada. Ela apresentou, na época, náuseas e vômitos, dores de cabeça, tensão física e emocional, sobretudo no último trimestre. Além disso, teve um pouco de anemia no começo da gravidez, engordou 15 kg e usou medicamentos para enjôo e dores de cabeça.

Marcelo nasceu de parto cesariana, a termo, pesando 3,800 Kg. O primeiro contato com o seio se deu no hospital. Aos 4 meses, a mãe não tinha mais leite e Marcelo aceitou bem a mamadeira. A aceitação de sólidos, diferentemente, se deu aos 5-6 meses de idade e foi difícil, pois ele não gostava de sopinhas, legumes e verduras. Atualmente, ainda tem dificuldade para ingerir tais alimentos, preferindo carnes e massas.

Para conciliar o sono, quando bebê, apresentou dificuldades (“trocava a noite pelo dia”). Hoje, não demonstra problemas.

A mãe não lembra ao certo quando ocorreram as primeiras vocalizações, mas acha que foi por volta dos 7 meses. As primeiras palavras ocorreram aos 12 meses. As primeiras frases logo em seguida. Sobre os gestos, apontou aos 9 meses; apresentou gestos de assentimento e negação aos 12 meses, assim como acenos com a mão (antes de 1 ano); assoprou beijos (perto de 1 ano); imitou gracinhas (perto de 1 ano); bateu palmas na mesma época; levantava os braços para pedir colo, desde os 6 meses; sacudia o dedo indicador para dizer “não” (1 ano e meio; imitando o pai). Os primeiros sorrisos aconteceram depois do primeiro mês de vida e, nessa mesma época, a mãe contou que o filho orientava a cabeça quando os adultos dirigiam-se a ele. Seu padrão de comunicação quanto à entonação, ritmo, articulação e pronúncia, não revela problemas. Além disso, Marcelo costuma chorar quando está com sono ou irritado, mas em geral é tranqüilo.

Quanto ao desenvolvimento neuromotor, Marcelo firmou o pescoço depois dos 2 meses. Sentou-se sem apoio aos 7 meses; engatinhou aos 8 meses; caminhou sem suporte com 1 a 2 m. No que diz respeito as atividades como correr, pedalar, pular, Marcelo não apresenta dificuldades. No entanto, a mãe acredita que, por ser pequeno ainda, o filho apresenta dificuldades na manipulação de objetos com os dedos. O controle esfinteriano anal e vesical diurno e noturno se deu aos 2 anos e meio. Houve perda do hábito adquirido no início deste ano quando Marcelo ingressou na creche, mas este já normalizou.

Quanto ao autocuidado, Marcelo necessita da ajuda da mãe no desempenho de diferentes tarefas (tomar banho, limpar-se após as evacuações, vestir-se, entre outras). Contudo, a mãe relatou que ele demonstra interesse em cuidar da própria higiene.

No que se refere aos aspectos afetivos, Marcelo sorri espontaneamente a pessoas familiares e ocasionalmente, a não familiares. Além disso, ele sorri em resposta ao sorriso de outras pessoas e sua expressão emocional é apropriada ao contexto. A mãe ainda relatou a esse respeito que seu filho é uma criança simpática e carinhosa; compartilha atividades prazerosas e demonstra preocupação se os pais estão tristes ou doentes.

Quanto a tratamentos e medicamentos, a mãe não relatou nenhuma hospitalização. Marcelo apenas já se tratou por febres, gripes e diarréias.

O menino ingressou na escola no início do ano. O processo de adaptação durou dois meses, pois chorava ao notar que a mãe não estava por perto.

No que se refere a ocorrência de cirurgias ou hospitalizações na família, a mãe de Marcelo relatou as hospitalizações dos avós paternos (a avó já falecida por câncer; o avô que recentemente realizou cirurgia cardíaca).

*Aspectos referentes a possíveis condutas autistas:*

Não foi identificado qualquer problema nessa área, como era de se esperar. No que se refere à habilidade de atenção compartilhada, a criança mostra, traz para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/ eventos de interesse variados, além de fazer comentários. Marcelo costuma propor brincadeiras para os pais; pergunta e comenta sobre seus brinquedos, pois adora conversar durante esses momentos.

Acerca dos comportamentos de apego, aos 2 anos de idade Marcelo demonstrava mais preocupação do que agora quando separado de seus pais. Tanto anteriormente como hoje, Marcelo sorri ou mostra excitação com o retorno dos pais, busca a ajuda destes quando machucado e checa a presença deles quando está em lugares estranhos.

Quanto às iniciativas sociais, Marcelo aproxima-se de outras crianças, mas antes as observa bastante. Ele não deseja brincar com elas a maior parte do tempo e prefere a companhia dos pais a grupos. A mãe relatou também que o filho não fica nervoso diante da presença de pessoas não-familiares, sendo que com os familiares ele mostra-se mais a vontade. Sua expressão emocional varia de acordo com o contexto e a pessoa.

No que se refere aos comportamentos repetitivos, os brinquedos e atividades favoritas de Marcelo são: brincar de bola; de brinquedos de montar e falar sozinho enquanto brinca. Apresenta curiosidade pelas coisas ao seu redor e brincadeira de faz-de-conta, sendo que possui amigos imaginários.

**Caso 3: Giana**

**Idade: 4a e 11m**

*Aspectos referentes ao desenvolvimento*

No que se refere a gravidez, esta foi planejada. A relação do casal, de acordo com a mãe, estava estável. Suas condições de saúde na época estavam normais, sendo que ela apresentou náuseas e vômitos nas primeiras semanas.

Giana nasceu a termo, pesando 2,705 kg, de parto cesariana. Seus primeiros dias em casa foram tranquilos, embora a mãe tenha se sentido um pouco deprimida, pois cuidou da filha sozinha, contando apenas com o apoio do marido. Posteriormente, Giana começou a ter cólicas e chorava bastante.

O primeiro contato com o seio foi no hospital. O desmame, de acordo com o relato da mãe, se deu aos 5 meses, sem problemas. A aceitação de sólidos ocorreu aos 3 meses e meio, em função da entrada de Giana na creche. Atualmente, é excessivamente voraz e prefere que os alimentos estejam em temperatura morna. Quando bebê, Giana apresentava dificuldades para conciliar o sono. Além disso, acordava durante a noite e tinha sono agitado em virtude das crises de bronquite.

Os primeiros sorrisos ocorreram entre 2 e 3 meses, na mesma fase em que se deu a orientação da cabeça em direção à face do adulto, quando falando ou brincando com ela. As primeiras vocalizações surgiram entre 8 e 9 meses. Já as primeiras palavras ocorreram aos 15 meses. No que se refere aos gestos, quando bebê Giana batia palmas, levantava os braços para pedir colo (atualmente ainda o faz) e sacudia o dedo indicador para dizer “não”. Ainda sobre o seu padrão de comunicação, Giana costuma segurar o rosto do adulto para fazê-lo olhar em determinada direção; quando não quer ouvir algo (Ex.: quando está assistindo televisão) põe a mão nos ouvidos e a entonação de sua fala é alta.

Quanto ao desenvolvimento neuromotor de Giana, ela firmou ao pescoço aos 4 meses, sentou-se sem apoio aos 7 meses, engatinhou aos 8 meses e caminhou sem suporte com 1 ano e uma semana. Atualmente, tem uma postura normal. Aos 2 anos se deu o controle esfinteriano vesical diurno/noturno, enquanto que o controle esfinteriano anal ocorreu aos 2 a 5 m.

No que se refere ao autocuidado, Giana toma banho sozinha mas tem algumas dificuldades e necessita do apoio da mãe. Ainda a esse respeito, veste-se e escova seus dentes. Não se limpa sozinha após as evacuações, e apesar de se atrapalhar com a seqüência da tarefa, manifesta interesse em cuidar da própria higiene.



Quanto aos aspectos afetivos, a mãe destacou que Giana sorri espontaneamente a pessoas familiares e diante de pessoas estranhas, o faz ocasionalmente. Além disso, sua expressão emocional, varia e mostra-se adequada ao contexto. Ela é considerada uma menina carinhosa, que compartilha atividades prazerosas e demonstra preocupação se os pais estão tristes ou doentes.

Recentemente, começou a freqüentar a escola infantil. Não estranhou muito, já que está no mesmo local desde bebê.

A mãe relatou sobre a história familiar de problemas de desenvolvimento, emocionais e de aprendizagem que o marido já sofreu um aneurisma, enquanto que Giana já teve uma gastroenterite, além de ter tido duas crises respiratórias, a primeira com 1 ano e meio, e a segunda aos 3 anos e meio.

#### *Aspectos referentes à possíveis condutas autistas*

Conforme o esperado, não há dificuldades nessa área. No que se refere à habilidade de atenção compartilhada a mãe relatou que Giana mostra, traz para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos (preferencialmente livros) de interesse variados, e faz comentários sobre estes. Exemplo disso, é quando Giana traz os livros e pede para a mãe contar a estória, sendo que participa deste ato junto com ela.

Quanto aos comportamentos de apego, tanto aos 2 anos como atualmente, Giana não demonstra preocupação quando separada dos pais, mas sorri ou mostra excitação com o retorno destes e busca a ajuda dos mesmos quando machucada. Atualmente, checa a presença dos pais quando está em lugares estranhos.

A respeito das iniciativas sociais, Giana tenta se enturmar se está diante de outras crianças. Além disso, mostra-se capaz de se engajar em brincadeiras simples, e prefere brincadeiras em pares a grupos. Diante de pessoas não-familiares fica tímida e é bastante desinibida socialmente para sua idade. A mãe ainda destacou que a filha responde diferentemente de acordo com o contexto e a pessoa a que se está referindo.

A mãe relatou que as atividades favoritas de Giana são as que envolvem escrita; descobrir as letras; desenhar, recortar e colar. Quanto as coisas ao seu redor, pergunta bastante quando se trata de algo que lhe interessa, demonstrando curiosidade. Ela brinca de

faz-de-conta, e empilha objetos quando brincando. Não há resistência a mudanças na rotina pessoal/da casa.

**Caso 4:** Bruna

**Idade:** 5a e 6m

*Aspectos referentes ao desenvolvimento*

No que se refere à gravidez, apesar do casal não ter planejado, ficaram felizes com a novidade, pois mantinham um bom relacionamento. A única mudança na ocasião foi para uma nova residência, já que até então viviam juntamente com os avós paternos de Bruna. As condições de saúde da mãe nessa época eram boas, sendo que apresentou náuseas e vômitos, e engordou 11 kg.

Bruna nasceu a termo, de parto normal, pesando 3,100 Kg. Os primeiros dias em casa foram conturbados, em função da mudança de residência. Na época, os parentes forneceram apoio.

O primeiro contato com o seio foi no hospital. O desmame só ocorreu quando Bruna estava com 9 meses, pois a mãe já não queria mais amamentar. A mamadeira vinha sendo usada, no entanto, desde os 6 meses da menina, alternada com as mamadas no peito. A aceitação de sólidos iniciou aos 6 meses também, mas ainda sim, Bruna tinha preferência pelo leite e sucos. Ela apresentou vômitos, cólicas, constipação/diarréia. Atualmente, não apresenta problemas referentes à alimentação.

Seu sono quando bebê sempre foi agitado, pois desde bebê até o presente momento costuma acordar durante a noite. A mãe acredita que ela sonha bastante.

No que se refere à linguagem/comunicação, as primeiras vocalizações de Bruna ocorreram aos 7 meses; as primeiras palavras, perto de 1 ano; as primeiras frases depois de 1 ano. Os gestos que Bruna apresentou foram: apontar, e assentimento/negação com a cabeça (com alguns meses); abanar, assoprar beijos, imitar “gracinhas”, bater palmas (antes de 1 ano); levantar os braços para pedir colo (5-6 meses); sacudir o dedo indicador para dizer “não” (quase aos 2 anos). Atualmente Bruna afirma e nega com a cabeça; abana; assopra beijos; bate palmas; e sacode o dedo indicador para dizer não. Puxa a mãe quando

quer lhe mostrar algo. A entonação de sua voz só modifica-se quando está eufórica com algo ou muito irritada, falando mais alto.

Acerca do desenvolvimento neuromotor, Bruna firmou o pescoço nos primeiros 6 meses (a mãe não lembrou da data exata). Sentou-se sem apoio depois dos 6 meses, engatinhou aos 10 meses e caminhou sem suporte com 1 a 2 m. O controle esfíncteriano vesical diúrno/noturno se deu aos 2 anos e alguns meses, enquanto que o anal aos 3 anos. A perda do hábito adquirido ocorreu quando se mudaram de residência e de creche. Atualmente, Bruna apresenta-se meio desajeitada. Deixa cair as coisas e vive batendo nos móveis da casa. De acordo com a mãe, é por falta de atenção. Adora andar de bicicleta, mas ainda anda com as rodinhas, e para correr, pular e chutar, apresenta algumas dificuldades.

Quanto aos aspectos afetivos, Bruna sorri espontaneamente a pessoas familiares, mas em relação a pessoas estranhas é tímida e sorri ocasionalmente. Sua expressão emocional varia de acordo com o contexto. Ainda de acordo com o relato da mãe, a filha é carinhosa ocasionalmente e gosta de compartilhar atividades prazerosas, além de demonstrar preocupação se os pais estão tristes ou doentes.

No que se refere a outros aspectos da conduta, Bruna morde-se quando está brava e tem o hábito de roer as unhas. Sobre a exibição de comportamentos agressivos, estes ocorrem quando ela é contrariada. A mãe relatou que nesses momentos a filha joga seus brinquedos no chão.

Aos 2 anos Bruna começou a frequentar a creche. Aos 3 anos mudou-se para outra creche, pois os pais mudaram de residência. Recentemente, ingressou em uma escola infantil. Nessas mudanças, Bruna sofreu para se adaptar, chorando bastante e solicitando a presença da mãe, que é justamente a pessoa que mais a atende em casa tanto atualmente como antes de seu ingresso na escola.

A mãe relatou durante a entrevista sobre a história familiar de problemas de desenvolvimento, emocionais e de aprendizagem, que ela já esteve hospitalizada a alguns anos atrás por conta de uma infecção renal. Bruna trata-se desde bebê de alergias a pó e a animais de pelúcia.

*Aspectos referentes a possíveis condutas autistas*

Quanto à habilidade de atenção compartilhada, Bruna mostra, traz para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/eventos de interesse variados, e faz comentários sobre estes. Sempre que chega da escola, mostra para a mãe os trabalhos que realizou, bastante orgulhosa. A mãe percebe que ela gosta de ouvir a opinião dos pais.

No que se refere aos comportamentos de apego, tanto aos 2 anos como atualmente, Bruna demonstra preocupação quando separada dos pais, além de buscar a ajuda destes quando machucada e checar sua presença quando em lugares estranhos. Aos 2 anos, demonstrava mais excitação com o retorno dos pais do que atualmente.

A respeito das iniciativas sociais de Bruna, a mãe relatou que ela responde e tem iniciativa de se aproximar de outras crianças, apesar de ficar um pouco tímida no início do contato. Além disso, ela é capaz de se engajar em brincadeiras simples e prefere as brincadeiras que incluam uma boneca, que possui desde os 3 anos e meio. Prefere brincadeiras em pares a grupos; e há variação na resposta conforme o contexto e a pessoa.

Os brinquedos e atividades favoritas de Bruna são: brincar com sua boneca preferida; brincar de mamãe e filhinha; de fazer comidinha. A mãe destacou a esse respeito que repara que a menina adora imitá-la.

### 3. 2. Dados da Análise de Observação

3.2.1. Estatística descritiva dos comportamentos maternos e infantis nas díades com e sem deficiência visual congênita

Os dados da sessão de observação serão apresentados em duas partes. A primeira é composta dos resultados do exame estatístico, enquanto que a segunda constitui-se da análise qualitativa dos comportamentos maternos e infantis.

#### **Díade 1 (DVC):** Luís (2a e 8m)

Em um total de 9 episódios de atividade conjunta entre mãe e criança, a duração média de cada episódio foi de 75 segundos. O cálculo para a obtenção da duração média foi realizado pela soma da duração de todos os episódios dividida pelo número de episódios, durante os 10 minutos observados.

#### **Díade 2 (DT):** Rodrigo (2a e 7m)

Em um total de 12 episódios de atividade conjunta entre mãe e criança, a duração média de cada episódio foi de 49 segundos, portanto menor que a da díade 1.

Quanto aos comportamentos maternos e infantis, a Tabela 3 apresenta as frequências totais dos comportamentos maternos (CM) e infantis (CI), das díades 1 e 2, obtidas pela soma de todas as categorias maternas e infantis nos 10 minutos codificados, durante a sessão de brinquedo livre:

Tabela 3  
*Total de Comportamentos Maternos e Infantis nas Díades 1 (com DVC) e 2 (com DT)*

<b>Comportamentos maternos/infantis</b>	<b>Frequência</b>
Total Comportamentos Maternos (Díade 1)	224
Total Comportamentos Maternos (Díade 2)	187
Total Comportamentos Infantis (Díade 1)	213
Total Comportamentos Infantis (Díade 2)	186

Como pode ser observado, a criança com DVC apresentou maior frequência total de comportamentos comparada à criança com DT. As mães apresentaram esta mesma tendência já que a mãe da criança com DVC também apresentou maior frequência total de

comportamentos, comparada à mãe da criança com DT. A Figura 1 apresenta as porcentagens dos comportamentos maternos - Compartilhamento de Tópico (CT) e Diretividade Materna (DM) nas mães das crianças com DVC e com DT:

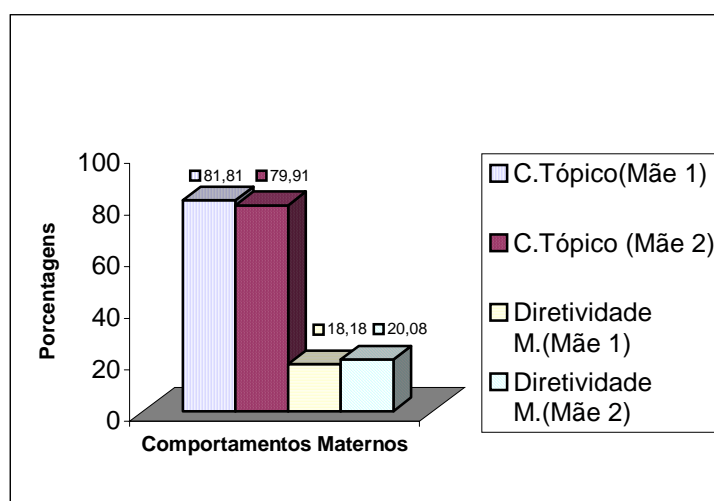


Figura 1. Porcentagens dos comportamentos maternos nas mães das crianças com e sem DVC ao longo dos episódios de atividade conjunta em 10 minutos de observação.

As porcentagens do Compartilhamento de Tópico e da Diretividade Materna foram calculadas pela soma de cada uma de suas modalidades, dividida pelo total de comportamentos maternos, sendo semelhante nas duas mães (Mãe/DVC<sup>2</sup>: Compartilhamento de Tópico – 82%; Diretividade Materna – 18%; Mãe/DT: Compartilhamento de Tópico – 80%; Diretividade Materna – 20%). Isso significa que ambas as mães apresentaram um balanço entre seguir o foco de atenção e interesse da criança e controlar suas atividades. Os dados referentes ao Contato Físico Afetivo não serão apresentados, em função da sua não ocorrência nestas datas.

Quanto aos comportamentos infantis, nota-se diferenças entre as crianças. A Tabela 4 apresenta as frequências simples de Atenção Compartilhada e das Estereotípias nas crianças com DVC e com DT:

<sup>2</sup> Valores arredondados.

Tabela 4

*Frequências Simples dos Comportamentos Infantís nas Crianças com DVC e com DT*

Comportamentos infantís	Frequências	
	DVC	DT
Atenção Compartilhada	134	129
Estereotípias	06	—

Como pode ser observado na Tabela 4, a frequência de Atenção Compartilhada na criança com DT tendeu a aproximar-se daquela da criança com DVC. Quanto à ocorrência de estereotípias, como era de se esperar, a criança com DT não apresentou este tipo de comportamento. Por outro lado, a criança com DVC apresentou estereotípias, embora com frequência baixa. A Figura 2 apresenta a frequência média de AC nos grupos de crianças com DVC e DT (Anexo F).

A frequência total de Brinquedo nas crianças com DVC (1) e com DT (2), foi obtida pela soma das frequências das seguintes classificações: Exploratório (E), Funcional (F) e Simbólico (S). A Figura 3 apresenta as porcentagens obtidas a partir da soma das frequências simples de cada tipo de brinquedo, divididos pela frequência total dos mesmos:

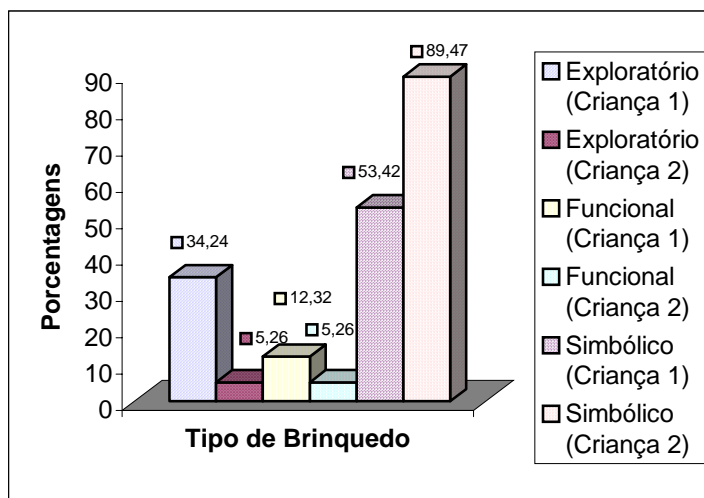


Figura 3. Porcentagens dos tipos de brinquedo nas crianças com e sem DVC ao longo dos episódios de atividade conjunta em 10 minutos de observação.

No que se refere à qualidade de brinquedo houve diferenças entre os grupos. Quanto ao Brinquedo Simbólico, a criança com DT (89%) apresentou quase o dobro de ocorrência desta modalidade comparada à criança com DVC (53%). Por outro lado o Brinquedo Exploratório na criança com DVC (34%) foi muito superior ao da criança com DT (5%). De forma semelhante, a criança com DVC (12%) apresentou mais que o dobro de porcentagem de brinquedo funcional do que a criança com DT (5%).

#### **Díade 3 com DVC:** Daniel (3a e 3m).

Em um total de 11 episódios de atividade conjunta entre mãe e criança, a duração média de cada episódio foi de 51 segundos.

#### **Díade 4 com DT:** Marcelo (3a e 5m).

Em um total de 9 episódios de atividade conjunta entre mãe e criança, a duração média de cada episódio foi de 70 segundos, portanto maior que a díade 3.

A Tabela 5 apresenta os comportamentos maternos e infantis, e suas frequências, das díades com e sem DVC, obtidas pela soma de todas as categorias maternas e infantis durante os 10 minutos codificados, durante a sessão de brinquedo livre:



*Total de Comportamentos Maternos e Infantis nas Díades 3 (com DVC) e 4 (com DT)*

Comportamentos maternos/infantis	Frequência
Total Comportamentos Maternos (Díade 3)	189
Total Comportamentos Maternos (Díade 4)	190
Total Comportamentos Infantis (Díade 3)	111
Total Comportamentos Infantis (Díade 4)	212

Como pode ser observado, quanto aos comportamentos infantis, a criança com DT apresentou maior frequência total de comportamentos, comparada à criança com DVC. As mães apresentaram frequências totais de comportamento praticamente equivalentes. A Figura 4 apresenta as porcentagens dos comportamentos maternos, Compartilhamento de Tópico (CT) e Diretividade Materna (DM) nas mães das crianças com DVC e com DT:

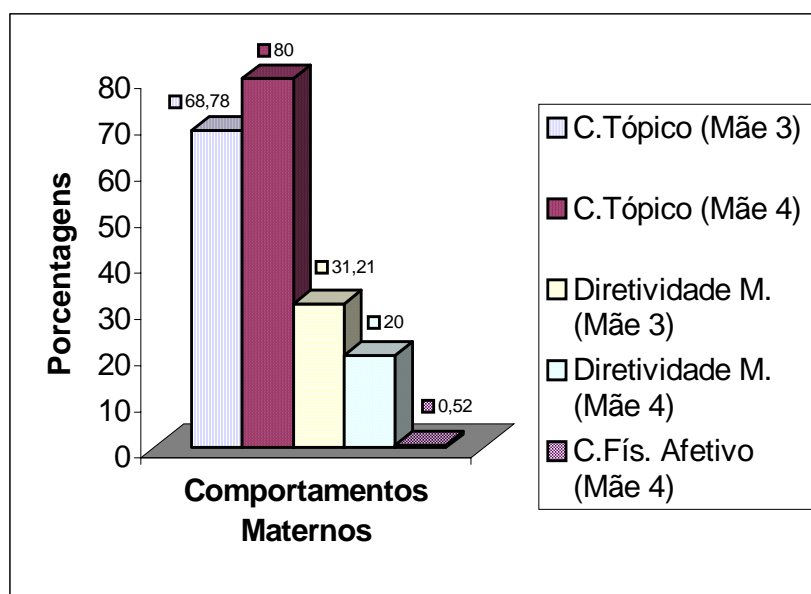


Figura 4. Porcentagens dos comportamentos maternos nas mães das crianças com e sem DVC ao longo dos episódios de atividade conjunta em 10 minutos de observação.

Como pode ser observado na Figura 4, a mãe da criança com DT apresentou maior porcentagem de Compartilhamento de Tópico (80%) quando comparada à mãe da criança com DVC (69%). No que se refere à Diretividade Materna, a mãe da criança com DVC foi mais diretiva (31%) do que a mãe da criança com DT (20%). A porcentagem do Contato Físico Afetivo foi calculada pela soma de cada uma de suas modalidades, dividida pelo

total de comportamentos maternos. Apenas a mãe da criança com DT apresentou tal comportamento, ainda que tenha apresentado uma frequência bastante baixa, inferior a 1%.

No que se refere aos comportamentos infantis, verificou-se diferenças quanto à habilidade de Atenção Compartilhada. A Tabela 6 apresenta as frequências simples da Atenção Compartilhada e das Estereotípias, nas crianças com DVC e com DT:

Tabela 6

*Frequências Simples dos Comportamentos Infantis nas Crianças com DVC e com DT*

<i>Comportamentos infantis</i>	<i>Frequências</i>	
	DVC	DT
Atenção Compartilhada	72	139
Estereotípias	01	—

Cabe destacar que a criança com DT apresentou quase o dobro da frequência de Atenção Compartilhada, comparada à criança com DVC. Conforme as expectativas, a criança com DT não apresentou estereotípias, enquanto que a criança com DVC apresentou frequência bastante baixa de estereotípias.

Sobre o tipo de brinquedo, houve diferenças entre as díades. A Figura 5 apresenta as porcentagens obtidas a partir da soma das frequências simples de cada tipo de brinquedo, divididos pela sua frequência total na criança com DVC e com DT:

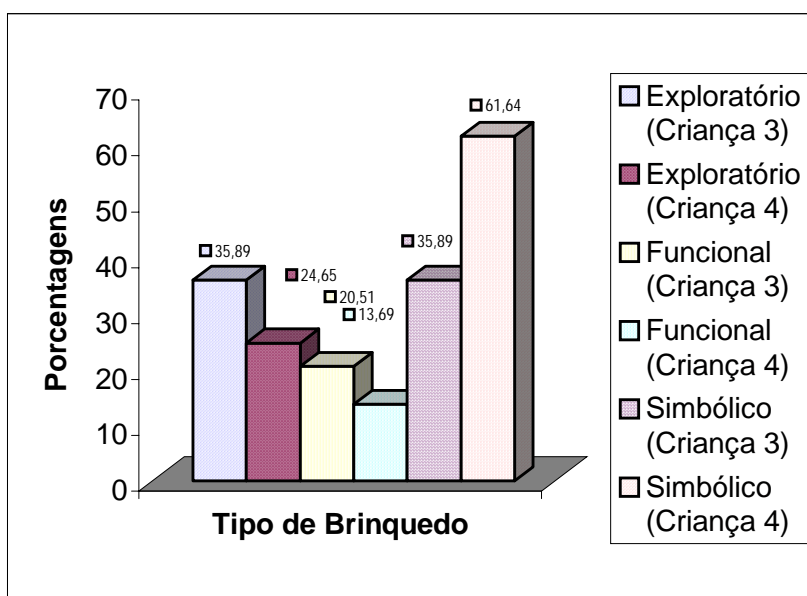


Figura 5. Porcentagens dos tipos de brinquedo nas crianças com e sem DVC ao longo dos episódios de atividade conjunta em 10 minutos de observação

Destaca-se que a criança com DVC apresentou porcentagens equivalentes de Brinquedo Exploratório e Simbólico (36%), denotando um equilíbrio entre ambos níveis de brinquedo. Novamente, verificaram-se diferenças entre as duas crianças, sobretudo quanto ao Brinquedo Simbólico. A criança com DT apresentou porcentagem de brinquedo simbólico muito superior (62%) ao da criança com DVC (36%). Contudo, no que se refere ao Brinquedo Exploratório, a criança com DVC apresentou porcentagem maior de brinquedo exploratório (36%) do que a criança com DT (25%), assim como de brinquedo funcional (21% e 14%, respectivamente).

#### **Díade 5 com DVC:** Laura (5a).

Em um total de 15 episódios de atividade conjunta entre mãe e criança, a duração média de cada episódio foi de 35 segundos.

#### **Díade 6 com DT:** Giana (4a e 11m).

Em um total de 11 episódios de atividade conjunta entre mãe e criança, a duração média de cada episódio foi de 54 segundos, portanto maior que a díade 5.

Nestes episódios de atividade conjunta, destacam-se os comportamentos maternos e infantis exibidos pela díade mãe-criança. Na Tabela 7 são apresentadas as frequências totais dos comportamentos maternos (CM) e infantis (CI), das díades com e sem DVC:

Tabela 7

*Total de Comportamentos Maternos e Infantis nas Díades 5 (com DVC) e 6 (com DT)*

<b>Comportamentos maternos/infantis</b>	<b>Frequência</b>
Total Comportamentos Maternos (Díade 5)	38
Total Comportamentos Maternos (Díade 6)	190
Total Comportamentos Infantis (Díade 5)	100
Total Comportamentos Infantis (Díade 6)	212

Quanto aos comportamentos infantis, a criança com DVC exibiu menos comportamentos (100) do que a criança com DT (212). Nota-se uma diferença significativa referente às frequências totais dos comportamentos maternos de ambas as mães. A mãe da criança com DT apresentou cinco vezes mais comportamentos (190) do que a mãe da criança com DVC (38).

A Figura 6 apresenta as porcentagens dos comportamentos maternos - Compartilhamento de Tópico (CT); Diretividade Materna (DM); Contato Físico Afetivo (CFA)- nas mães com e sem DVC.

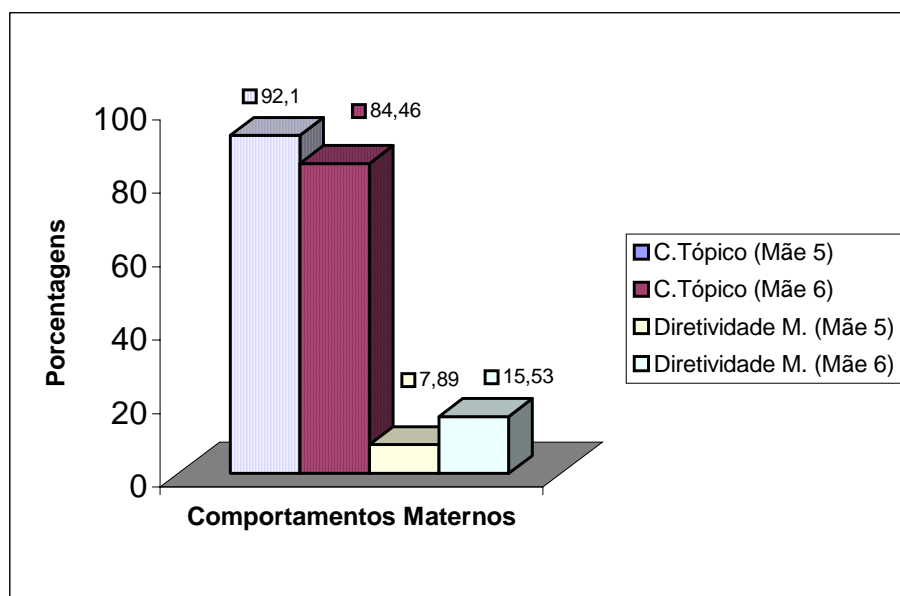


Figura 6. Porcentagens dos comportamentos maternos das mães das crianças com e sem DVC, ao longo dos episódios de atividade conjunta em 10 minutos de observação.

As mães demonstraram semelhanças quanto ao Compartilhamento de Tópico (Mãe/DVC: 92%; Mãe/DT: 84%). Vale ressaltar, contudo, que as porcentagens foram calculadas considerando a frequência total de comportamentos, sendo que a da mãe da criança com DT foi bastante superior a da mãe da criança com DVC. Contrariando o esperado, a mãe da criança com DVC foi menos diretiva (8%) do que a mãe da criança com DT (16%). Pode-se concluir que houve um predomínio dos comportamentos de Compartilhamento de Tópico sobre os de Diretividade Materna. No que se refere ao Contato Físico Afetivo, os dados não serão apresentados em função da sua não ocorrência.

Quanto aos comportamentos infantis, ressalta-se que a criança com DVC não apresentou estereotípias, diferentemente das outras crianças com DVC das díades anteriores. A Tabela 8 apresenta as frequências simples da Atenção Compartilhada (AC) nas crianças com DVC e com DT:

Tabela 8

*Frequências Simples dos Comportamentos Infantís nas Crianças com DVC e com DT*

Comportamentos infantís	Frequências	
	DVC	DT
Atenção Compartilhada	51	139

Examinando a Tabela 8, verifica-se que a frequência de Atenção Compartilhada na criança com DT foi mais que o dobro comparada à da criança com DVC. Por outro lado, a criança com DVC não demonstrou estereótipias.

Quanto ao tipo de brinquedo, da mesma forma que nas díades anteriores, a criança com DVC apresentou menor frequência de brinquedo simbólico comparada à criança com DT. A Figura 7 apresenta as porcentagens dos diferentes tipos de Brinquedo, Exploratório (E), Funcional (F) e Simbólico (S) nas crianças com e sem DVC:

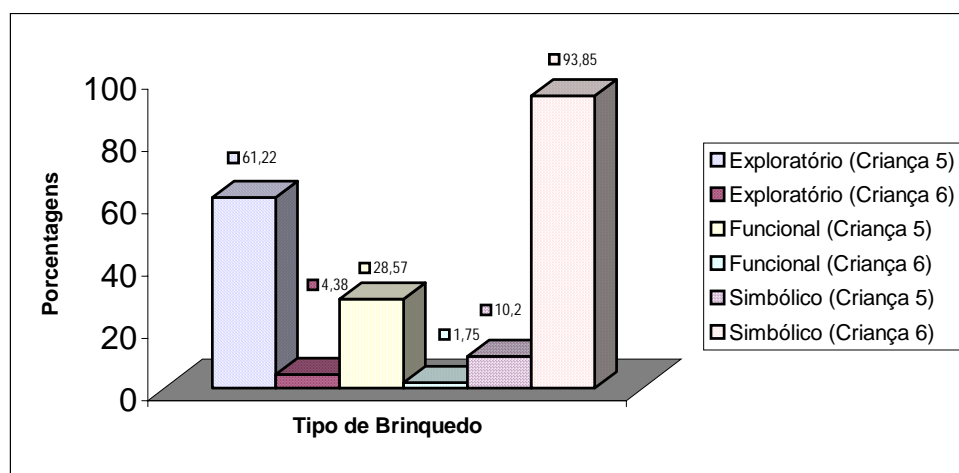


Figura 7. Porcentagens dos tipos de brinquedo nas crianças com e sem DVC ao longo dos episódios de atividade conjunta em 10 minutos de observação.

Foram constatadas diferenças em todos os níveis de brinquedo nas crianças com e sem DVC. No Exploratório, verificou-se que a criança com DVC (62%) apresentou uma frequência consideravelmente superior àquela encontrada na criança com DT (4%). No Simbólico ocorreu o contrário, estando a frequência da criança com DT (94%) muito superior a daquela da criança com DVC (10%). Destaca-se que estes resultados estão de acordo com o esperado. Quanto à frequência de brinquedo funcional, a criança com DVC apresentou bem mais (29%) do que a criança com DT (2%).

**Díade 7 com DVC:** Letícia (5a e 7m).

Em um total de 11 episódios de atividade conjunta entre mãe e criança, a duração média de cada episódio foi de 45 segundos.

**Díade 8 com DT:** Bruna (5a e 6m).

Em um total de 12 episódios de atividade conjunta entre mãe e criança, a duração média de cada episódio foi de 51 segundos, portanto maior que a da díade 7.

Na Tabela 9 são apresentadas as frequências totais dos comportamentos maternos (CM) e infantis (CI), das díades com e sem DVC, obtidas pela soma de todas as categorias maternas e infantis durante os 10 minutos codificados, durante a sessão de brinquedo livre:

Tabela 9

*Total de Comportamentos Maternos e Infantis nas Díades 7 (com DVC) e 8 (com DT)*

<b>Comportamentos maternos/infantis</b>	<b>Frequência</b>
Total Comportamentos Maternos (Díade 7)	104
Total Comportamentos Maternos (Díade 8)	220
Total Comportamentos Infantis (Díade 7)	211
Total Comportamentos Infantis (Díade 8)	182

Nota-se que a mãe da criança com DVC apresentou bem mais comportamentos do que a mãe da criança com DT. De forma semelhante, a criança com DVC apresentou mais comportamentos do que a criança com DT, ainda que a diferença tenha sido menor do que a ocorrida quanto aos comportamentos maternos. A Figura 8 apresenta as porcentagens destes - Compartilhamento de Tópico (CT) e Diretividade Materna (DM), nas mães das crianças com e sem DVC:

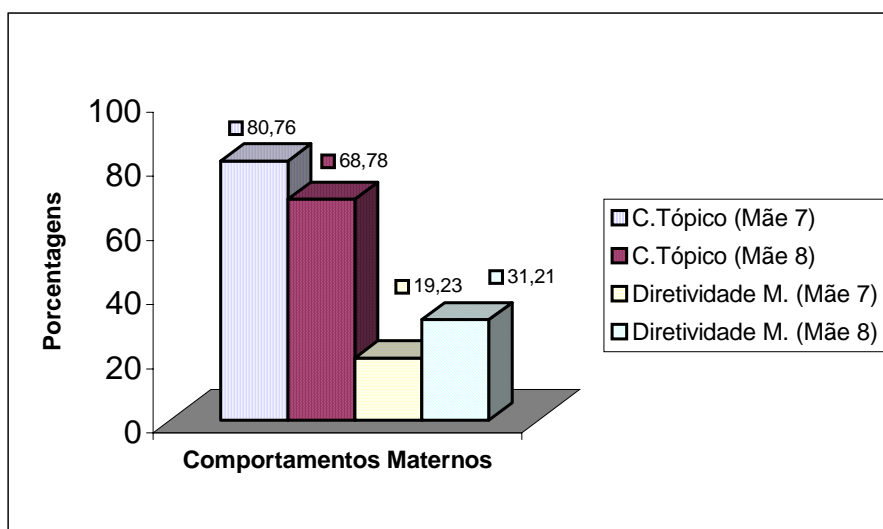


Figura 8. Porcentagens dos comportamentos maternos nas mães das crianças com e sem DVC, ao longo dos episódios de atividade conjunta em 10 minutos de observação.

No que se refere aos comportamentos maternos, a mãe da criança com DVC, contrariando o esperado, apresentou mais Compartilhamento de Tópico (81%) quando comparada à mãe da criança com DT (69%). Da mesma forma, a mãe da criança com DT (31%) apresentou mais Diretividade Materna do que a mãe da criança com DVC (19%). Os dados referentes ao Contato Físico Afetivo não serão apresentados, em função da sua não ocorrência.

Da mesma forma que a criança da díade 1, a criança com DVC apresentou maior frequência de Atenção Compartilhada comparada à criança com DT. As frequências simples da Atenção Compartilhada nas crianças com DVC e com DT, estão dispostas na Tabela 10:

Tabela 10

*Frequências Simples dos Comportamentos Infantís nas Crianças com DVC e com DT*

Comportamentos infantís	Frequências	
	DVC	DT
Atenção Compartilhada	135	129

Verifica-se na Tabela 10 que embora a frequência de Atenção Compartilhada na criança com DVC tenha sido maior do que a da criança com DT, esta tendeu a se aproximar



daquela da criança com DVC. Os dados referentes às estereotipias não serão apresentados, pois ambas não apresentaram este comportamento.

No que se refere ao tipo de brinquedo, nota-se que a criança com DVC apresentou maior frequência de brinquedo exploratório comparada à criança com DT. A Figura 9 apresenta as porcentagens dos diferentes tipos de Brinquedo, Exploratório (E), Funcional (F) e Simbólico (S) nas crianças com e sem DVC:

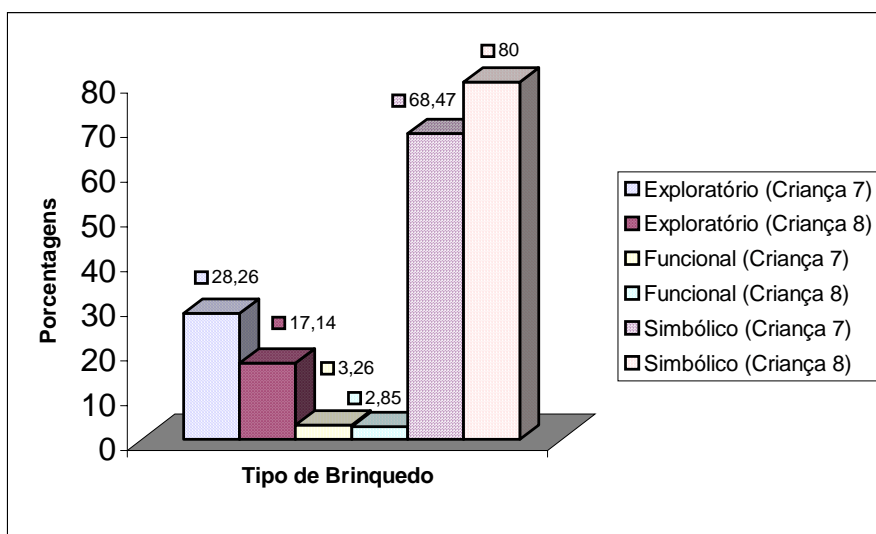


Figura 9. Porcentagens dos tipos de brinquedo nas crianças com e sem DVC ao longo dos episódios de atividade conjunta em 10 minutos de observação.

No que diz respeito à criança com DVC, ela apresentou mais Brinquedo Exploratório (28%) quando comparada à criança com DT (17%). Ao contrário, a criança com DT apresentou mais Brinquedo Simbólico (80%) do que a criança com DVC (68%). Quanto ao Brinquedo Funcional, ambas crianças apresentaram porcentagem equivalente a 3%.

## 2.2. Análise Qualitativa dos Episódios de Atividade Conjunta Mãe-Criança

**Caso 1:** Luís

**Idade:** 2 a 8 m

**Acuidade Visual:** percepção mínima de luz e vulto; visualiza algumas cores.

No primeiro episódio (52 segundos), Luís demonstrou, sobretudo, brinquedo exploratório, definido como a manipulação, exploração e/ou reconhecimento do objeto. A fim de verificar se o objeto possuía som, a criança bateu, aproximou do rosto, e balançou-o. É importante ressaltar que, ao fazê-lo, Luís demonstrou interesse em mostrar à sua mãe o objeto que estava manipulando, uma das modalidades de atenção compartilhada (conjunto de comportamentos comunicativos, verbais e não verbais, que objetivam iniciar e dividir com o cuidador a experiência acerca das propriedades dos objetos e eventos ao redor).

Luís também apresentou brinquedo simbólico logo no início do episódio, ainda que menos do que brinquedo exploratório. Verificou-se que este apareceu espontaneamente pela vontade da criança para brincar de algo que já conhecia (Ex.: cozinhar). Para tanto, através de um julgamento apressado, Luís atribuiu ao objeto explorado (uma das peças de um brinquedo de encaixe) a representação que simbolicamente desejava (“papa”). A mãe, por seu lado, compartilhou o interesse do filho pelo brinquedo através de várias perguntas no sentido de incitar a investigação que estava sendo realizada, além de deixá-lo livre para que direcionasse o rumo de sua exploração. Tal comportamento faz parte da modalidade de compartilhamento de tópico, definida como gestos e/ou comportamento verbal usado pela mãe para engajar a criança em brincadeiras/ atividades, além de focalizar a atenção em atividades já iniciadas pela criança, mantendo a interação com esta através de objetos e eventos.

Todavia, quando apareceram necessidades ou dificuldades de Luís para atingir algum objetivo durante o desenvolvimento da atividade conjunta, a mãe exibiu algumas modalidades de diretividade materna (Ex.: introdução de objetos; e de objetos novos). A diretividade foi entendida neste estudo como gestos e/ ou comportamento verbal da mãe para chamar a atenção de seu filho para a realização de uma ação numa direção desejada

ou, ainda, para indicar discordância com as ações em andamento da criança. Isto pode ser verificado nos exemplos abaixo:

*“C- Dá uma colher mãe.*

*M- O que que eu vou pegar de colherinha? (Alcança um objeto para ele)”*

*“M- O que tu tá fazendo de papa?*

*C- Água.*

*M- Fazendo água? Água é papa?*

*C- É.*

*M- Aqui tem papa ó (mãe pega o sandwiche que faz barulho).”*

No que se refere ao segundo episódio (88 segundos), a mãe exibiu comportamentos maternos que emergiram a partir do brinquedo exploratório, tais como: perguntas, expansão da fala - ato de completar, elaborar ou transformar qualquer verbalização prévia da criança - e comentários. Destaca-se que estes comportamentos da mãe, destinaram-se ao encorajamento da exploração da criança e também ao engajamento da mesma em brincadeiras, mantendo a interação entre ambos:

*“C- (Pega rindo o brinquedo e explora –toca, aperta, leva perto do rosto- o sandwiche).*

*M- Olha só.*

*C- Lanche.*

*M- Pão com pedaço de ...*

*C-(Faz barulho apertando objeto que tem um apito).*

*M- Ó, é mole não?*

*C- Mole (continua apertando)*

*M- Mole ou duro?*

*C- Duro!(continua apertando)*

*M- Duro?*

*C-É...”*

A criança reagiu a tais condutas da mãe com várias verbalizações e alguns comentários a fim de obter auxílio no desenrolar da atividade que estava sendo realizada. Mais especificamente, a respeito do brinquedo exploratório, este ocorreu acompanhado de sorriso ao adulto – modalidade de atenção compartilhada assim como as citadas anteriormente.

As modalidades de diretividade materna, comandos (ordens para seguir na direção que a mãe aponta) e introdução de objetos novos, surgiram quando a investigação da criança em torno de um mesmo objeto parecia ter-se esgotado. Isto pode ser verificado abaixo:

*“M-(continuação do trecho citado anteriormente)... Mole (larga o sanduíche, afasta para o lado caminhão de brinquedo, pega telefone que está no seu colo) Olha que coisa legal!*

*C- Aqui mãe!*

*M- Tu não vai fazer outras coisas que tem para gente olhar aqui? (mãe olha para brinquedos sala ).*

*C- Vou!*

*M- Então vamo. Estou esperando (faz gesto na direção dos brinquedos).”*

O brinquedo funcional surgiu posteriormente após os sucessivos comandos da mãe. Luís teve preferência por objetos sonoros, mas, também, por aqueles de girar e encaixar.

No terceiro episódio (55 segundos), a criança narrou seu interesse acerca de um novo objeto orientando-se próximo ao corpo da mãe, mostrando-o à ela e fazendo comentários sobre este. Nota-se que todas essas, são modalidades de atenção compartilhada.

A mãe continuou a compartilhar a atividade conjunta com a criança através de perguntas, comentários (compartilhamento de tópico), e comandos (diretividade materna). Mais uma vez ela deixou a criança livre para realizar suas descobertas (brinquedos exploratório e funcional). Através de perguntas, verbalizações e comentários (modalidades de atenção compartilhada), a criança ultrapassou dificuldades ao longo do episódio,

culminando com o alcance de seu objetivo ao final do mesmo (após apertar o sanduíche de borracha conseguiu ouvir o seu som).

No quarto episódio (21 segundos), a mãe de Luís o convidou para jogar bola. Destaca-se que ela foi motivada pelo rápido reconhecimento que a criança fez do objeto que encontrou (aproximou do rosto uma bola plástica amarela), e pelo fato de tê-lo mostrado à ela no mesmo instante:

*“C- (Criança vira o corpo, encontra objeto, traz para perto rosto, aperta bola com mãos).A bola ó mãe!*

*M- A bola!*

*C- (Gira a bola entre as mãos)*

*M- Vamo joga bola?*

*C- Vamo!*

*M- Que cor é essa bola?*

*C- Amarela.*

*M- Vamo fazer gol?*

*C- Vamo*

*M- Então joga.*

*C- (Criança joga bola na direção da mãe; coloca as mãos no rosto).*

*M- Uhhh! Nossa que força (pega bola na sua lateral esquerda).”*

Nota-se que sob o comando da mãe (modalidade de diretividade materna), a criança executou a tarefa proposta, orientada à face da mesma. Além disso, após jogar a bola para a mãe, a criança, demonstrando satisfação, exibiu estereotipia nas mãos, agitando-as rapidamente ao redor da cabeça.

No quinto episódio (21 segundos), a criança desempenhou a mesma tarefa do quarto episódio: jogar bola com a mãe. Contudo, além de reconhecer e mostrar o novo objeto para a mãe (bola de pano colorida), desta vez, a criança convidou sua mãe para jogar. Cabe destacar que pela primeira vez desde o início da codificação dos 10 minutos de observação, a mãe não exibiu modalidades de diretividade materna, mas somente as de compartilhamento de tópico (perguntas e comentários).

O sexto episódio (197 segundos) que foi o mais duradouro de todos, teve como atividade conjunta a brincadeira de falar ao telefone, de natureza simbólica. Em um primeiro momento, a mãe exibiu vários comandos (diretividade materna), pois a criança demonstrava dificuldades para entender como proceder ao “falar no aparelho”.

Embora a ecolalia não tenha sido incluída como uma das modalidades das condutas autistas a ser analisada durante a observação, é pertinente destacar que as verbalizações da criança caracterizaram-se em grande parte por repetições imediatas dos comentários da mãe e só pararam quando a mesma comentou que o filho estava apenas imitando-a. Tal reprovação do ato da criança (modalidade de diretividade materna), não impediu o desenrolar da brincadeira que evoluiu através das modalidades de atenção compartilhada de orientação à face da mãe, orientação do corpo em relação ao que está sendo manipulado pela mesma, entrega de objetos, realização de comentários, perguntas e verbalizações:

*“C- Alô (mexe no telefone, fica parado).*

*M- Faz de conta, filho, não é um telefone de verdade. Não fica esperando ela falar. Ela vai falar de faz de conta!*

*C- Tá! Telefone?(vira o rosto na direção da mãe).*

*M- Diz que depois tu vai lá (movimenta corpo na posição sentada).*

*C- Vou lá.*

*M- Cê faz um papazinho para mim?*

*C- Papazinho pra mim! Tem aí? (levanta mão para cima e encosta o fone no aparelho).*

*M- Ela vai fazer? Pergunta se ela vai tá em casa.*

*C- Vai tá em casa?*

*C- (Bate fone no aparelho)*

*M- (fica observando)*

*C- (coloca fone no ouvido. Tira e estende mão que segura o fone na direção da mãe) - Ó mãe!*

*M- Que?*

*C- Fala... ó (estendendo fone para a mãe)*

*M- Ela quer falar comigo?*

*C- É.”*

No sétimo episódio, que teve 51 segundos de duração, o ato da criança de nomear os objetos como comida (“papa”) e fazer de conta que está comendo (brinquedo simbólico) ocorreu mais do que o brinquedo exploratório. A mãe foi mais diretiva no início do episódio com o objetivo de orientar o rumo da brincadeira. Na medida em que a criança aumentou a exploração do objeto escolhido (peça de montar eleita como “papa”), a mãe apresentou modalidades de compartilhamento de tópico (perguntas e expansão da fala da criança).

O oitavo episódio (25 segundos), caracterizou-se pela repetição de comportamentos infantis que haviam ocorrido no quinto e sexto episódio (mostrar, jogar objeto e orientar-se à mãe, além da orientação do corpo em relação ao que está sendo manipulado pela mesma; realização de comentários, perguntas e verbalizações). Nesse episódio, a criança convidou a mãe para jogar bola assim como havia feito no quinto episódio. A mãe respondeu a tais ações de Luís através de diferentes modalidades de compartilhamento de tópico (perguntas e comentários) e apenas um comando (diretividade materna). Este serviu, tão somente, para encorajar uma ação de autonomia da própria criança:

*“C-... no joguinho! (afastou o telefone para o lado e pegou a bola)*

*M- A Renata?*

*C- É (pega e bate na bola). Vou jogar essa bola para lá, quer ver?*

*M- Quero ver, vai!(afasta o corpo para o lado saindo da frente dele)*

*C- (jogou bola para sua frente)*

*M- Que forte!”*

É importante destacar que a ocorrência de estereotípias em três momentos durante o jogo de bola com a mãe foi acompanhada pela expressão de satisfação da criança (Ex.: vibra com o seu feito elogiando a si mesmo), agitação com o êxito da brincadeira, mas também, pelo “nervosismo” por não pegar a bola no momento em que sua mãe a jogava de volta:

*“C- Guri forte! (põe a mão nos olhos)*

*M- (vira o corpo e tenta pegar a bola que rola para longe)Aii, a bola fugiu!*

*C- (sacode as mãos enquanto a mãe tenta alcançar a bola mas como está sentada não consegue).*

*C- ãh!*

*M- A bola fugiu.*

*C- (sacode as mãos e vai deslizando corpo para a frente). A outra! (pega outro objeto).”*

O último episódio desta díade mãe-criança teve a segunda duração mais longa durante os 10 minutos codificados (89 segundos). De início, a mãe fez várias perguntas e alguns comentários a fim de encorajar a exploração, atentando para as propriedades físicas do objeto (Ex.: mole ou duro), da caracterização do ambiente (Ex.: “tem um travesseiro pra gente deitar”) e da localização das coisas neste:

*“M- O chão tá duro?(olha para a criança ao seu lado).*

*C- Tá!*

*M- Tu não vai ver os outros brinquedos que tem mais pra lá (ainda olhando para a criança ao seu lado)?*

*C- Têm (tocando brinquedo que segura nas mãos).*

*M- Hemm?*

*C- Eu vou ver esse aqui , ó (largando no chão uma das peças do brinquedo de montar).”*

É interessante notar que neste episódio houve o único momento ao longo dos 10 minutos codificados em que mãe e filho ficaram mais próximos fisicamente, configurando uma das modalidades de compartilhamento de tópico (*contato físico intencional*: aproximação realizada com o objetivo de guiar a exploração da criança). Com isso, a mãe exibiu gestos com a cabeça (comportamento não verbal) com a finalidade de guiar a exploração da criança. Luís percebeu as direções que a mãe foi dando, e através de um número pequeno de perguntas orientou-se de forma correta no espaço onde estavam, além



de obter êxito na busca dos objetos que desejava. Na medida em que a exploração foi progredindo, a mãe foi fazendo vários comentários (compartilhamento de tópico) e apenas um comando (diretividade materna) que teve como objetivo encorajar a tentativa que a criança vinha fazendo para desmontar um brinquedo de encaixar (brinquedo funcional). Na continuação do episódio, a brincadeira começou por iniciativa da criança que ao manipular duas peças de montar, iniciou a contá-las.

*“C- Esse que é o verde? (segurando duas peças na mão)*

*M- O verde?*

*C- Dois ó (aproxima peças do rosto , afasta, manipula brinquedo)*

*M- Ahh tem dois, muito bem. Agora tu acertou a quantidade mesmo, tem dois. Quantos tem aí?*

*C- Três (aproxima peças do rosto)...”*

A mãe, através de perguntas e comentários, estimulou-o a continuar contando e assim permaneceram até o fim do episódio, demonstrando comportamentos de compartilhamento de tópico (mãe) e de atenção compartilhada (criança). No final do episódio, durante a contagem dos números (do 2 ao 20), a criança ficou um pouco confusa e apresentou estereotipia das mãos:

*“C- Um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete, oito, nove, dez (conta rapidamente).*

*M- (ri) Assim é muito rapidinho. Depois do dez vem o quê?*

*C- Onze.*

*M- Depois?*

*C- Quatorze.*

*M- Ahh, tu sempre pula o doze e o treze!*

*C- Treze?*

*M- É. Depois do treze vem o ....?*

*C – Onze.*

*M- ãhh, tá te fazendo!*

*C- Quinze.*

*M- Hãa.*

*C- Dezesseis (manipula peças do brinquedo).*

*M- Dezesseis.*

*C- Dezessete.*

*M- Dezessete.*

*C- Dezoito.*

*M- Dezoito.*

*C- Dezenove (balança as mãos, segura uma peça em cada mão, bate as peças).*

*M- Dezenove.*

*C- Vinte...”*

## **Caso 2:** Daniel

**Idade:** 3 a 3 m

**Acuidade Visual:** percepção mínima de luz

No primeiro episódio (24 segundos), Daniel explorou um carrinho através do tato e em seguida demonstrou modalidades de atenção compartilhada ao orientar-se à face da mãe e ao perguntar que brinquedo era aquele que ela manuseava com as mãos. A mãe, por seu lado, parecia ansiosa, pois falava bastante e não esperava pelas ações da criança. Preocupada em que ele reconhecesse os objetos da sala e pudesse escolher um de seu interesse, introduziu objeto (diretividade materna), além de fazer comentários e perguntas (compartilhamento de tópico) tentando instigá-lo a iniciar alguma brincadeira. Em consequência a tais ações da mãe, Daniel seguiu apenas explorando outros objetos, sem eleger algum especificamente.

O segundo episódio, teve a duração de 16 segundos nos quais a mãe seguiu exibindo vários comentários e introduzindo novos objetos. Enquanto isso, Daniel só conseguiu girar em suas mãos (brinquedo funcional) um objeto que já vinha explorando no episódio anterior.

No terceiro episódio (79 segundos), a criança conseguiu pela primeira vez desde então, escolher aqueles objetos e eventos de seu interesse, e foi orientando o comportamento da mãe. Contudo, a mãe e a criança pareciam ter metas opostas. Tal conduta evidenciou-se quando Daniel virou-se de costas ou para o lado, cobriu seu rosto como se não quisesse “ver” o que a mãe estava lhe mostrando, além de verbalizar alguns “nãos” para ela:

*“C- (afasta brinquedos com as mãos).*

*M- O que que é isso aqui...Refrigerante, ó as latinhas de refri, que amor (entrega na mão da criança o brinquedo) – Sanduíchão, que faz barulho (aperta brinquedo que produz som) – Óóó!*

*C- (afasta o corpo, põe braço próximo ao rosto; vira o rosto em outra direção).*

*M- (coloca brinquedo próximo ao rosto da criança).*

*– Toca pra ti ver, óó. É um sanduíche de brinquedo.*

*C- Nããão (vira o rosto e o corpo para o lado).*

*M- Toca pra ti ver.*

*C- Nããão (se afasta arrastando o corpo).*

*M- Toca (colocando o objeto próximo à criança).*

*C- Nããão (afasta-se para mais longe ainda).”*

Cabe destacar que após a criança ter coberto o rosto, a mãe apresentou um comando (diretividade materna) para que ela tocasse no objeto para “vê-lo”. Nesse sentido, todos os comandos que a mãe executou e ainda uma reprovação, foram no sentido de guiar Daniel à uma exploração mais apurada e ao êxito na brincadeira:

*“C- Eu vou te mostrar! (referindo-se à montagem de peças do palhaço de montar).*

*M- Então bota pra mamãe ver, bota (olhando para a criança).*

*C- (abre as mãos e deixa cair as peças do palhaço na sua frente).*

*M- Nãão querido, assim ó (conduz as mãos da criança) – Pega aqui.*

*C- Tá.  
M- E pega aqui.  
C- Tá.”*

O quarto episódio (48 segundos) iniciou da mesma forma que o anterior com a mãe buscando o objeto de interesse do filho através de modalidades de compartilhamento de tópico (perguntas e comentários). A atividade conjunta fluiu quando a mãe propôs brincarem de jogar um carrinho, um para o outro, e a criança aceitou. Para que Daniel conseguisse desempenhar a brincadeira, a mãe exibiu alguns comandos e introdução de objetos (diretividade materna). A criança, por seu lado, apresentou brinquedo simbólico pois balançou o carrinho fazendo o som do mesmo quando preparava-o para jogá-lo de volta à mãe:

*“M- Lá vai (embala o carro para a frente e para trás três vezes) – Um, dois e já (empurra o carro na direção da criança).  
C- Ãããã (imita barulho de carro movimentando o carro para os lados).”*

O quinto episódio (72 segundos) iniciou com o pedido da criança à sua mãe para “brincarem de computador”, atividade esta, que ela já havia referido durante a entrevista como uma das favoritas de Daniel. Em seguida, a mãe deu continuidade a brincadeira do episódio anterior, desta vez, com uma participação verbal maior da criança ao fazer comentários – modalidade de atenção compartilhada. Como já havia feito anteriormente, Daniel balançou o carro fazendo o barulho deste (brinquedo simbólico) mas, desta vez, de forma insistente e repetitiva, até que a mãe ficou em silêncio apenas olhando-o, após exibir comandos e reprovações na tentativa frustrada de mudar tal conduta do filho. É importante destacar que, após esta única pausa da mãe, a criança paralisou-se, para em seguida tomar a direção da brincadeira:

*“M- (mãe fica olhando para a criança em silêncio).*

*C- (para de agitar o carro e fazer barulho; fica em silêncio).*

*M- Ah?*

*C- Anda mãe, anda! (empurra o carro na direção da mãe).*

*M- Tá, então eu vou andar.”*

No sexto episódio (53 segundos), novamente a criança perguntou à mãe sobre a existência de um de seus brinquedos favoritos, assim como o computador (“órgão”). Como resposta, a mãe tentou chamar sua atenção para outro brinquedo, batendo nas pernas do filho com o carrinho (contato físico intencional - aproximação realizada com o objetivo de guiar a exploração da criança), exibindo assim uma das modalidades de compartilhamento de tópico. Contudo, a mesma só obteve êxito quando colocou uma boneca no colo de Daniel (introdução de objeto novo – modalidade de diretividade materna). A criança, após ter pego a boneca, tentou “niná-la” (brinquedo simbólico) como a mãe havia mostrado. Porém, teve seu ato reprovado (diretividade materna) por não fazê-lo de forma apropriada (pegou a boneca pelos de cabeça para baixo). Desta forma, o episódio encerrou-se, sendo que nos próximos 33 segundos, não se teve atividade conjunta, pois a criança ignorou os comentários que a mãe estava fazendo acerca da boneca, frustrando assim a tentativa dela de focalizar sua atenção para tal objeto. Mãe e filho encontravam-se sentados, um de frente para o outro. Naquele momento, Daniel voltou sua cabeça para o lado esquerdo onde havia uma luminosidade vinda através da única janela basculante da sala e permaneceu parado até o início do sétimo episódio.

No sétimo episódio (7 segundos) a criança voltou a orientar seu corpo em direção à mãe, tentando localizar uma bola de pano. A mãe respondeu a tentativa da criança de localizar a bola atirando a mesma sobre a cabeça do filho de forma intrusiva. Posteriormente, Daniel jogou a bola para a mãe (modalidade de atenção compartilhada; brinquedo simbólico), pela primeira vez desde o início dos 10 minutos observados, por sua iniciativa. No entanto, a atividade não teve continuidade porque a criança mudou o foco de interesse depois de receber de volta a bola jogada pela mãe.

No oitavo episódio (22 segundos), Daniel voltou sua atenção para o telefone de brinquedo (brinquedo exploratório), enquanto sua mãe, como já havia feito, foi

introduzindo outros objetos (diretividade materna) e tecendo alguns comentários a respeito destes (compartilhamento de tópico). O episódio teve fim quando a criança demonstrou interesse pelo “ovinho” que a mãe lhe apresentou.

Após ouvir a pergunta se gostava de “ovo frito”, Daniel mostrou ter vinculado a idéia da mãe (“ovo frito”) com o objeto que escolheu buscar (“panela”), o que caracterizou uma forma de brinquedo simbólico, iniciando o nono episódio (43 segundos). A partir daí, mãe e filho engajaram-se na brincadeira de “fazer café”, idéia lançada pela mãe. A mãe oscilou entre modalidades de compartilhamento de tópico (comentários; perguntas; expansão da fala da criança e contato físico intencional) e de diretividade materna (comandos e introdução de objetos), também com o objetivo de manter o seguimento da atividade conjunta:

*“M- Então faz o café. Pega aqui o bule pra fazer o café (pega o fogão e o arruma ao lado da criança; põe bule nas mãos dela) – No fogão, no fogão.*

*C- (segura o bule em cima do fogão).*

*M- (arruma outra xícara no pratinho) – Vamos tomar café, eu e o Daniel.*

*C- Mãe, eu quero comer pão.*

*M- Quer comer pão? (pega sanduíche de brinquedo e entrega na mão da criança) – Ó, então toma um pão, mas é sanduíche de brinquedo.”*

Notou-se que pela primeira vez mãe e criança mostraram-se mais engajadas, com a mãe exibindo menos comportamentos do que anteriormente (verbais e não verbais), focalizada em um só evento, “o café”, o que acabou favorecendo, ao final do episódio, a autonomia da criança, conforme evidência abaixo:

*“C- Mãe, eu quero comer pão.*

*M- Quer comer pão? (pega sanduíche de brinquedo e entrega na mão da criança) – Ó, então toma um pão, mas é sanduíche de brinquedo.”*

O episódio seguinte da díade mãe-criança cuja criança apresentava DVC, foi o de maior duração com 143 segundos. No início, a mãe exibiu modalidades de

compartilhamento de tópico com o objetivo de despertar o interesse de Daniel por algum objeto/evento, já que este estava ignorando a mãe, tanto de forma verbal como não verbal:

*“C- (vira o corpo para a direção contrária).*

*M- (mãe ri, pega o sanduíche e o aperta fazendo barulho) – Ó, pega o pãozinho ó ó (aperta o brinquedo) – Pega meu véio, o pãozinho.*

*C- (se mantém virado para direção contrária, de costas para a mãe).*

*M- É de borracha esse pão. Esse não é papa de verdade tá.*

*C- (vocaliza algo que não se compreende ainda de costas para a mãe).*

*M- Não quer tocar no pão?*

*C- (vocaliza).*

*M- Ah, toca! (mãe examina uma caixa) – Ó, a caixinha de bala (encosta a caixinha na mão da criança).*

*C- (toca na caixinha e vira nova mente de costas para a mãe).*

*M- Com o que que tu tá brincando? O que que tu tá com medo da caixinha?*

*Não quer? Hein?*

*C- Não.”*

Na continuação do episódio, a criança aceitou o convite da mãe para jogarem bola. Com o apoio da mesma, Daniel examinou as bolas que haviam na sala (de pano e de plástico – brinquedo funcional). A mãe respondeu com alguns comandos para que a atividade se desenrolasse. Após ter lançado a idéia do “gol do Brasil” (no momento da filmagem acontecia a copa do mundo), a criança aderiu à brincadeira (brinquedo simbólico) demonstrando satisfação ao sorrir. No final do episódio, Daniel apresentou uma estereotipia do corpo em meio a excitação com a brincadeira. Além disso, por estar a vontade, a criança demonstrou um bom nível de engajamento na atividade já que, ao perder a bola, seguiu buscando-a, contando com o apoio da mãe e curiosamente apontando com o dedo em direção a mesma (modalidade não-verbal de atenção compartilhada):

*“M- Toma, vou jogar a bola pra ti a bola. Abre as pernas (joga a bola entre as pernas da criança).*

*C- (criança joga a bola para a mãe; a mesma bate e rola para longe) – Epa!*

*C- (vira o corpo para o lado; balbucia algo que não se compreende e aponta com o dedo) – Gooool!”*

Ressalta-se que o brinquedo simbólico exibido pela criança neste episódio, foi mais elaborado do que anteriormente por ter tido uma duração maior, além do fato de que Daniel referiu-se a pessoas ausentes como se estivessem presentes:

*“M- (joga a bola para a criança)*

*C- (joga a bola de volta) – Gol do Fabiano! (grita)*

*M- (mãe pega a bola; segurando-a na mão, ajeita almofada para se acomodar) – O Fabiano?*

*C- É.*

*M- Fabiano vai fazer um gol?*

*C- É.*

*M- (joga a bola para a criança) – Então toma!*

*C- (joga de volta para a mãe e sorriu) – Jogou longe o Ronaldinho!”*

O último episódio (60 segundos) começou quando a criança demonstrou estar a vontade ao levantar-se para explorar o ambiente onde estava (tateando a parede com o braço estendido), e ao comunicar sua próxima ação: pular. Esta, de acordo com o relato da mãe durante a entrevista, é uma das atividades favoritas de Daniel, a qual ele realiza de forma insistente em casa. Em seguida, mesmo distante da mãe, a criança orientou-se à face dela quando verbalizou que queria um violão (modalidade de atenção compartilhada). Ao ouvir a resposta negativa da mãe, através de comentários, e após o convite da mesma para que empurrassem o carrinho da boneca (perguntas – modalidade de compartilhamento de tópico), Daniel aceitou e foi sentar-se, esperando pelas orientações para desempenhar a atividade proposta.



**Caso 3:** Laura**Idade:** 5 a**Acuidade Visual:** percepção mínima de luz apenas no olho direito e visualiza algumas cores.

No primeiro episódio (38 segundos), Laura exibiu modalidades de atenção compartilhada (verbalização; orientação do corpo em relação ao objeto que estava sendo manipulado pela mãe; orientação do corpo em direção a mesma) após a mãe ter chamado sua atenção acerca de um objeto que ao apertar produzia som (brinquedo exploratório). A criança passou a fazer o reconhecimento deste (brinquedo exploratório) através do tato e de uma pergunta à mãe, no sentido de descobrir se conhecia tal objeto por possuir um semelhante em casa:

*“C- (pega o objeto) – O que é isso? (segurando o objeto.*

*M- Um cachorro.*

*C- (segura o cachorro, mexe nele, aperta-o, orienta-se para a mãe) – É igual aqueles que a gente tem em casa?*

*M- (olha para a filha, atenta ao que a mesma faz) – É.*

*C- (continua mexendo no cachorro, imita uns sons como se fossem dele)  
– puff!puff!”*

Posteriormente, a filha passou a imitar sons como se o cachorro estivesse latindo (brinquedo simbólico). É importante destacar que a mãe limitou-se a responder as perguntas da filha com respostas monossilábicas e manteve-se em silêncio durante a maior parte do episódio. Nesse sentido, a mesma apresentou vários comportamentos não verbais, como olhar para a filha e gestos com as mãos para guiar a exploração (compartilhamento de tópico).

No segundo episódio (35 segundos), a atividade conjunta entre mãe e criança permaneceu como havia sido anteriormente. A criança continuou ávida e curiosa para reconhecer o objeto de seu interesse (livro) através de perguntas à mãe e demonstrando brinquedo exploratório e funcional. Já a mãe apresentou as mesmas modalidades de

compartilhamento de tópico do episódio anterior (resposta; comentário), mantendo-se sobretudo silenciosa, olhando para a filha:

*“C- (continua mexendo a mão no chão e pega um objeto) – O que é isso?”*

*M- (olha para as mãos da filha) – Um livro.*

*C- É?*

*M- É.*

*C- (fica mexendo no livro e abre, esticando-o).”*

O terceiro episódio foi o de duração mais curta desde então (11 segundos). Laura ainda coletava as informações sobre sua investigação anterior mas sem o objeto de seu interesse. A mãe de Laura aparentemente teve dificuldades em manter o episódio de atividade conjunta, pois não forneceu informações relevantes sobre o objeto de interesse da filha. Além disso, demorou a fazer comentários sobre a atividade na qual a filha estava engajada e, ainda, pareceu não estimular a filha a buscar um novo objeto ou evento o qual ambas pudessem compartilhar de forma engajada.

No quarto episódio (54 segundos) a criança demonstrou iniciativa ao dirigir sua atenção para um fogão após ter tido a idéia de brincar de cozinhar (brincadeira simbólica). Em seguida, ela fez perguntas à mãe sobre a natureza do objeto, buscando novamente a semelhança com outro que possui em casa, ao que a mãe respondeu que ali havia apenas um forno (modalidade de compartilhamento de tópico).

Durante o quinto episódio (49 segundos), a mãe da criança exibiu pela primeira vez, desde o início da observação, modalidades de diretividade materna. Tentou introduzir um objeto novo (“hamburger”) na brincadeira da filha quando esta de fato explorava um carrinho de boneca. Esta, aceitou o objeto que a mãe introduziu, mas continuou interessada no carrinho de boneca, ao ficar com ambos os objetos nas mãos. Como a mãe respondeu através do olhar, Laura apareceu estar desestimulada a persistir na mesma atividade:

*“M- Um hambúrguer de borracha.*

*C- (dirige a cabeça para a mãe) – Deixa eu ver.*

*M- (alcança para a menina o objeto).*

*C- (pega o objeto e o aperta; segura o carro com a mão esquerda e o hambúrguer com a direita).*

*M- (olha para a filha).*

*C- (pergunta à mãe sobre o hambúrguer, referindo-se a alguma coisa do seu dia-a-dia ; inclina o corpo para a frente, e deixa o carro no chão).*

*M- (olha para a filha).*

*C- (fica segurando apenas o hamburguer e passa a apertá-lo bastante, dirige a cabeça para o mesmo).*

*C- Hamburguer! (aperta, mostra para a mãe e larga).”*

O sexto episódio, com 40 segundos de duração iniciou com criança e mãe procurando objetos. Em seguida, Laura orientou-se à face de sua mãe e perguntou por seu boneco (seu brinquedo predileto conforme registrado durante entrevista). A mãe respondeu dando a direção de onde ele estava. A criança o encontrou facilmente e seguiu buscando novos alvos de interesse.

No sétimo episódio (58 segundos), novamente a mãe da criança demonstrou sua atenção ao que a filha estava fazendo através de comportamento não verbal fazendo apenas uma pergunta monossilábica (compartilhamento de tópico). Deste modo, a criança não conseguiu fixar seu interesse sobre nenhum objeto, tocando em vários ao mesmo tempo e falando baixinho como se estivesse brincando sozinha.

No oitavo episódio (32 segundos), o fato que chamou a atenção foi o comentário feito pela mãe de que estavam “silenciosas”. De fato, mais uma vez, a criança compartilhou seu interesse com a mãe sem obter respostas encorajadoras, até que parou de explorar o objeto (carro com rodinhas) que vinha tentando compartilhar com a mãe desde o início do episódio, e orientou-se para esta, ficando por alguns segundos em silêncio:

*“C- (mexe o carro com rodinhas para a frente e para trás; a menina passa a falar com a mãe, ainda mexendo no brinquedo).*

*M – (a mesma a olha).*

*C- (fica tocando no brinquedo, continua falando, silencia e fica orientada fixamente para frente, depois orienta-se para a mãe).*

*M- Que silêncio, né?”*

Após este breve período, durante 14 segundos mãe e filha envolveram-se em atividades paralelas. A criança aproximou-se da mãe com seu corpo, mas esta permaneceu desmontando um brinquedo:

*“C- (se mexe, começa a mexer em brinquedos, toca novamente na bandeja)*

*M- (a mãe volta a mexer no brinquedo de encaixar, que está bem a sua frente)*

*C- (se aproxima da mãe, fica parada)*

*M- (desmonta o brinquedo).”*

O nono episódio foi o mais longo de todos, com 81 segundos de duração. Destaca-se que mãe e filha desempenharam uma mesma atividade (encaixar peças de montar) separadamente, mas dividindo o interesse pela tarefa. A criança fez a exploração mediante várias perguntas (atenção compartilhada), mostrando à mãe o que conseguiu realizar enquanto esta comentava e demonstrava como ela podia proceder (modalidade de compartilhamento de tópico verbal e não verbal):

*“C- (pega peças no chão).*

*Cada uma delas pega peças e vão montando objetos. A mãe rapidamente encaixa várias peças em silêncio. A menina com menos rapidez encaixa bem menos peças, cerca de três. Pergunta à mãe sobre seu objeto.*

*C- Que isso? Que isso? (enquanto pega as peças e mostra a mãe).*

*M- (mostra à filha o que montou) - Tem que montar um assim ó (segura o mesmo a sua frente).*

*C- (tenta pegar mais peças).*

*M- (pega peças).*

*C- (segura o objeto que montou e o que a mãe montou).*

*M- (monta mais um objeto).”*

O décimo episódio durou 14 segundos e caracterizou-se como os demais episódios anteriores ao último. A mãe, quando foi solicitada, apenas respondeu à pergunta da filha a respeito do reconhecimento de um objeto (caixinha que representa um alimento) e logo virou-se em outra direção mexendo em outros brinquedos.

*“C- O que é isso?*

*M- Umas caixinhas (pega junto com a filha para ver o que diz na caixinha.*

*Não responde nada, solta a caixinha, vira-se para a frente e vai mexer em brinquedos que estão posicionados ali).”*

Observou-se que até o início do próximo episódio a criança permaneceu por 55 segundos em uma atividade individual, já que mesmo estando orientada com o corpo em direção à mãe, esta estava dirigindo sua atenção para outro foco:

*“C- (quando a mãe vira-se, a criança larga a caixinha e vira-se para o outro lado, ficando de costas para a mãe; vira-se novamente em direção a mãe e orienta-se para aquilo que a mãe está mexendo e volta a engatinhar pela sala, sussurrando algo incompreensível. No caminho, encontra seu boneco, tira-o de cima do travessão e senta no mesmo. Em seguida, pega o pandeiro. Fica examinando-o durante um tempo e posteriormente bate nele suavemente.”*

Notou-se que Laura, durante sua experiência aparentemente solitária, sussurrou novamente e brincou sozinha, batendo timidamente no pandeiro que encontrou.

O décimo primeiro episódio (14 segundos) iniciou com a criança fazendo uma pergunta (modalidade de atenção compartilhada) à mãe de forma direta, chamando por ela. Notou-se que a mesma limitou-se a responder à filha:

*“C- Ô mãe, porque...(algo incompreensível)?*

*M- Acho que tá lá em casa.”*

No décimo segundo episódio (40 segundos), mãe e filha assim como no episódio mais duradouro dentre os 10 minutos codificados, engajaram-se de forma mais ativa em uma atividade (jogar bola). Diferentemente de como ocorreu em todos os episódios anteriores, quando a criança tocou em uma bola de pano, a mãe teceu um comentário (compartilhamento de tópico) antes mesmo da criança exibir algum comportamento verbal:

*“C- (toca em uma bola de pano e a pega).*

*M- Uma bola.*

*C- Que? (aproximando a bola de seu rosto).*

*M- Uma bola.*

*(falam baixinho uma de frente para a outra; criança estende um pouco os braços com a bola na mão).*

*M- Joga aqui para mim (estendendo os braços).”*

Observou-se ainda que a mãe deu um comando (modalidade de diretividade materna), o único ao longo de todo o tempo, para que a criança jogasse a bola para ela. Após jogar, a mãe o fez de volta. A criança não conseguiu pegar a bola de volta e ao buscar o objeto, orientada pela direção dada pela mãe (comportamento verbal substituiu o não-verbal exibido anteriormente), encontrou um novo objeto:

*“C- (estende as mãos, a bola cai no chão. Ela procura).*

*M- Tá aí, no teu pé.*

*C- (tateando, vai em direção ao pé, toca no telefone, encontra a bola e a larga, toca no telefone).”*

No décimo terceiro episódio (26 segundos), Laura explorou o telefone da mesma forma que fez anteriormente, através de perguntas à mãe sobre se “tinham um igual”. A mãe deteve-se em responder e a olhar para a filha que rapidamente mudou o foco de sua atenção para outro objeto, dando início ao décimo quarto episódio, o mais curto de todos com 10 segundos de duração. Neste, mais uma vez, a criança fez perguntas à mãe a respeito do objeto de seu interesse (fogão). A mãe demorou ainda mais do que no episódio anterior a dar uma resposta à filha:

*“C – Fogão? É um fogão esse daqui?”*

*M- (pausa, em silêncio; demora um pouco a responder) – É.”*

O último episódio teve a duração de 37 segundos e começou com o brinquedo simbólico explicitado no comentário da criança que, ao reconhecer uma caixinha de ovos, falou sobre cozinhar. A mãe respondeu afirmativamente, e com a caixinha nas mãos, a criança engatinhou, aproximando-se da mãe, cantando uma música (modalidade de atenção compartilhada) sobre o “coelhinho da páscoa” ao associar o conceito de ovos com a páscoa, evidenciando, desta forma, seu potencial para brincar simbolicamente.

*“C- (com a caixinha de ovos na mão, engatinha em direção a mãe, cantando “Coelhinho da páscoa, que trazes pra mim? Um ovo, dois ovo, três ovo assim”).”*

#### **Caso 4:** Letícia

**Idade:** 5 a e 7 m

**Acuidade Visual:** perda total da visão

O primeiro episódio (112 segundos) iniciou com a criança explorando um carrinho de boneca, e identificando-o como o carrinho em que se dá comida ao bebê e equiparando-o ao que ela disse ter possuído:

*“C- (agachada, tocando na base do carrinho, com a boneca dentro) – É de papa! Eu tinha um. Quebrei. Eu tinha e quebrei (toca na boneca e no carrinho).”*

A mãe que observava a criança deu um comando (modalidade de diretividade materna) para que a mesma olhasse a boneca dentro do carrinho. Tal comando teve como objetivo guiar a exploração da criança, incrementando a brincadeira.

É interessante notar que a criança respondeu à mãe, após essa ter dito para ela *olhar* a boneca, dizendo que a deixasse *ver* o brinquedo enquanto orientou seu corpo em direção onde a mesma estava. A mãe então, indicou onde estava a boneca, através de comentários (modalidades de compartilhamento de tópico):

*“M- (a mãe a observa de longe) – Olha a bonequinha, que bonitinha!*

*C- Deixa eu ver (de costas para onde está a mãe, vai com a mão esquerda em direção a mesma, enquanto a mão direita continua tocando no carrinho).*

*M- Tá aí. Essa aí, dentro do carrinho.*

*C- (volta a tocar no carrinho com as duas mãos).”*

A criança passou a fazer comentários sobre as características da boneca, atribuindo características animadas ao objeto (“Ela tem chiquinha-maria que nem nenê”). A mãe limitou-se a fazer comentários, perguntas e gestos com as mãos com o objetivo de guiar a investigação da filha mostrando-se atenta ao que a mesma estava fazendo. Cabe ressaltar que a filha narrou todas as suas ações com o objeto, preocupando-se em mostrar para a mãe como conseguia fazer (modalidade de atenção compartilhada) e para ela mesmo compreender o que ia percebendo:

*“C- Dá pra tirar. Dá, quer ver, ó (levanta a base do carrinho; abaixa as mãos da boneca para poder liberá-la do assento do carrinho) – Tira as mãozinhas pra baixo assim.*

*M- Ou puxa ela por cima.*



*C-...e alevanta assim (tenta tirar por cima, não consegue, levanta mais a base do carrinho) – E puxa pelos pezinhos (com alguma dificuldade vai puxando a boneca) – Trancou. Agora, a cabecinha.”*

Enquanto a criança foi se apropriando do objeto ao reconhecer suas características, o brinquedo simbólico evidenciou-se através de perguntas à mãe, no sentido de esclarecer se dentre os brinquedos não havia uma mamadeira para a boneca.

O segundo episódio (49 segundos) iniciou com a busca da criança por “comidinhas” (caixinhas) para a boneca, sendo orientada por sua mãe através de comandos, reprovações (diretividade materna) e sobretudo de comentários (compartilhamento de tópico). Assim como no primeiro episódio, a criança seguiu a exploração dos objetos de forma bastante elaborada através de perguntas e do tato:

*“C- (manuseando com as duas mãos outras caixinhas) Então o que que é?  
M- (pega a caixinha para ler) Chocolate.  
C- Chocolate?  
M- Em pó (devolve para o campo de alcance da criança)  
C- Pó de que?”*

É importante destacar que mãe e filha demonstraram estar sintonizadas na atividade conjunta que desempenharam. Isto ficou demonstrado nas conversas entre ambas acerca dos objetos e eventos que estavam compartilhando:

*“M- Faz um chazinho. Serve um chazinho.  
C- Eu vou...(incompreensível), chá, com o que mãe, comidinha pro nenê?  
(faz referência a caixinha que está segurando).  
M- Não, isso aí é...  
C- Que? (toca a caixinha e larga).  
M- (mãe pega a caixinha e a examina) – Ai, acho que é..., carne.”*

No terceiro episódio (43 segundos), Letícia voltou seu interesse para outro “alimento”, desta vez a caixinha de ovos, mantendo assim uma coerência com os episódios anteriores em que buscava “comidinhas” (episódio anterior) para a boneca (primeiro episódio). A criança, de forma autônoma, guiou o rumo da brincadeira (brinquedos simbólico) enquanto a mãe limitou-se a responder e comentar as questões colocadas pela filha, exibindo, portanto, modalidades de compartilhamento de tópico.

No quarto episódio, com 45 segundos de duração, a criança continuou a guiar o rumo da brincadeira através de modalidades de atenção compartilhada (perguntas, verbalizações e comentários). Mãe e criança continuaram engajadas no desenvolvimento da atividade, exibindo as mesmas modalidades de comportamento de anteriormente.

Nos raros momentos em que a mãe exibiu modalidades de diretividade materna (comandos; retirada de objeto), estas tiveram como objetivo atender as solicitações da filha, além de encorajar e guiar a exploração:

*“C- E o leite, (procurando por “ele”) cadê o leite? Ah, tá aqui. Ah, parece aqueles suquinhos né. (mostra para a mãe)*

*M- (mãe olha para o que ela está fazendo e olha para o chão) Ahã.*

*C- Tem um plástico.*

*M- Tem que ver o que tá escrito (pega o objeto da mão da filha e o vira para ler; a filha pega rapidamente de volta) Tem alguma coisa...”*

*“C- Caiu. Vou ter que ali pegar (dá a boneca que está em seu colo para a mãe).*

*M- Tá. Vai ali.*

*C- (procura e vai arrumando as xícaras na bandeja).*

*M- Vou botar ela sentadinha aqui. Depois tu pega ela no colo. E a colherinha...?”*

A criança deteve-se a maior parte do episódio em reconhecer os objetos, exibindo brinquedo simbólico ao atribuir propriedades aos objetos:

*“C- E o leite, (procurando por “ele”) cadê o leite? Ah, tá aqui. Ah, parece aqueles suquinhos né (mostra para a mãe).”*

Notou-se que, ao final do episódio, a brincadeira evoluiu com a parada do reconhecimento e da busca de objetos para o início da execução da tarefa, como pode ser verificado abaixo:

*“C- (procura xícara que deixou cair e vai arrumando as xícaras na bandeja).*

*M- Vou botar ela sentadinha aqui. Depois tu pega ela no colo. E a colherinha...?”*

*C- Cadê?*

*M- (mãe ri).*

*C- (mexendo na xícara em cima da bandeja). Ih, caiu o ovo. Vou ter que fazer de novo!”*

O quinto episódio (41 segundos) iniciou com a criança perguntando (modalidade de atenção compartilhada) para a mãe o que era um objeto que acabara de encontrar (brinquedo exploratório). Em seguida, a mãe exibiu um comando (modalidade de diretividade materna) orientando a criança para dar continuidade a atividade do episódio anterior, e assim prosseguiu, guiando a filha. Posteriormente a mãe exibiu um novo comando a fim de incentivar a autonomia da filha:

*“C- Tá, deixa eu pegar uma xicrinha e a colherinha (fica Tateando o chão até encontrar os objetos enquanto a mãe a observa).*

*M- Então vai mais pra trás.*

*C- (desloca-se sentada para trás).”*

*“C- Eu vou fazer uma comidinha. Bota ela no carrinho.*

*M- Bota tu.*

*C- Depois que eu botar o ovo ali pra ferver (abre as pernas para que a mãe coloque ali a boneca). Eu já tô preparando.”*

O sexto episódio (41 segundos) tratou-se da exploração conjunta de um novo objeto (outra caixinha de suco), atentando para suas características inanimadas. Mãe e criança dividiram o interesse pelo objeto, respectivamente, através de modalidades de compartilhamento de tópico (contato físico intencional, comentários e perguntas), e de atenção compartilhada (comentários, perguntas, mostrar objeto à mãe e verbalizações). Ambas atentaram para o que servia o objeto, bem como para suas propriedades físicas e sensoriais:

*“M- (mãe observa) – Tu viu? (toca no objeto que está nas mãos da filha) Tem uma coisinha de levantar igual ao do refri.*

*C- Ahã.*

*M- Tu sentiu? (olhando para o que a filha está fazendo com o objeto nas mãos).*

*C- Senti.”*

Cabe ressaltar a ocorrência da fala da mãe, como já registrado no primeiro episódio, durante a investigação tátil da criança sobre o *ver* como uma das formas possíveis de exploração da criança:

*“C- Duas? Cadê a outra? (tateando) – Ah, tá aqui a outra (fica manuseando o objeto).*

*M- (mãe observa) – Tu viu? (toca no objeto que está nas mãos da filha) Tem uma coisinha de levantar igual ao do refri.*

*C- Ahã.”*

O sétimo episódio (30 segundos) mostrou a criança retomando a execução da atividade que vinha desempenhando desde o terceiro episódio (brinquedo simbólico) com a inclusão de um novo objeto (“jarra”), através de modalidades de atenção compartilhada (comentários, perguntas e orientação cabeça/corpo). A mãe respondeu à criança através de modalidades de compartilhamento de tópico. Através de perguntas, primeiramente, ela

limitou-se a participar da brincadeira com a filha, sem direcionar o rumo da mesma. Posteriormente, sua pergunta teve o objetivo de incrementar a atividade, o que acabou acarretando a mudança de foco de interesse da filha para outro objeto, finalizando este episódio.

O oitavo episódio teve a mesma duração do primeiro episódio, a mais longa, com 112 segundos. Assim como anteriormente, a atividade conjunta desempenhada por mãe e criança foi a mesma (fazer “comidinha para a boneca”). Desta forma, o brinquedo simbólico esteve presente durante todo o episódio, com ambas mostrando-se engajadas e sintonizadas, até mesmo quando a mãe exibiu modalidade de diretividade materna (introdução de objeto novo) a fim de incrementar a brincadeira:

*“C- (vira-se para onde está a mãe e pega o objeto que representa o leite)*

*Ah, o que tem mais, só tem o leite mãe, e nada mais pro nenê?*

*M- (mãe pega outra caixinha e lê o rótulo) – Acho que é esse aqui o leite.*

*C- (vai com a mão em direção a mão da mãe)*

*M- (mãe pega a mão da filha e coloca sobre o objeto) Tá em inglês, mas tem outra vaca também (ri)*

*C- (fica com o “leite” nas mãos; mexe na outra caixinha)*

*M- (mãe pega outra caixinha) – Aqui é bolachinha (põe no chão ao alcance da criança).”*

Letícia exibiu brinquedo simbólico elaborado ao atribuir propriedades ao objeto inanimado, reportando-se à algo que provavelmente conhecia por fazer ou ter feito parte de seu cotidiano:

*“C- (examinando as caixinhas).*

*M- Não abre essas caixinhas, elas não abrem.*

*C- Mas tem um furinho aqui ó.*

*M- Mas é só para ...(incompreensível) (pega o objeto junto com a filha).*

*C- (examinando-o) – É tipo uma casinha isso.*

*M- É. Tá escrito em inglês, “half-half” (olhando para o objeto e lendo)*

*Homogeneizado, pasteurizado. Acho que esse aí é o leite.*

*C- E tem a vaca também? (orientada para a mãe, referindo-se ao desenho da caixinha que a mãe está examinando).*

*M- É os dois tem.*

*C- Dois leite?*

*M- Ahã.*

*C- Mas eu acho que esse é um mucilon com desenhinho.”*

O nono episódio (30 segundos) foi semelhante ao fato ocorrido anteriormente durante o sexto episódio, no sentido em que ocorreu a exploração conjunta da díade pelo objeto escolhido (“hamburger”). No entanto, o brinquedo caracterizou-se pelo seu nível funcional e não simbólico, pelo menos até que a mãe descrevesse com maior precisão do que se tratava o objeto. Notou-se também o bom nível de engajamento de ambas na atividade, manifestado quando a criança apontou para uma parte do objeto para que a mãe compreendesse o que ela estava mostrando (modalidade não-verbal de atenção compartilhada). Seguem-se os exemplos disto:

*“M- Isso é um hamburger (respondendo à criança).*

*C- (apertando o hamburger que produz som) Aqui tem uma coisinha de encher ó (aponta, mostrando para a mãe)”.*

*“M- Não é de encher. É de fazer barulhinho ó (aperta o hamburger ) – É um hamburger de borracha pras criancinha brincar.*

*C- (gaguejando; larga o hamburger)”.*

As modalidades de diretividade materna (retirada de objeto e reprovação do ato da criança), responderam os comentários da criança acerca do objeto explorado:

*“C- (apertando o hamburguer que produz som) Aqui tem uma coisinha de encher ó (aponta, mostrando para a mãe)*

*M- (mãe pega o objeto da criança e examina-o)”*

*“M- Não é de encher. É de fazer barulhinho ó (aperta o hamburguer)”*

No décimo e último episódio (28 segundos) a criança buscou um novo objeto, através de modalidades de atenção compartilhada (comentários, perguntas e mostra objeto à mãe), ainda vinculando-o à mesma brincadeira (brinquedo simbólico). De igual modo, a mãe compartilhou com a criança, mais uma vez, através de modalidades de compartilhamento de tópico (comentários e perguntas).

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSSÃO**

O presente estudo investigou a presença de condutas do espectro do autismo em crianças portadoras de deficiência visual congênita (DVC). Examinou-se, entre outros aspectos, a habilidade de Atenção Compartilhada (AC). A expectativa inicial, baseada na literatura, era de que o grupo de crianças com DVC apresentaria uma frequência menor desta habilidade quando comparado ao grupo de crianças com desenvolvimento típico (DT). Por outro lado, esperava-se frequências maiores de estereotípias motoras naquele grupo, em comparação ao de crianças com DT.

Contrariando, em parte, a expectativa inicial do presente estudo, das 4 crianças com DVC, 2 apresentaram frequências maiores de AC, comparadas às crianças com DT. Enquanto que nas outras 2, a frequência de AC foi menor que a do grupo com DT, conforme o esperado. O resultado inesperado das duas crianças pode ser entendido com base nas contribuições de Baron-Cohen (1995). O autor focalizou o papel das demais modalidades sensoriais que facilitariam o desenvolvimento da AC, independente da visão. Ele sugeriu que as experiências com os objetos podem ser compartilhadas através da exploração de outros canais de comunicação como a audição, tato, olfato, etc. Baron-Cohen destacou ainda o quanto essas crianças parecem compreender que um determinado objeto pode ser explorado perceptualmente, através da visão, ainda que ela própria nunca tenha tido essa experiência. Como exemplo, descreveu um caso no qual a mãe de uma criança com DVC pediu para “ver” um objeto com o qual a criança estava brincando. A criança prontamente acenou com o brinquedo na mão, além de empregar palavras como “olha!” quando desejava chamar a atenção da mãe para os brinquedos. Da mesma forma que o encontrado na literatura, tanto as mães como os filhos com DVC fizeram o uso das palavras “olhar” ou “ver”, durante os episódios de atividade conjunta, cada vez que desejavam compartilhar o interesse acerca dos eventos e brinquedos. Neste sentido, a criança com DVC parece ter uma idéia que a palavra “ver” significa explorar um objeto através da visão.



Mais especificamente, a respeito dessas crianças com DVC que apresentaram frequências maiores de AC comparadas às crianças com DT, observou-se algumas similaridades entre ambas. Uma das crianças iniciou os episódios de atividade conjunta com sua mãe, mostrando para ela o brinquedo de seu interesse. É importante destacar que a criança oscilou entre as modalidades de AC verbais (comentários, perguntas e verbalizações) e não-verbais (orientação da cabeça/corpo dirigido à face da mãe ou a um objeto que está sendo manipulado por ela; orientação do corpo em direção à mãe, além de entregar e/ou colocar o brinquedo no campo visual da mãe).

Outra criança, por sua vez, também apresentou as mesmas modalidades verbais de AC que a anterior. Contudo, nesta foi possível observar o gesto de apontar para o brinquedo em direção ao campo visual da mãe. Ao retomar os estudos sobre o uso dos gestos em crianças com DVC (Iverson & Goldin-Meadow, 1997; Iverson & cols., 1998), verificou-se achados semelhantes. Foi evidenciado por esses autores que a experiência visual não parece ser essencial para o desenvolvimento dos gestos, e, por conseguinte, da AC. Ressalta-se que durante o reconhecimento dos brinquedos pelo tato e do desenrolar das brincadeiras, revelou-se o interesse da criança em dividir suas descobertas e realizações com a mãe. Isso era realizado através da fala, onde a criança mantinha a mãe informada a respeito das suas metas e desejos na brincadeira e dos rumos da atividade lúdica. Mais uma vez, é possível compreender tais achados pela evidências da literatura (Bigelow, 1986; Urwin, 1984), as quais enfatizaram o papel da linguagem e também do tato, como uma das formas compensatórias possíveis que permitem o transcorrer da interação entre o cuidador e a criança com DVC. Nota-se que todas as crianças com DVC do presente estudo, lançaram mão destas modalidades.

É interessante notar que devido ao engajamento e sintonia demonstrados por estas díades durante os episódios de atividade conjunta, o compartilhamento das explorações das crianças foi acompanhado pelo sorriso. Além disso, demonstraram também autonomia e iniciativa ao propor as brincadeiras. Uma possível explicação para isso foi a sensibilidade que as mães mostraram em relação às explorações da criança. Nesse sentido, o Compartilhamento de Tópico (CT) exibido por essas mães, teve objetivos semelhantes. Por exemplo, a mãe de uma das crianças, através de perguntas e comentários, estimulou a exploração, deixando o filho livre para direcionar o rumo desta. De modo similar, a mãe de

outra criança respondeu às perguntas da filha e soube esperar o tempo necessário para que a mesma reconhecesse os brinquedos de seu interesse. Ambas mostraram contato físico intencional com o objetivo de guiar a exploração, ao tocar nas mãos e braços das crianças. Além disso, essas mães fizeram descrições apuradas do ambiente a seus filhos. Enquanto a primeira deteve-se em descrever as propriedades físicas dos brinquedos e dar características do local onde estavam, a outra procurava semelhanças nos brinquedos que a criança explorava com aqueles que possuía em casa. As crianças obtiveram êxito em localizar-se diante dos brinquedos, como queriam, pelas pistas auditivas dadas pelas mães (Ex.: “vê os brinquedos que estão para lá”; “então vai mais para trás”). Nesse sentido, os estudos revisados por Pérez-Pereira e Conti-Ramsden (1999) destacam que os cuidadores estão aptos a driblar a ausência da visão, através da linguagem, realizando jogos sociais com seqüências previsíveis, e presença de contato físico intenso. Ademais, eles facilitam a exploração ativa da criança, tudo isso permitindo que ela se engaje em episódios de AC.

As explicações possíveis para tais comportamentos exibidos pelas mães estão baseadas nos estudos que investigaram as relações entre a emoção e o apego cuidador-criança. Estudos mostram que a emoção tem um papel importante para a aquisição dos comportamentos de apego. Como exemplo, as crianças usam o choro para sinalizar aos cuidadores que necessitam de ajuda, ou quando um estranho se aproxima, ou ainda quando se deparam com frustrações. Bowlby (1969) destacou a importância das trocas de olhares na interação mãe-bebê. Nessas interações face-a-face, a mãe move-se em direção ao seu filho, faz gestos, fala ou canta para ele, além de realizar trocas afetivas como carícias e abraços. Desta maneira, ela abre espaço para o desenvolvimento de habilidades comunicativas mais complexas (Ex.: sorrir). Entende-se que, nesse contexto do DT os cuidadores tem um papel crucial na regulação das emoções de seus filhos. Destaca-se que este processo resulta de diferentes aspectos, incluindo a habilidade do cuidador para entender os sinais da criança e responder adequadamente a estes.

De modo similar, Warren (1994), ao estudar o desenvolvimento das crianças com DVC, focalizou a questão da dinâmica do estabelecimento do apego nessa população, chamando atenção para a importância da sensibilidade materna. Sabe-se que os bebês com DVC podem discriminar vozes, buscar contato tátil e explorar manualmente a face dos pais. O autor verificou também que eles sorriem em decorrência de sons familiares e reagem da

mesma forma (Ex.: choro) que as crianças com DT diante da presença de estranhos. A presença destes indicadores de apego asseguram, portanto, que mesmo desprovido da visão o bebê poderá perceber as respostas dos pais através de estímulos auditivos e táteis. No entanto, os pais podem dar respostas apenas perceptíveis pela visão. Deste modo, é importante que o cuidador seja capaz de manter o comportamento vocal, bem como as comunicações, tátil e auditiva, sendo sensível às pistas e necessidades da criança. Hobson (1993) e Trevarthen (1979) sustentam tais idéias a partir da teoria da intersubjetividade. Ambos acreditam que uma criança com um déficit sensorial ou motor severo estará apta a comunicar-se como uma criança com DT, se lhe forem dadas maneiras alternativas de conhecer as idéias das outras pessoas e responder às suas expressões.

A teoria da intersubjetividade de Trevarthen (1979) postula que o desenvolvimento social e cognitivo da criança procede através da maturação de suas capacidades inatas. Dado isto, para Trevarthen, os recém-nascidos estariam dotados de motivações básicas, entre essas, para estabelecer relacionamentos interativos com os outros. É importante enfatizar que essa motivação para adquirir modos simbólicos de expressão (engajar-se socialmente através de gestos, posturas, vocalizações e até mesmo caretas) pode ser atrelada a vários sentidos, e expressada por diferentes partes do corpo (Trevarthen, 2001). A medida que o bebê se desenvolve, ele torna-se apto a se orientar, além de seguir expressões e ações, apontando para os objetos para serem compartilhados com o cuidador. As emoções maternas são bastante usadas pelo bebê para avaliar as experiências do mundo, enquanto que o papel materno é despertado pelos novos sentimentos e expressões infantis. No final do primeiro ano de vida, um bebê ainda não pode falar, mas procura trocar experiências com companheiros e coopera, investigando e agindo sobre este mundo compartilhado (Trevarthen & cols., 1996). Estas contribuições teóricas permitem a compreensão de porque tanto as crianças como as mães do presente estudo mostraram evidências de AC e de CT, respectivamente.

Por outro lado, em relação às mães das crianças com DVC que apresentaram frequências menores de AC comparadas às crianças com DT, observou-se que uma mostrou-se extremamente intrusiva enquanto que a outra demasiadamente ausente. A intrusividade, contudo, deve ser entendida diferentemente da diretividade. Borges e Salomão (2003) discutiram sobre a dificuldade da conceituação da diretividade materna.

Isto acarreta um estereótipo negativo, fazendo com que o conceito de intrusividade ou insensibilidade, seja atribuído ao estilo de fala diretiva. Sabe-se, no entanto, que as falas diretivas da mãe, podem, muitas vezes, facilitar o processo de aquisição da linguagem da criança. Todavia, é importante que estes comportamentos maternos não restrinjam a possibilidade da criança para interagir com o meio. Em oposição a esse propósito, a mãe “intrusiva” do presente estudo não permitiu que a criança tivesse espaço para se colocar. Exemplos disto aconteceram em dois momentos durante os 10 minutos codificados, nos quais a mãe jogou e bateu com uma bola na cabeça do filho, para que ele pudesse reconhecer rapidamente os objetos e iniciasse a brincar com os mesmos. Da mesma forma, a mãe ficava introduzindo a todo momento objetos novos (modalidade de Diretividade Materna – DM) a seu filho. De fato, esta mãe foi a mais diretiva do estudo. Nos momentos em que ela apresentou modalidades de CT, tais como perguntas e comentários, ao perceber que não conseguia chamar a atenção do filho, voltava a demonstrar intrusividade, reprovando os atos da criança.

Por sua vez, a criança reagiu à intrusividade materna apresentando apenas alguns comentários, perguntas e outras verbalizações, e raramente orientou-se em direção à mãe. A criança virou-se de costas para a mãe, e cobriu o rosto com as mãos como se não quisesse “ver” após a mãe pedir para que ele “olhasse” para determinado brinquedo. Chama-se a atenção para o fato de que, diferentemente das outras crianças com DVC, esta criança demonstrou certa agressividade (Ex.: atirando os brinquedos) ao tentar compartilhar com a mãe suas brincadeiras. É importante notar que à medida que a mãe diminuiu o uso de comportamentos diretivos e intrusivos, a criança locomoveu-se mais no ambiente, evidenciando sua capacidade de autonomia ao querer desempenhar uma atividade que estava habituado a fazer em sua casa (explorar o espaço onde está e pular).

Por outro lado, a mãe da menina que apresentou a menor frequência de AC do estudo foi extremamente ausente durante a interação, ainda que tenha demonstrado CT, o que foi feito silenciosamente. Ao acompanhar com o olhar o que a criança estava fazendo, gesticular com as mãos, e limitar-se a responder monossilabicamente às indagações da filha, ela não conseguiu estimulá-la a interessar-se e/ou manter o interesse por algum brinquedo. Mais do que isso, demonstrou comportamentos diretivos apenas pela exigência da criança que desejava obter êxito em uma atividade que vinha desempenhado. Essa

criança parecia buscar uma participação mais efetiva por parte da mãe, a qual se mantinha distante. Bruner (1978) ressaltou a importância do papel materno ativo durante a interação. Denominou de *scaffolding* o processo que ocorre durante os jogos sociais entre a díade mãe-criança, nos quais a mãe trabalha para manter o jogo interessante, estando atenta ao nível de complexidade que o filho pode compreender. Assim, gradualmente, ela vai permitindo que, no avanço dessas atividades a criança possa ir tomando mais iniciativa e independência. Isto aconteceria no final do primeiro ano de vida da criança. O autor apontou que os comportamentos de *scaffolding* servem para intermediar as potencialidades infantis relacionadas a AC, ao fornecer pistas e reforçar a performance correta de uma tarefa. Contudo, fatores como estresse emocional, problemas somáticos e outros sintomas associados à depressão parecem atrapalhar a emergência de tais comportamentos. Talvez a falta de *scaffolding* possa ter influenciado a baixa ocorrência de modalidades de AC da criança deste estudo. Da mesma forma, questiona-se se a ocorrência de possível depressão materna afetaria o estilo interativo de sua mãe.

A criança, na interação, respondeu à mãe “ausente” exibindo algumas modalidades verbais de AC que foram perguntas a respeito da natureza dos objetos (o que e como eram). Além disso, tentava identificá-los, buscando semelhanças com os seus brinquedos pessoais. Ela também demonstrou algumas iniciativas isoladas (Ex.: aproximar-se da mãe e cantar uma música) ao propor brincadeiras, as quais não foram de maior duração, em função do pouco encorajamento da mãe. Com isso, a criança passou boa parte dos 10 minutos codificados falando e brincando solitariamente. Em alguns momentos não houve atividade conjunta, pois cada uma envolveu-se com brinquedos diferentes, sem compartilhar o interesse. Nos momentos em que o fizeram, foram bastante silenciosas. Com base nos estudos a respeito da reciprocidade durante a interação e de como evoluem seus ciclos, pode-se entender os achados do estudo que referiram-se à ausência materna.

Diferentes autores entendem que alterações na qualidade da interação, possivelmente podem interferir na maneira como cada parceiro social recebe os sinais do outro e à maneira que responde aos mesmos (Lester, Hoffman & Brazelton, 1985; Brazelton, Cramer, Kreisler, Schappi & Soulé, 1987; Mazet & Stoleru, 1990 & Cohn, 1989). A deficiência visual pode comprometer as expressões emocionais alternadas entre o bebê e sua mãe. Sabe-se que os bebês com DVC, por não possuírem a visão como fonte de

auto-motivação e auto-estímulo, podem se apresentar quietos e passivos. Essa passividade pode acarretar um afastamento da mãe por ter a impressão de que a criança não está apta a entender ou expressar suas emoções. Desta maneira, especula-se que o risco para que ocorra uma assincronia durante os ciclos interativos estaria na dificuldade enfrentada pelo cuidador para sintonizar-se com as pistas não-visuais fornecidas pelo filho com DVC.

Sobre a ocorrência de estereotipias motoras (comportamentos auto-estimulatórios de natureza repetitiva) no grupo das crianças com DVC, tanto na observação quanto na entrevista, os resultados corroboraram parcialmente a expectativa inicial. Apenas duas das 4 crianças com DVC apresentaram estereotipias. Contudo, a frequência deste comportamento foi baixa. É importante notar que essas crianças exibiram tais comportamentos em momentos de excitação ou frustração durante as brincadeiras.

De acordo com Tröster e Brambring (1992) as estereotipias nas crianças com DVC apareceriam devido a uma insegurança em relação ao ambiente, somada à dificuldade de atrair a atenção da mãe. De fato, é preciso lembrar que as sessões de observação foram filmadas no laboratório de observação da UFRGS, um local ainda mais estranho para elas. Isso pode ter contribuído para aumentar o senso de insegurança. Behl e cols. (1996) em seu estudo sobre interação mãe-criança com DVC, sugeriram a realização de pesquisas futuras em ambientes mais naturalísticos. Desta forma, os autores acreditam que usando materiais selecionados pelas próprias mães durante as observações, informações de diferentes tipos poderão ser obtidas a respeito da qualidade dos comportamentos maternos.

De acordo com Jordan (1996), as estereotipias podem ser explicadas como uma possibilidade de resposta à privação sensorial, podendo desaparecer na medida em que as crianças vão sendo estimuladas pelos cuidadores a desenvolverem modos mais adaptativos de auto-estimulação. Deste modo, crianças com DVC em idade pré-escolar que não forem devidamente estimuladas por seus cuidadores, poderão tornar-se retraídas e socialmente isoladas (Tröster & Brambring, 1992). Nessa mesma linha de pensamento, M.H. Gense e D.J. Gense (1994) destacaram que a precariedade de estímulos sociais facilitaria o aparecimento de estereotipias motoras, entre outros comportamentos repetitivos.

É preciso salientar que nas crianças do presente estudo que apresentaram estereotipias também ocorreu ecolalia. Deve-se considerar o fato de que o contexto em que a ecolalia apareceu foi similar ao das estereotipias, isto é, quando as crianças enfrentavam

dificuldades na manutenção da brincadeira. Este comportamento também foi relatado pelas mães, durante a entrevista, sobretudo nos dois meninos mais jovens do grupo com DVC. Perfect (2001) ao estudar os padrões comunicativos de uma criança de 3 anos com deficiência visual, verificou que esta apresentou ecolalia e inversão de pronome. Diferentemente do presente estudo, a observação dessa criança foi feita na escola em companhia dos professores e em atividades com seus pares, estes com graus variados de acuidade visual. A autora concluiu que a rejeição dos colegas poderia aumentar a probabilidade de crianças com DVC a desenvolverem atividades solitárias. Por outro lado, quando a criança era alvo de uma atenção mais individualizada, recebendo alguma orientação para completar tarefas, e menor demanda para a realização dessas, a ecolalia não apareceu.

É importante chamar atenção de que uma das crianças do presente estudo apresentou deficiência visual decorrente de retinopatia de prematuridade (RP). Fernell e colaboradores (1998) chamaram a atenção em seu estudo para o que foi denominado de *blindisms*. Para eles, as estereotípias em crianças que apresentam deficiência mental, associadas à prematuridade, seriam de caráter adaptativo e qualitativamente diferentes daquelas encontradas nos transtornos autistas.

A expectativa inicial do estudo referente ao estilo materno de interação era de que as mães das crianças com DVC apresentariam frequências maiores de DM comparadas ao grupo das mães das crianças com DT. Os resultados encontrados contrariaram o esperado, pois apenas uma das 4 mães do grupo das crianças com DVC apresentou maior frequência de DM. Com exceção desta mãe, as outras três apresentaram frequências maiores de CT comparadas às mães das crianças com DT. Ressalta-se que duas das mães utilizaram comportamentos diretivos com o objetivo de encorajar a autonomia do filho e o incremento da brincadeira.

Um entendimento possível para este resultado é apontado por Recchia (1998). A autora concluiu, em seu estudo sobre a comunicação mãe-criança com DVC, que mesmo diante da dificuldade de compartilhamento dos eventos, em função da deficiência visual, algumas mães podem ser efetivas na busca de formas comunicativas alternativas.

Ao retomar o estudo de Behl e colaboradores (1996) sobre os comportamentos maternos durante a interação mãe-criança com DVC, algumas questões podem ser

discutidas. Os pesquisadores compararam a interação social de um grupo de crianças com DVC, emparelhadas por idade a um grupo de crianças com atraso de desenvolvimento. Verificou-se que, durante a sessão de brinquedo livre com 10 minutos de duração, as crianças locomoveram-se bastante e apresentaram menor frequência de comportamento auto-estimulatório, pois as mães não mostraram-se diretivas. Para os autores, somente a deficiência visual não implica em um estilo materno de interação deficitário, podendo ser equivalente ao das mães das crianças com visão. Destaca-se nesse sentido, que a maior parte das mães das crianças com DVC do presente estudo exibiram comportamentos diretivos com objetivos similares aquelas mães das crianças com DT. Ao depararem-se com necessidades ou dificuldades da criança, por exemplo, quando sua exploração se esgotava, ou demonstrava estar confusa ou perdida, as mães foram mais diretivas.

A compreensão destes achados pode ser feita com base nas idéias discutidas por Perez e Conti-Ramsden (2001). Eles consideram que as descrições que os cuidadores fazem aos seus filhos com DVC, mesmo sob um contexto diretivo, podem auxiliar o desenvolvimento da linguagem e da AC.

Novamente, é importante destacar as concepções de Trevarthen (2001) sobre a interação criança-cuidador. De acordo com a teoria da intersubjetividade, os comportamentos infantis como a coordenação dos movimentos do corpo, expressões gestuais e vocais, facilitam a comunicação com o cuidador. A natureza destes comportamentos seria originada a partir de uma organização psiconeural, fruto de um amadurecimento cerebral e corporal. Associado a isso, está a motivação inata do bebê para descobrir um mundo comum a um pequeno grupo de companhias próximas, isto é, para manter relacionamentos interativos. A fim de que tais metas possam ser alcançadas, mãe e criança cooperam entre si. Esta torna-se gradualmente capaz de antecipar seus sinais em situações como quando é alimentada ou carregada, engajando-se socialmente. Nesse sentido, o autor considera o cuidador um ser solidário, e intuitivamente pronto para responder às necessidades da criança, através de comportamentos expressivos (Ex.: falas e gestos). A maioria das mães do presente estudo parece ter tido êxito em responder aos seus filhos. Elas mostraram sua cooperação ao estarem atentas às necessidades das crianças e fazendo-se entender, de forma que o compartilhamento e portanto a interação, pudessem ocorrer sem maiores prejuízos.



Já a mãe que se mostrou mais diretiva no presente estudo pode ter seu comportamento entendido com base nos achados de Kekelis e Prinz (1996) que investigaram as habilidades discursivas das mães das crianças com DVC. Verificou-se que estas tiveram, durante as conversações com seus filhos, turnos de duração menor comparadas às mães das crianças com visão. A explicação dos autores foi de que, durante as brincadeiras, as mães das crianças com DVC necessitam dar mais assistência a seus filhos do que o considerado habitual. Sendo assim, acabam introduzindo um número maior de brinquedos e sugerindo como deve se desenrolar a brincadeira. Conseqüentemente os autores sugeriram que as mães restringem as habilidades da criança com DVC para ampliar seus interesses e, conseqüentemente, sua autonomia.

Acerca da investigação sobre a qualidade de brinquedo, os resultados encontrados corroboraram em parte a expectativa inicial do estudo, já que as crianças do grupo com DVC apresentaram Brinquedo Simbólico (BS). Algumas considerações a esse respeito e a comparação com o brinquedo das crianças com DT merecem ser feitas.

A ocorrência de BS das crianças com DVC foi inferior ao das crianças com DT. É interessante notar que as mães das crianças com DVC que apresentaram mais BS durante os 10 minutos codificados foram as mesmas que apresentaram mais CT comparadas às mães das crianças com DT. Disto depreende-se que este estilo materno de interação menos diretivo pode ter facilitado a ocorrência do tipo de brinquedo referido. Conforme dito anteriormente, a mãe, ao cooperar com a criança respondendo às suas expressões e necessidades, ajudará no surgimento da capacidade simbólica (Trevarthen e cols., 1996). No entanto, pensa-se que o que parece ter influenciado a ocorrência do BS foi a sensibilidade que estas mães tiveram para buscar o equilíbrio entre o uso de comportamentos diretivos e os de CT. Por vezes, eles tiveram objetivos equivalentes, tais como: sanar dificuldades; guiar ou incrementar a brincadeira.

Por outro lado, a mãe que teve a maior freqüência de CT do estudo, não facilitou a emergência de BS de sua filha, que teve menor ocorrência deste, comparada a criança com DT. A baixa ocorrência de comportamentos diretivos parece ter deixado a criança “sem rumo” quanto ao reconhecimento que fazia dos brinquedos, bem como o que poderia fazer com os mesmos. De modo semelhante, a forma silenciosa como a mãe compartilhava os eventos/objetos de interesse da filha dificultou a percepção dessa de que a mãe era uma

parceira para a interação, e ambas passaram a desfrutar de poucas atividades mútuas. Nesse sentido, é preciso estar atento quanto à qualidade de compartilhamento, pois a sua simples ocorrência não foi acompanhada da presença de BS. Os achados de Rettig (1994) demonstraram que os déficits no BS estão associados a déficits de linguagem, chamando a atenção para a necessidade de uma intervenção precoce. Sugeriu-se também que os adultos podem melhorar a qualidade do brinquedo, facilitando a adaptação ao ambiente, através de descrições adequadas do mesmo.

Quanto à qualidade de BS apresentada pelas crianças com DVC, esta foi similar a apresentada pelo grupo das crianças com DT, por exemplo, brincar de algo já conhecido; atribuir propriedades a objeto inanimado; fazer de conta; iniciativa ao propor a brincadeira. É importante destacar que, em geral, o BS apresentado pelo grupo das crianças com DVC foi precedido por longos períodos de atividade exploratória. Nesse sentido, as crianças com DVC passaram mais tempo explorando do que o grupo de crianças com DT. Notou-se que as crianças do grupo com DT apresentavam BS logo no início dos 10 minutos codificados, já que o reconhecimento que as mesmas faziam dos objetos era de imediato ao olharem para esses. O estudo de Lewis e colaboradores (2000) a respeito do impacto da deficiência visual no brinquedo simbólico e funcional, postula que as crianças com DVC necessitam de mais tempo para reconhecer os objetos, sendo que é provável que o simbólico possa emergir tanto quanto na criança com DT. A necessidade das crianças com DVC de apreender um ambiente primordialmente visual, parece ter sido facilitado pela habilidade materna em descrever as propriedades dos objetos e ajudar a criança a descobrir e usar caminhos alternativos (Ex.: tato) durante a exploração.

Assim como o ocorrido com a exploração, as crianças com DVC apresentaram mais brinquedo funcional comparadas às crianças com DT. Destaca-se que as crianças que apresentaram menor frequência deste tipo de brinquedo foram as mesmas que apresentaram mais BS, e cujas mães oscilaram entre modalidades de CT e DM. Rettig (1994) destacou que na medida em que os adultos melhoram a qualidade do brinquedo, facilitando a adaptação ao ambiente através de descrições adequadas, níveis mais elaborados de brinquedo podem ocorrer. Nesse sentido, entende-se porque o BS apareceu mais do que o brinquedo funcional tratando-se das crianças com DVC do presente estudo. Ao contrário, nos achados de Lewis e colaboradores (2000), o brinquedo funcional das crianças com

DVC teve menor frequência comparada aquela do grupo de crianças com DT. Essa discrepância nos resultados de ambos estudos, parece residir no fato de que a definição de brinquedo funcional do estudo revisado equívaleu-se à definição de brinquedo simbólico do presente estudo.

### **Considerações finais**

Os resultados do presente estudo corroboraram algumas das expectativas iniciais. De qualquer forma, algumas limitações do estudo devem ser apontadas.

Inicialmente, destaca-se que o tamanho reduzido da amostra não permite a realização da generalização dos resultados. Isto porque as crianças com DVC constituem uma população bastante heterogênea. Existem etiologias diferentes que levam à deficiência, além de níveis distintos de acuidade visual. Isto implica em possíveis diferenças quanto ao desenvolvimento dessas crianças. Neste estudo, por exemplo, duas das crianças apresentaram a deficiência em função de retinopatia de prematuridade; uma devido à infecção congênita por citomegalovírus; e outra, por um tumor (retinoblastoma). Mais especificamente, a respeito das acuidades das crianças, verificou-se que tanto as instituições como as mães, têm dificuldades para precisar seus níveis. De fato, todas essas diferenças dentro do grupo de crianças com DVC parecem dificultar a seleção de um número maior de participantes, e ainda o emparelhamento do grupo com base em características semelhantes.

O papel do atendimento precoce é outro ponto a ser destacado. Nesse sentido, estudos ressaltam a importância de se intervir nessa população o mais cedo possível, minimizando possíveis riscos de atraso para o desenvolvimento (Recchia, 1997; Silveira & cols., 2000; Zanandrea, 1998). As crianças com DVC que participaram do estudo tiveram em comum assistência pediátrica, oftalmológica e neurológica desde os primeiros meses de vida, quando tiveram a deficiência identificada. No entanto, houve diferenças no que se refere a outros tipos de atendimento. Apenas uma das crianças foi assistida por um terapeuta ocupacional pouco antes de completar 1 ano de vida. O atendimento psicológico começou mais tarde, no final do primeiro ano de vida de uma delas, e, nas outras, a partir dos 3 anos. Durante o processo de seleção dos participantes, verificou-se a dificuldade de encontrar crianças pré-escolares com DVC que estivessem vinculadas às instituições que dedicam-se ao atendimento dessa população. O relato das mães mostrou que,

lamentavelmente, nenhuma delas recebeu apoio psicológico durante o 1º ano de vida dos seus bebês.

Embora o foco do estudo fosse inicialmente as condutas do espectro do autismo, mais especificamente, a habilidade de AC, a investigação dos comportamentos maternos foi fundamental para entender muitos dos comportamentos infantis, bem como verificar a qualidade da interação das díades mãe-criança. Nesse estudo, a habilidade das mães em compartilhar as experiências com o filho e auxiliar no ingresso da criança ao mundo simbólico parece ter sido facilitada pelas orientações recebidas no centro de Atendimento, o que aponta para a necessidade de serviços dessa natureza desde os primeiros meses de vida do bebê. Do ponto de vista metodológico, destaca-se que dentre os estilos maternos de interação, a distinção entre diretividade e intrusividade deveria ter sido feita. A própria revisão de literatura apontava para essa necessidade já que muitos estudos acabam sendo displicentes quanto a clareza destes conceitos, o que pode acarretar julgamentos errôneos sobre a natureza e a direção de determinados comportamentos.

Outra limitação a ser apontada refere-se ao tempo de codificação dos comportamentos nas sessões de observação. A utilização de apenas 10 minutos do total da filmagem pode ter interferido na codificação do Brinquedo Simbólico apresentado pelas crianças com DVC. Não se atentou para o fato de que tais crianças inicialmente dispenderiam muito mais tempo para reconhecer os brinquedos do que as crianças do grupo com DT. Assim, apenas posteriormente elas viriam a simbolizar com os brinquedos que haviam explorado.

Leva-se em conta que diante de uma população bastante heterogênea, estudos que não enfatizam os padrões individuais das crianças com DVC podem levar a evidências discrepantes. Mesmo que a comparação seja feita com grupos de crianças com DT ou com crianças com desenvolvimento atípico, como por exemplo crianças com autismo, a ocorrência de comportamentos semelhantes entre os grupos deve ser cuidadosamente interpretada (Pérez-Pereira, 2000).

No presente estudo, acredita-se que os instrumentos utilizados para a identificação das diferenças individuais entre as crianças com DVC foram eficientes. Mais especificamente, a entrevista de dados sócio-demográficos proporcionou um retrato apurado do desenvolvimento da criança, além de fornecer aspectos peculiares da

deficiência visual. Ressalta-se que tais histórias contadas pelas mães poderão ser aproveitadas em trabalhos futuros, por exemplo sob a perspectiva sistêmica, ao avaliar o impacto de uma condição atípica de desenvolvimento na família, bem como as relações de apego, etc. Não menos importante, a sessão de observação foi determinante para que a habilidade de AC e toda a variedade de comportamentos (maternos e infantis) envolvidos na sua ocorrência fossem apreendidos sem desprezar sua qualidade. Isto deveu-se ao fato da interação ser analisada em episódios de atividade conjunta mãe-criança, os quais foram transcritos cuidadosamente. As descrições centradas nas falas e também nos comportamentos não-verbais das díades foram fundamentais para retratar a interação entre mãe e criança.

Sugere-se que estudos futuros a respeito dessa temática tenham investigações de caráter longitudinal, para que mudanças ao longo do tempo possam ser avaliadas, bem como para que o impacto da DVC possa ser observado em diferentes estágios do desenvolvimento. Ademais, faz-se necessário que se invista na criação e adaptação de instrumentos, já que a carência destes é uma característica comum a inúmeros estudos que pesquisam a deficiência visual. Nesse sentido, pensa-se ser importante que a perspectiva mais recente desta área de pesquisa avance ainda mais. Trata-se de dar atenção às rotas e aos estilos alternativos buscados pelas crianças com DVC para se desenvolverem. Conseqüentemente, programas educacionais e de intervenção podem ser beneficiados a partir dos entendimentos de como essas crianças aprendem sobre si mesmas e se relacionam com o mundo (cuidadores, educadores, pares, etc).

A área de estudos a respeito da DVC também poderá trazer importantes contribuições para a Psicologia do Desenvolvimento. Através deste campo de estudos, um entendimento mais aprofundado de uma variedade de comportamentos que são diferentes dos habituais, mas que parecem desempenhar funções igualmente importantes para o desenvolvimento típico, poderá ser propiciado.

Pensa-se ainda na importância do diálogo desta área de pesquisa com a prática clínica. O pesquisador necessitará de uma estrutura teórica que permita o entendimento das evidências encontradas, de bons artefactos metodológicos para contemplar os objetivos de suas investigações, mas, também, deverá munir-se de certas habilidades. Nesse sentido, as experiências e o treino de sua sensibilidade o auxiliarão a identificar as rotas alternativas

utilizadas por essa população. Em última instância, parece ser adequado o ponto de vista de alguns autores de pensarem a deficiência visual como uma perda ou anormalidade de estrutura ou função, que pode levar a um mau funcionamento visual ou à ausência de visão. (Amaral, 1996; Batista & Enumo, 2000; Masini, 1999). Desta forma, examina-se com cuidado os possíveis “déficits” acarretados por tal condição, já que eles podem ser compreendidos como formas diferentes de se relacionar com o mundo, e não tanto como riscos ou de fato, atrasos do desenvolvimento.