



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Maria da Graça Rodrigues Ferreira

**Problemas emocionais e comportamentais e
Qualidade das interações em crianças com Perturbação do
Espectro do Autismo e suas mães.**

Outubro 2014



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Maria da Graça Rodrigues Ferreira

**Problemas emocionais e comportamentais e
Qualidade das interações em crianças com Perturbação do
Espectro do Autismo e suas mães.**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação da **Professora Doutora Isabel
Soares**

Outubro 2014

Nome: Maria da Graça Rodrigues Ferreira

Endereço eletrónico: margraca.ferreira@gmail.com

Título dissertação

Problemas emocionais e comportamentais e Qualidade das interações em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo e suas mães.

Orientadora:

Professora Doutora Isabel Soares

Ano de conclusão: 2014

Designação do Mestrado:

Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha Professora Orientadora a Doutora Isabel Soares que me orientou pelos caminhos da psicologia e me inspirou a escolher sempre o caminho certo.

Deixo um agradecimento especial à Professora Doutora Guiomar Oliveira que me recebeu muito bem no Hospital Pediátrico de Coimbra e muito me ensinou com as suas partilhas, os seus comentários...que me guiou pelo mundo inesgotável da diversidade do Autismo.

É com muita gratidão que reconheço que a Dra. Inês Fachada foi o motor da minha autonomia neste ano de recolha de informação.

Agradeço a todas as colegas do grupo de investigação que com as suas partilhas contribuíram para este trabalho. A todas Muito Obrigada.

Obrigada Cátia, pela tua paciência e disponibilidade. Foste o “fio” inquebrável que suportou as “correntezas” mais fortes.

Um obrigado muito especial à Verónica, companheira de aventuras, que nunca me deixou sozinha, mesmo nos momentos mais difíceis.

Obrigada Olga e Carla pelas partilhas e momentos de descontração que permitiram o nosso avanço neste caminho árduo.

E sobretudo à minha Família que me apoiou em tudo o que pôde e embora longe soube estar sempre perto.

Deixo um agradecimento especial a todos quantos fizeram parte deste percurso principalmente às crianças e pais que dividiram connosco muitos momentos felizes e outros menos bons.

“Aqui aprende-se para além de todo um protocolo de avaliações, a viver de uma forma diferente. Para além de uma escola profissional ao mais alto nível, é uma escola de vida, onde todos os dias se aprende a recriar a Vida, a agradecer tudo o que temos e a ganhar coragem para enfrentar o “tão pouco” de sofrimento que nos toca. Olhar aqueles pais que fazem tudo pelos seus filhos, por vezes, tão distantes das suas angústias... e, mesmo assim nunca desistem de lutar e principalmente Amar os seus filhos tal qual eles são. Isto sim é Amar! Todos os dias nesta Unidade se sentem muitas emoções desde a angústia de ver os pais destroçados pelo sofrimento dos filhos até à alegria de um abraço da criança, que depois de uma avaliação nos diz “Quero “brincar mais”!”. São todos estes momentos que nos dão força para continuar todos os dias a lutar por eles.”

Graça Ferreira

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUÇÃO	1
PARTE I: Enquadramento Teórico e Empírico	1
1. Autismo	1
1.1. Perturbações na interação social	2
1.2. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados	3
2. Características Associadas	3
3. Relações entre comportamento interativo materno e problemas de comportamento e emocionais nas crianças.	5
PARTE II. Estudo Empírico	8
1. Objetivo geral	8
2. Método	8
2.1. Participantes	8
2.2. Instrumentos de medida	9
2.2.1. Avaliação da criança:	9
2.2.2. Avaliação da mãe:.....	10
2.3. Procedimentos	11
3. Resultados	11
4. Conclusão e Discussão	14
5. Limitações e orientações para futuras pesquisas	15
6. Implicações Clínicas	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Associação entre desenvolvimento mental global da criança e comportamento interativo materno em termos de responsividade sensível

Tabela 2 – Associação entre severidade do diagnóstico e comportamento interativo materno em termos de responsividade sensível

Tabela 3 – Associação entre temperamento da criança e comportamento interativo materno em termos de responsividade sensível

Tabela 4 - Associação entre problemas emocionais e comportamentais e comportamento interativo materno em termos de responsividade sensível

Problemas emocionais e comportamentais e qualidade das interações em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo e suas mães.

RESUMO

Os pais das crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA) são confrontados com desafios acrescidos para educar o seu filho. Esses desafios são devidos às características clínicas e comportamentais das crianças com PEA (Maljaars, Boonen, Lambreehts, Van Leeuwen, & Noens, 2013). Para além disso, estas crianças apresentam taxas relativamente elevadas de coocorrência de problemas emocionais e comportamentais (Brereton, Tonge, & Einfeld, 2006), o que pode desafiar ainda mais a capacidade dos pais para responder com sensibilidade às suas necessidades e sinais.

Foram avaliadas 39 díades, crianças com PEA (seguidas na consulta de Autismo do Hospital Pediátrico de Coimbra) e suas mães, com o objetivo de analisar a associação entre comportamento interativo materno e a presença de problemas emocionais e comportamentais (PECs) nestas crianças.

As análises realizadas mostraram a existência de uma correlação positiva significativa entre o nível de desenvolvimento mental da criança e o comportamento interativo materno em termos de responsividade sensível, ($r=.471$; $p=0,002$), e uma correlação negativa significativa entre a severidade do diagnóstico da criança e o comportamento interativo materno ($r= -.383$; $p=0,016$).

Neste estudo não foram encontradas associações significativas entre comportamento interativo materno e o temperamento da criança, bem como entre o comportamento interativo materno e os problemas emocionais e comportamentais destas crianças.

Palavras-chave: Perturbação do Espectro do Autismo, Comportamento interativo materno, Problemas emocionais e comportamentais.

Emotional and behavioral problems and quality of interaction in children with Autism Spectrum Disorders and their mothers.

ABSTRACT

Parents of children with autism spectrum disorder (ASD) are faced with increased challenges to raise their child. These challenges are due to clinical and behavioral features of children with ASD (Maljaars, Boonen, Lambreehts, Van Leeuwen, & Noens, 2013). In addition, these children have relatively high rates of co-occurrence of emotional and behavioral problems (Brereton et al., 2006), which may further challenge parents' ability to show sensitive responsiveness to their needs and signals.

Thirty-nine dyads of children with ASD (followed in Autism appointments in the Pediatric Hospital of Coimbra) and their mothers were assessed aiming to examine the association between maternal interactive behavior and the presence of emotional and behavioral problems (EBPs) in their children.

Data analyzes showed the existence of a significant positive correlation between the level of the child's mental development and maternal interactive behavior in terms of sensitive responsiveness, ($r = .471, p = 0.002$), and a significant negative correlation between the severity of the child's diagnosis and maternal interactive behavior ($r = -.383, p = 0.016$).

No significant associations between maternal interactive behavior and child temperament as well as between maternal interactive behavior and emotional and behavioral problems in these children were found in our study.

Key-words: Autism Spectrum Disorder, Maternal interactive behavior, Emotional and behavioral problems

INTRODUÇÃO

Esta dissertação salienta a importância do comportamento interativo materno no desenvolvimento de crianças com Perturbação de Espectro do Autismo (PEA), em especial a sua influência nos problemas emocionais e comportamentais (PECs) destas crianças.

Neste sentido, na primeira parte, desta dissertação analisaremos a temática do autismo, através da sua descrição clínica e das características associadas, bem como os estudos sobre a influência do comportamento interativo materno em crianças com PEA.

A segunda parte integra um estudo empírico inovador focado num grupo de crianças com PEA Portuguesas e suas mães, sendo apresentados os seus objetivos, método e resultados. A dissertação termina com a discussão destes resultados e as suas implicações para estudos posteriores.

PARTE I: Enquadramento Teórico e Empírico

1. Autismo

O autismo refere-se a uma perturbação que, clinicamente, se manifesta por atraso ou desvio nas aquisições do neurodesenvolvimento e por alterações do comportamento que são, maioritariamente, evidentes antes dos dois anos de idade (Oliveira, 2009).

Estima-se que a prevalência mundial do autismo seja de uma a duas crianças em cada mil, e que em Portugal seja de aproximadamente um caso em cada mil crianças em idade escolar (*Idem*). Esta perturbação é quatro vezes mais elevada nos rapazes do que nas raparigas (American Psychiatric Association, 2013). No entanto, as raparigas com PEA têm maior probabilidade de ter défice intelectual grave (*Idem*).

Os investigadores tentam encontrar as causas do autismo desde que ele foi descrito pela primeira vez por Kanner em 1943. Embora Kanner tenha, inicialmente, sugerido que esta perturbação tinha uma base biológica, a maior parte dos esforços para identificar as causas do autismo focou-se nos cuidados parentais inadequados: parentalidade fria e indiferente. Contudo, hoje sabemos que o autismo é uma perturbação biológica e que não é causado por parentalidade inadequada ou outros fatores sociais. A literatura evidencia que a etiologia do autismo é complexa e multifacetada, resultando da interação entre fatores genéticos, neurológicos e ambientais. É fundamental entender como a PEA se desenrola a partir do nascimento para depois começar a compreender esses mecanismos de desenvolvimento, bem como identificar as crianças que necessitam de intervenção precoce e ainda indicar alvos de intervenção adequados (Jones, Gliga, Bedford, Charman, & Johnson, 2014).

Esta perturbação é caracterizada por défices persistentes na comunicação e interação social nos múltiplos contextos, incluindo défices na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não-verbais usados para a interação social, e competências em desenvolver, manter e entender as relações pessoais (American Psychiatric Association, 2013). Para além do défice na comunicação social, o diagnóstico desta perturbação solicita a presença de padrões de comportamento, interesses e/ou atividades restritivos e repetitivos (*Idem*).

1.1. Perturbações na interação social

No desenvolvimento típico infantil, a capacidade para formar relações de vinculação, imitar os outros, partilhar o foco de atenção com outra pessoa, entender as emoções dos outros e envolver-se em brincadeiras surgem precocemente. No autismo essas competências estão particularmente prejudicadas (Mash, & Barkley, 2003).

Inicialmente, conjecturou-se que crianças com PEA não estabeleciam ou tinham uma acentuada dificuldade em estabelecer vínculos afetivos com seus pais. No entanto, a investigação mostra que as crianças com PEA em idade pré-escolar dirigiam mais comportamentos sociais e de proximidade aos seus cuidadores do que aos estranhos após uma breve separação (Sigman, & Mundy, 1989) e que os comportamentos de procura de proximidade são semelhantes em crianças com PEA e crianças com síndrome de Down (Dissanayake, & Crossley, 1996).

Contudo, a sua orientação social está, de algum modo, comprometida.

No desenvolvimento normal, as capacidades de imitação estão presentes logo após o nascimento (Field, Woodson, Greenberg, & Cohen, 1982). As crianças com PEA têm défices específicos na sua capacidade de imitar os movimentos dos outros, incluindo movimentos corporais e ações com objetos, as quais têm sido associadas com outros défices sociais e de linguagem apresentados por estas crianças (Dawson, Meltzoff, Osterling, & Rinaldi, 1998).

Um outro mecanismo pelo qual os bebés adquirem compreensão de informações sociais é a utilização de comportamentos não-verbais, tais como o contato ocular e os gestos, usados no sentido de partilhar o foco de atenção com outra pessoa (atenção partilhada) (Mundy, Sigman, Ungerer, & Sherman, 1986). O desenvolvimento precoce desta capacidade é um precursor importante para o desenvolvimento da linguagem verbal (Sugarman, 1984). Défices na utilização do olhar e dos gestos, como um meio de partilhar a atenção com os outros, estão entre os primeiros sintomas evidentes no autismo.

Um outro precursor importante do desenvolvimento da linguagem é a capacidade de se envolver em representação simbólica através do jogo do faz-de-conta. Normalmente, o jogo simbólico surge gradualmente entre 12 e 22 meses de idade (Ungerer, & Sigman, 1984). Durante o

período pré-escolar as crianças com PEA ainda apresentam pouco jogo funcional espontâneo e o jogo que apresentam é pouco generalizado (McDonough, Stahmer, Schreibman, & Thompson, 1997).

Dadas as limitações significativas das competências sociais precoces, consideradas precursoras do desenvolvimento da linguagem (atenção partilhada e jogo simbólico), não é de estranhar que as crianças com PEA tenham um atraso significativo e desviante no desenvolvimento desta. A investigação mostra que as crianças que desenvolveram gestos e comportamentos de atenção conjunta não-verbal têm mais propensão para desenvolver linguagem (Mundy, Sigman, & Kasari, 1993). As crianças com PEA que aprendem a falar, têm linguagem desviante, caracterizada por ecolalia imediata ou tardia, prosódia anormal e inversão do pronome (Cantwell, Baker, Rutter, & Mawhood, 1989).

1.2. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados

As crianças com PEA, muitas vezes, apresentam comportamentos repetitivos (movimentos motores repetitivos, insistência em seguir rotinas elaboradas e interesses circunscritos). Volkmar, Cohen, e Paul (1986) referem que os pais das crianças com PEA relatam uma variedade de movimentos estereotipados, incluindo balançar, andar em bicos de pés, e rodopiar, e que estes comportamentos ocorrem mais frequentemente em crianças pequenas e com níveis funcionais mais baixos. As rotinas elaboradas incluem uma complexa série de movimentos motores repetidos, ordenação ou reordenação de brinquedos, e a insistência em seguir a mesma sequência de eventos durante as atividades cotidianas e são observados em crianças com níveis menos graves de comprometimento. Os interesses circunscritos intensos e perseverantes, geralmente envolvem memorização de fatos sobre um tópico específico (Mash, & Barkley, 2003).

2. Características Associadas

Às PEA associam-se um conjunto variado de características de natureza genética e de natureza comportamental, como iremos analisar em seguida. Os indivíduos com PEA podem apresentar uma ampla gama de sintomas comportamentais associados que incluem uma variedade de comportamentos autoagressivos (e.g. bater com a cabeça); distúrbios alimentares (e.g. dieta limitada a poucos alimentos, rituais em torno das refeições) ou do sono (e.g. dificuldade em iniciar e manter o sono, acordar matinal prematuro, despertar recorrente durante a noite); respostas bizarras a estímulos sensoriais (e.g. elevado limiar à dor, hipersensibilidade aos sons ou no contacto físico, reações exageradas à luz ou aos cheiros, fascínio por alguns estímulos); ausência de medo a perigos reais, e um receio excessivo na resposta a objetos inofensivos (American Psychiatric Association, 2013). Quando frustradas as crianças com PEA muitas vezes não têm meios verbais para comunicar

os seus sentimentos e/ou necessidades e envolvem-se em comportamentos autoagressivos como uma forma de expressar a sua frustração (Lainhart, 1999).

Relativamente ao temperamento, os pais relataram que estas crianças tem maior afeto negativo, exibem mais desconforto, são mais difíceis de acalmar, mais irritadas e sensíveis do que os seus pares (Konstantareas, & Stewart, 2006) e ainda, são mais retraídas e negativas, do que as crianças com outros atrasos (Brock, Freuler, Baranek, Watson, Poe, e Sabatino, 2012).

Crianças com PEA apresentam taxas relativamente elevadas de coocorrência de PECs (Brereton et al., 2006). Estas crianças têm um maior risco de desenvolvimento de psicopatologia e problemas de comportamento em comparação com as crianças sem PEA. Uma grande percentagem de crianças com PEA (cerca de 70%) apresenta um diagnóstico DSM coocorrente (Simonoff et al., 2008). As consequências da presença de problemas de comportamento em PEA são substanciais, uma vez que interferem com o funcionamento do dia-a-dia e restringem o acesso, ou minimizam as oportunidades educacionais, vocacionais, e os contextos sociais (Taylor & Seltzer, 2011).

Na maioria dos casos, cerca de 75%, a PEA está associada a um diagnóstico de Deficiência Mental (American Psychiatric Association, 2013). O perfil das aptidões cognitivas é normalmente desigual em relação ao nível global de inteligência (e.g. hiperlexia). Na maioria das crianças com PEA *high-functioning* o nível da linguagem recetiva é inferior ao da linguagem expressiva (*idem*).

Ozonoff e Jensen (1999) documentaram défices na capacidade de realizar tarefas de funções executivas (funções cognitivas envolvidas na capacidade de resolver problemas cotidianos) nas crianças com PEA. Estes autores verificaram que um grupo de crianças sem défice intelectual e adolescentes com autismo tiveram menos sucesso, em duas tarefas de funções executivas diferentes, do que um grupo de controlo com dificuldades de aprendizagem, emparelhados por idade cronológica e QI.

A capacidade de entender que as outras pessoas têm crenças, desejos e intenções que são diferentes das suas (ou seja, uma "teoria da mente") emerge gradualmente desde a infância e estabelece-se até a idade de 3 a 4 anos (Wellman, 1993). Segundo Baron-Cohen, Leslie, e Frith (1985) as crianças com PEA têm uma alteração específica no desenvolvimento da teoria da mente. Este défice pode explicar as dificuldades que as crianças com PEA têm na compreensão social e comunicação. O desempenho nestas tarefas foi significativamente correlacionado com a idade mental verbal e o QI verbal em crianças com PEA (Happe, 1995). Segundo vários autores as dificuldades na resolução de tarefas da teoria da mente pode ser influenciada pelos défices na atenção conjunta e nas aptidões de imitação (Mundy, Sigman, & Kasari, 1993).

3. Relações entre comportamento interativo materno e problemas de comportamento e emocionais nas crianças.

A parentalidade sensível demonstrou ser um preditor de resultados desenvolvimentais positivos no domínio sócio-emocional e cognitivo, sendo associada a menos problemas de internalização em crianças (Kok et al., 2013). Pais sensíveis podem diminuir o desenvolvimento de comportamentos de internalização das crianças, ajudando os filhos a lidar com sentimentos de ansiedade e a tendência para se retrair em situações de risco (Gilissen et al., 2007).

Segundo o NICHD Early Child Care Research Network (2004) o afeto, o apoio e a sensibilidade parental, durante os primeiros anos da vida de uma criança, estão associados a menos comportamentos de externalização na primeira infância. Isto acontece porque a regulação comportamental e emocional em crianças muito jovens é fortemente dependente da regulação fornecida pelo prestador de cuidados sensível e apoiante, e é a partir esta experiência de regulação que a competência de autorregulação da própria criança se desenvolve (Propper et al., 2008). Além disso, a alta sensibilidade materna consistente desde a infância até à idade pré-escolar protege a criança de desenvolver problemas de externalização na idade escolar, especialmente para as crianças com temperamentos difíceis (Bradley, & Corwyn, 2008), o que sugere a persistência dos efeitos protetores e reguladores da sensibilidade e apoio parental, mesmo após os primeiros anos de vida.

Cuidar de uma criança com desenvolvimento atípico pode criar sentimentos negativos relativamente à criança, alterar as expectativas dos pais e levar a um sentido de reduzida competência parental (van Hooste, & Maes, 2003), o que pode alterar a capacidade da mãe para perceber e responder, atempadamente, aos sinais da criança. Tal como as características da criança afetam a sua relação com os pais, também a relação com os adultos afeta o nível de desenvolvimento e funcionamento da criança (Sameroff, Combs-Ronto, Olson, Lunkenheimer, 2009).

Hoffman, Sweeney, Hodge, Lopez-Wagner, & Looney (2009) reportaram uma relação significativa entre a severidade do autismo e a doença parental, nível de depressão, e percepções negativas do casamento, tal como o grau de proximidade entre a mãe e a criança. Na verdade, a severidade dos sintomas está associada a elevados níveis de responsabilidade no sistema parental e familiar, criando relações mais tensas e assim, provavelmente, menor sensibilidade materna.

Ainda há pouca pesquisa com foco no comportamento parental em famílias de crianças com PEA, provavelmente, por causa das teorias psicogénicas sobre a origem da doença e do seu legado de culpabilização parental (Siller, & Sigman, 2002). No entanto, os pais que educam uma criança com PEA têm de lidar com desafios não compartilhados por pais de crianças com desenvolvimento típico, devido às características clínicas e comportamentais associadas ao autismo (Maljaars, Boonen,

Lambreehts, Van Leeuwen, & Noens, 2014), à heterogeneidade da doença e alteração de problemas nas diferentes idades.

Embora a PEA tenham uma base neurobiológica, há alguma evidência de que as variações no comportamento dos pais podem ter um efeito sobre o desenvolvimento posterior das crianças com PEA (Siller, & Sigman, 2002). É importante estudar a relação entre os diferentes aspetos do comportamento dos pais e as características da criança, a fim de melhorar as intervenções focadas nos pais e seus possíveis resultados a longo prazo (Wachtel, & Darter, 2008).

Seguidamente, analisaremos cada uma das características associadas a esta perturbação e o modo como estas podem desafiar a parentalidade sensível.

A manifestação dos sintomas varia amplamente, dependendo de vários fatores, como idade e o nível funcional (Shattuck et al., 2007). Défices na comunicação e interação social complicam claramente a relação entre pais e filhos e, para além disso, as crianças com PEA estão em maior risco de desenvolver problemas de comportamento adicionais quando comparados com as crianças sem PEA (Kanne, & Mazurek, 2011).

Embora estas crianças sejam atípicas na relação interpessoal que estabelecem, elas respondem à separação e à reunião com os pais, pelo menos quando esta é de curta duração (Sigman, & Mundy, 1989), podemos afirmar que a relação que estas crianças estabelecem com a mãe é claramente especial mesmo com as suas atipicidades relacionais.

Considerando os défices graves na interação social recíproca e da comunicação, relatados anteriormente, questiona-se se os pais de crianças com PEA são capazes de responder com sensibilidade aos sinais e necessidades dos seus filhos de uma forma igualmente pronta e adequada, tal como os pais de crianças com menos défices sociais. Para além disso, as crianças com PEA tornam esta tarefa, de decifrar os seus sinais, mais difícil para os seus pais porque elas não podem expressar as suas emoções de maneira explícita. No sentido de responder adequadamente às crianças com PEA, será necessária uma sintonia cuidadosa, respostas não-verbais mais claras que tenham em conta o nível de desenvolvimento, e muito mais rapidez do que no caso de crianças com desenvolvimento típico. Assim, as crianças com PEA podem precisar de mais estímulos e encorajamentos mais explícitos dos pais e uma ênfase mais forte no *input* não-verbal do que as crianças sem PEA, e os seus pais podem, por vezes, parecer fisicamente mais intrusivos (Doussard-Roosevelt, Joe, Bazhenova, & Porges, 2003). Tal parentalidade pode ser ideal a partir da perspetiva de uma criança com défice de processamento de informação social, mas pode, ao mesmo tempo, ser classificada como insensível de acordo com critérios convencionais para a padronização e tempo de respostas dos pais aos sinais das crianças (*Idem*). Díades de mães e crianças com PEA foram observadas em sessões de jogo e constatou-se que a quantidade de iniciativas das mães não diferiu do que foi observado em mães de crianças em idade pré-escolar com desenvolvimento típico, no entanto, as mães de crianças com PEA,

usaram mais contato físico, mais comportamentos de alta intensidade, e menos abordagens sociais verbais. (*Idem*).

Um estudo recente mostrou que todas as características da criança com PEA se constituem como preditores do nível de satisfação na interação pais-criança (Beurkens, Pardini, & Loeber, 2013).

As crianças com atraso de desenvolvimento tendem a apresentar menores níveis de envolvimento, a ser menos responsivas a estímulos externos, e a sua sinalização emocional tem demonstrado conter mais incerteza e ruído que a das crianças com desenvolvimento típico (van IJzendoorn et al., 2007). Goldberg (1977) sugeriu que os pais, inicialmente sensíveis, podem tornar-se ineficazes na sua interação devido à imprevisibilidade e à menor responsividade dos seus filhos. Segundo Niccols, Milligan, Chisholm, e Atkinson (2011) o atraso no desenvolvimento pode apresentar desafios à interação entre pais e filhos que podem ter um impacto negativo na sensibilidade materna e nos problemas de comportamento infantil.

Além disso, segundo Kasari e Sigman (1997) as crianças com temperamento mais "difícil" são menos envolvidas e sensíveis ao interagir com os pais, sugerindo uma associação entre a variação de competências sociais e o temperamento. Crianças com temperamento difícil podem ser um desafio à sensibilidade materna no sentido em que podem aumentar a tensão das relações pais-criança e diminuir a qualidade da interação.

Crianças com PEA apresentam níveis relativamente elevados de coocorrência de PECs (Brereton et al., 2006). A coocorrência de PEA e PECs causa impacto na vida das crianças e na sua família (Hurtig et al., 2009). Estes comportamentos podem-se constituir como uma importante fonte de *stress* para os pais, muitas vezes até mais do que o conjunto dos sintomas PEA, especialmente no caso de problemas de externalização (Lecavalier, Leone, & Wiltz, 2006). Níveis mais altos de *stress* parental, possivelmente, reduzem a capacidade dos pais para se adaptarem e responderem de forma adequada ao comportamento de seus filhos (Osborne & Reed, 2010).

O comportamento materno pode funcionar como um fator de risco e/ou de proteção para o desenvolvimento de problemas de comportamento em crianças (Patterson et al., 1992). Os modelos teóricos sugerem uma relação de reciprocidade, na qual os comportamentos da criança moldam ativamente os comportamentos parentais, e *vice versa* (Burke et al., 2008). Segundo Kawabata et al., (2011) os comportamentos parentais específicos tais como: estratégias de disciplina inconsistentes ou duras, indução de culpa ou retirada de amor, envolvimento positivo limitado ou excessivo controlo parental são fatores de risco para o desenvolvimento e manutenção de problemas de externalização em crianças. O comportamento positivo dos pais (e.g. afeto positivo, sensibilidade ou aceitação) podem proteger as crianças de *outcomes* de desenvolvimento negativos (*Idem*).

Em síntese, esta revisão da literatura permitiu evidenciar que os pais das crianças com PEA são confrontados com desafios acrescidos para educar os seus filhos, devido às características clínicas

e comportamentais destas (Maljaars, Boonen, Lambreehts, Van Leeuwen, & Noens, 2013). Para além disso, as crianças com PEA apresentam taxas relativamente elevadas de coocorrência de PECs (Brereton et al., 2006), o que pode desafiar ainda mais a capacidade dos pais para responder com sensibilidade às suas necessidades e sinais.

O comportamento materno pode funcionar como um fator de risco e/ou de proteção para o desenvolvimento de problemas de comportamento em crianças (Patterson et al., 1992), e neste sentido o objetivo do nosso estudo é verificar a existência de uma associação entre comportamento interativo materno e PECs em crianças com PEA.

PARTE II. Estudo Empírico

1. Objetivo geral

Tendo por base a análise da literatura, descrita anteriormente, o nosso estudo pretendeu examinar as relações entre o comportamento interativo materno e os PECs em criança com PEA. Nesse sentido, (1) caracterizámos as crianças em termos sociodemográficos e relativamente aos problemas de externalização e internalização; (2) avaliámos o comportamento interativo das mães das crianças; (3) examinámos a associação entre o comportamento interativo materno e os PECs em crianças com PEA.

Como evidenciado na revisão da literatura, poucos estudos exploraram estas relações em crianças com PEA e nenhum foi realizado em Portugal.

2. Método

2.1. Participantes

Neste estudo participaram 39 díades, crianças com diagnóstico de Autismo que frequentam a Consulta de Autismo do Hospital Pediátrico de Coimbra, e as respetivas mães. Os critérios de inclusão são a existência de diagnóstico de autismo (*ADOS* e *ADI-R* positivos).

As crianças tinham entre 40 e 77 meses ($M=57,6$; $DP=10,99$) e eram maioritariamente de etnia caucasiana (92,3%; $n=36$). Destas 39 crianças, 6 (15,4%) são do sexo feminino e as restantes 33 (84,6%) são do sexo masculino. Foram diagnosticadas com PEA em idades que variaram entre os 24 e os 74 meses ($M=45,59$; $DP=13,44$). Entre a data do diagnóstico e a avaliação, decorreram entre 0 e 41 meses ($M=12,15$; $DP=10,1$)

As mães tinham idades compreendidas entre os 24 e os 47 anos de idade ($M=37,18$; $DP=4,89$). Em 79,5% dos casos ($n=31$) as mães têm formação académica superior ao 9º ano de escolaridade. Cerca de 33,3% ($n=13$) encontra-se desempregada, 61,5 % ($n=24$) trabalham por conta própria ou por conta de outrem, uma encontra-se de baixa médica e outra de licença sem vencimento.

As díades pertencem maioritariamente a famílias de estrutura tradicional (84,2%; $n= 33$).

2.2. Instrumentos de medida

Inicialmente foi utilizado um questionário sociodemográfico para avaliar o risco familiar e pré-natal, o qual foi preenchido com o auxílio da mãe e com recurso autorizado à consulta do boletim individual de saúde da criança, obtiveram-se informações relativas à: identificação da criança; filiação; elementos socioeconómicos, história de saúde e desenvolvimento (criança e progenitores); caracterização do jardim-de-infância e adaptação da criança ao mesmo.

2.2.1. *Avaliação da criança:*

As crianças foram avaliadas com os seguintes instrumentos:

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R; Lord et al. 1994; Rutter et al. 2003; $\alpha=0.967$) é uma entrevista de diagnóstico semiestruturada para o uso com pais de crianças com PEA. Permite obter informações relacionadas com a linguagem e comunicação, interação social e comportamentos repetitivos e interesses restritos e deve ser administrada por um entrevistador clínico experiente. A ADI-R é adequada para qualquer indivíduo com um nível de desenvolvimento de pelo menos 24 meses.

Autism Diagnostic Observation Schedule, (ADOS; Lord et al. 2000; Lord et al. 2001) é uma medida de observação semiestruturada padronizada da comunicação, da interação social, e do jogo da criança cujo objetivo é induzir uma variedade de comportamentos espontâneos num contexto padronizado. Tem quatro módulos separados, com tempo aproximado de administração de 30 minutos a 1 hora, para permitir a observação do comportamento e quantificação através de uma ampla gama de níveis de desenvolvimento. O módulo apropriado é escolhido com base no nível de linguagem expressiva do indivíduo a fim de fazer julgamentos sobre as competências sociais e de comunicação independentes dos efeitos de atraso de linguagem.

Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (Griffiths, 1984) avalia o desenvolvimento mental da criança (versões 0-2 anos e 2-8 anos), possui seis subescalas (locomoção, pessoal-social, audição e linguagem, coordenação óculo-manual, realização, raciocínio prático), os somatórios dos itens bem-sucedidos em cada uma delas são convertidos num quociente de

desenvolvimento padronizado (QDG), ponderado de acordo com a amostra normativa correspondente à respetiva faixa etária da criança.

Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5; Achenbach & Rescorla, 2000; tradução portuguesa de Gonçalves, Dias, & Machado, 2007) é um questionário de Comportamentos da Criança composto por 100 itens (99 itens de resposta tipo *Likert* e um de resposta aberta) que descrevem comportamentos problemáticos da criança, cada um deles é pontuado pelos pais segundo uma escala de 3 pontos (0 = não verdadeira, 1 = algumas vezes verdadeira, 2 = muito verdadeira). O somatório global dos itens permite obter uma pontuação total, que fornece um indicador geral de sintomatologia psicopatológica. Obtêm-se duas subescalas: uma corresponde à internalização (síndromas orientados para o *self*, ex. depressão) e a outra à subescala de externalização (síndromas orientados para a relação do *self* com os outros, ex. agressão).

Children's Behavior Questionnaire (CBQ; Rothbart, 2000; versão portuguesa de Franklin, Soares, Sampaio, Santos, & Veríssimo, 2003) é uma medida que se baseia na descrição/perceção da mãe acerca do temperamento da criança, pode ser usado para crianças entre os 3 e os 7 anos de idade. Neste trabalho, utilizou-se a versão portuguesa do instrumento (*Idem*), trata-se de uma versão “*Short*”, composta por 94 itens, que avaliam igualmente as 15 escalas da medida original. Cada um dos itens é classificado numa escala de *Likert* de 7 pontos (e.g., 1 – Muito Falsa; 7 – Muito Verdadeira). As escalas apresentam-se organizadas em três dimensões: *Afetividade Negativa*, *Extroversão e Controlo por Esforço*.

2.2.2. Avaliação da mãe:

Brief Symptom Inventory (BSI - Derogatis, 1993; Versão Portuguesa Canavarro, 1995). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentada. É constituído por 53 itens, com escala de resposta tipo *Likert* (variando entre 0 - nunca e 4 - muitíssimas vezes) (Canavarro, 1995).

Comportamentos interativos maternos. O nível de sensibilidade e de cooperação foram avaliados com base numa **Tarefa de Interação mãe- criança**, procedimento produzido pela equipa de investigação da Professora Doutora Isabel Soares (Universidade do Minho). O procedimento de interação é composto por 3 episódios de 5 minutos cada: (1) o adulto brinca com a criança com um brinquedo exigente; (2) o adulto preenche um questionário distrator enquanto toma conta da criança (que tem um brinquedo desinteressante) e impede-a de brincar com brinquedos interessantes; (3) ambos brincam com brinquedos e, finalmente, o adulto pede à criança para arrumar. A tarefa é filmada e posteriormente cotada de acordo com as escalas de Ainsworth.

As *Maternal Sensitivity Scales* (Ainsworth et al., 1978) foram construídas com base na perspectiva da vinculação e são compostas por 4 escalas. Neste estudo, foram utilizadas as duas primeiras (i.e., sensibilidade versus insensibilidade e cooperação versus interferência). A sensibilidade vs. insensibilidade visa avaliar a competência do adulto para perceber e interpretar corretamente os sinais da criança e, perante isso, responder a esses sinais e comportamentos prontamente e de forma adequada. É uma escala de 9 pontos (9-altamente sensível, 5-sensível inconsistente e 1-altamente insensível). A cooperação vs interferência indica em que medida as intervenções do adulto (não) quebram, interrompem ou limitam a *atividade* em que a criança está envolvida. É, igualmente, uma escala de 9 pontos (9-altamente cooperante, 5-adulto moderadamente cooperante e 1-adulto altamente interferente). Os juízes foram treinados por uma investigadora e cotaram os vídeos de forma separada e individualmente. Relativamente ao acordo inter-observadores, a escala Sensibilidade, obteve-se um acordo de .95, com base em 78% de vídeos cotados; a escala de Cooperação obteve .96. com base em 44% dos casos.

2.3. Procedimentos

O Diagnóstico de PEA (*ADIR, ADOS*) foi realizado pela equipa multidisciplinar da consulta de Autismo do Hospital Pediátrico de Coimbra. Seguidamente, foram recolhidos os consentimentos informados dos pais das crianças por escrito e depois preenchida o Questionário Sociodemográfico. Posteriormente realizou-se a avaliação do QDG (*Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths*), dos problemas de externalização e internalização (*CBCL*), e a tarefa de interação mãe-criança (procedimento filmado e cotado posteriormente segundo as escalas de Ainsworth, 1978).

Foram realizadas análises descritivas das variáveis e análises de correlação (*pearson*) entre a variável independente (comportamento interativo) e a variável dependente (PECs) com o intuito de verificar se existe relação entre elas, utilizando o programa de análise estatística IBM SPSS 22.0.

3. Resultados

3.1. Resultados descritivos relativos às crianças e às mães.

Para que o seu somatório da ADI-R seja comparável para todas as crianças (verbais e não-verbais), ao total das escalas foi retirado o item Rituais Verbais, resultando daqui o valor relativo a *ADI-R diagnóstico Total* (Hus & Lord, 2013). No sentido de medir a severidade do diagnóstico e uma vez que verificamos existir uma relação negativa significativa ($r = -.966, p < .001$) entre o QDG e a *ADI_R diagnóstico total*, realizamos um compósito desta medida, o qual resultou da soma da

ADI-R diagnóstico total com o QDG invertido. A severidade do diagnóstico dos participantes variou entre -92,53 e 13,33 e situou-se, em média, nos -34,83 ($DP=27,94$).

A média das pontuações obtidas na dimensão extroversão foi de 4,64 ($DP=0,90$); na dimensão controlo por esforço foi de 4,39 ($DP=0,44$); e na dimensão afetividade negativa foi de 3,93 ($DP=0,66$).

O QDG das crianças situou-se, em média, nos 69,22 ($DP=22,06$). Os QDG encontrados variam entre 24,67 e 108,53, tendo-se verificado que mais de metade dos sujeitos ($n=21$) revelou valores inferiores a 70.

Relativamente aos PECs, a média das pontuações obtidas na CBCL, na escala de internalização foi de 18,84 ($DP=8,31$), sendo que o valor mínimo apresentado foi 5 e o máximo 37. A média das pontuações registradas na escala de externalização foi de 19,38 ($DP=8,14$), tendo variado entre 4 e 38. A média das pontuações obtidas no indicador geral de sintomatologia psicopatológica foi de 58,12 ($DP=22,94$), variou entre 18 e 104.

Relativamente aos resultados das mães, a pontuação média da *sensibilidade materna* foi de 4,62 ($DP=2,1$). Das 39 mães, 20 (51,3%) obtiveram cotação <5 sendo consideradas insensíveis. Esta escala foi usada em toda a sua plenitude (desde o 1 ao 9).

Relativamente à cooperação materna, a pontuação média verificada na cooperação foi de 3,62 ($DP=1,73$). Sendo que variou entre 1 e 8. Das 39 mães, 25 (64,1%) obtiveram cotação <5 sendo consideradas interferentes. Nenhuma mãe obteve o valor 9 (visivelmente cooperante).

Associando a sensibilidade e a cooperação foi criado um compósito designado comportamento interativo materno, cuja pontuação média foi 4,12 ($DP=1,83$), variou entre 1 e 8.

A pontuação média verificada no Inventário de Sintomas Psicopatológicos foi de 0,78 ($DP=0,61$).

Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre o *nível de desenvolvimento mental da criança e o comportamento interativo materno* em termos de responsividade sensível, com base no coeficiente de correlação de Pearson ($r=.471$; $p=0,002$), como se observa na Tabela 1.

Tabela 1 - Associação entre desenvolvimento mental global da criança e comportamento interativo materno

	Responsividade Sensível
QDG	.471**

** $p < .01$

A relação encontrada entre *a severidade do diagnóstico da criança e o comportamento interativo materno* foi negativa e estatisticamente significativa, com base no coeficiente de correlação de Pearson ($r=.383$; $p=0,016$), como se observa na Tabela 2.

Tabela 2 - Associação entre severidade do diagnóstico e comportamento interativo materno

	Responsividade Sensível
Severidade (compósito)	- .383*

* $p < .05$

Como se pode ver na Tabela, 3, *a associação entre o comportamento interativo materno e o temperamento da criança* não se revelou significativa.

Tabela 3 - Associação entre temperamento da criança e comportamento interativo materno

	Responsividade Sensível
Extroversão	.235
Controlo por esforço	.011
Afetividade negativa	.130

A relação entre *o comportamento interativo materno e os problemas de comportamento e emocionais da criança* não se revelou significativa, como se pode constatar na Tabela 4.

Tabela 4 - Associação entre comportamento interativo materno e PECs da criança

	Responsividade Sensível
Internalização	.074
Externalização	.062
Total de Problemas	.119

4. Conclusão e Discussão

O principal objetivo deste estudo foi examinar as relações entre o comportamento interativo materno e os PECs em crianças com PEA e, além disso, compreender o papel de outras variáveis das crianças e das suas mães.

Os valores encontrados para as dimensões do temperamento foram semelhantes aos encontrados no estudo de Clifford, Hudry, Elsabbagh, Charman, e Johnson, (2013) relativos à sua amostra de crianças com PEA.

Relativamente ao desenvolvimento mental, a percentagem de crianças (53,9%) com défice intelectual (QDG <70, ICD-10) foi um pouco mais baixa do que o esperado relativamente ao descrito no DSM-5. No nosso estudo a proporção de meninos e meninas foi de 5,5:1 enquanto nos estudos de referência do DSM-5 a proporção é de 4:1. Uma vez que as meninas têm mais probabilidade de ter défices intelectuais mais graves é possível que esta diferença de proporção possa ter diminuído a percentagem de crianças com défice intelectual. Relativamente a outros estudos (Ivar, 1987) que utilizam o mesmo rácio rapazes-raparigas a percentagem de crianças com défice intelectual é semelhante.

Ao analisarmos os níveis de PECs estes valores são semelhantes aos encontrados em outros estudos com crianças com PEA em idade pré-escolar (Pandolfi, Magyar, & Dill, 2009).

As análises do comportamento interativo materno permitiram concluir que a escala de sensibilidade foi usada em toda a sua plenitude (desde o 1 ao 9), mas o valor médio de sensibilidade encontrado foi um pouco abaixo do esperado; e na escala da cooperação nenhuma mãe obteve o valor 9 (visivelmente cooperante) e o valor médio encontrado encontra-se abaixo das expectativas. Estes resultados podem dever-se à atipicidade comportamental das crianças que solicita dos pais mais estímulos e encorajamentos mais explícitos e uma ênfase mais forte no *input* não-verbal do que as crianças sem PEA. Estes pais podem, por vezes, parecer fisicamente mais intrusivos (Doussard-Roosevelt, Joe, Bazhenova, & Porges, 2003). Tal parentalidade pode ser ideal a partir da perspetiva de uma criança com défice de processamento de informação social, mas pode, ao mesmo tempo, ser classificada como insensível de acordo com critérios convencionais para a padronização e tempo de respostas dos pais aos sinais das crianças (*Idem*).

Relativamente aos resultados encontrados para a psicopatologia materna estes revelam que em termos médios estas mães se encontram próximas da população geral normativa Portuguesa (quando comparados com os valores médios reportados por Canavarro, 1999).

Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre *o nível de desenvolvimento mental da criança e o comportamento interativo materno em termos de responsividade sensível*. Neste estudo as crianças com melhor desenvolvimento mental global tem mães mais sensíveis e cooperantes mas este resultado deve ser observado com muito cuidado uma vez que esta relação não deve ser vista

como uma relação de causa-efeito. Crianças com déficit intelectual podem desafiar a capacidade dos pais para responder com sensibilidade às suas necessidades e sinais. Segundo Niccols et al., (2011) o atraso no desenvolvimento pode apresentar desafios à interação entre pais e filhos que podem ter um impacto negativo na sensibilidade materna e nos problemas de comportamento infantil.

A relação encontrada entre a severidade do diagnóstico da criança e o comportamento interativo materno foi negativa e estatisticamente significativa. As crianças com diagnósticos mais severos tem mães menos sensíveis e menos cooperantes, novamente, este resultado deve ser observado com muito cuidado uma vez que esta relação manifesta apenas uma associação e não uma relação de causa-efeito. Cuidar de uma criança com desenvolvimento atípico pode criar sentimentos negativos relativamente à criança, alterar as expectativas dos pais e levar a um sentido de reduzida competência parental (van Hooste, & Maes, 2003), o que pode alterar a capacidade da mãe para perceber e responder, atempadamente, aos sinais da criança.

A associação entre o temperamento da criança e o comportamento interativo materno não se revelou significativa. Este resultado foi algo inesperado mas atribuímos este resultado à existência de variáveis que não foram exploradas neste estudo tais como a cooperação, o envolvimento e a responsividade da criança. Neste sentido para fazer uma melhor caracterização deste quadro, futuramente dever-se-iam ter estas variáveis em consideração. Segundo Kasari e Sigman (1997) as crianças com temperamento mais "difícil" eram menos envolvidas e sensíveis ao interagir com um dos pais ou um experimentador, sugerindo uma associação entre a variação de competências sociais e o temperamento.

A associação entre PECs da criança e comportamento interativo materno em termos de responsividade sensível não se revelou significativa. Este resultado pode dever-se à existência de outras variáveis que moderam ou medeiam a relação entre o comportamento da mãe e os PECs das crianças que não foram medidas no presente estudo e não puderam assim ser controladas. Para além das variáveis estudadas neste estudo, as variáveis que podem influenciar o comportamento dos pais são, por exemplo o *stress* parental, *insightfulness* e aceitação do diagnóstico (Oppenheim, & Koren-Karie, 2013) ou fatores contextuais (Midouhas et al, 2013). As pesquisas futuras devem ter estas variáveis em consideração e estudar a sua influência.

5. Limitações e orientações para futuras pesquisas

A primeira limitação deste estudo prende-se, desde logo, com o tamanho reduzido da amostra.

Outra limitação deste estudo é o seu desenho transversal. Possíveis efeitos de *coorte* podem ofuscar a relação entre o comportamento interativo materno e os PECs das crianças com autismo. Na psicopatologia do desenvolvimento parte-se do pressuposto de que existem vários caminhos possíveis

para o desenvolvimento de PECs e que são múltiplos os fatores de risco que podem influenciar estas vias. Neste sentido, para obtermos uma compreensão mais profunda deste tema e dos fatores que aumentam ou diminuem o risco destas crianças desenvolverem PECs, deveriam ser realizados estudos longitudinais.

Também relativamente à avaliação da Sensibilidade e Cooperação reconhecemos algumas limitações neste estudo, uma vez que o comportamento interativo materno foi cotado a partir de vídeos realizados propositadamente para o efeito, podemos especular se estes comportamentos são uma amostragem adequada das interações mãe-criança, ou se foram influenciados por fatores específicos da mãe ou da criança, como por exemplo a fadiga. Neste sentido seria útil em investigações futuras que se realizassem outras observações de modo a obter uma avaliação mais independente quer dos comportamentos maternos, quer dos problemas de comportamento das crianças.

6. Implicações Clínicas

Os problemas de comportamento em crianças podem ser diminuídos com sucesso através de intervenções parentais: a redução da parentalidade negativa e a melhoria da parentalidade positiva pode resultar em melhoria do comportamento infantil (Lucyshyti et al., 2007).

Os Programas de Prevenção e Intervenção para crianças com autismo e problemas de comportamento coocorrentes devem visar não apenas o comportamento e as competências de comunicação da criança, mas também as competências parentais.

Embora a formação dos pais seja cada vez mais considerada como uma componente essencial dos programas de intervenção de sucesso para crianças com PEA (Ingersoll, & Wainer, 2011), há uma falta de disponibilidade dos serviços oficiais de saúde relativamente ao treino parental (Thomas et al., 2007). Treinar os pais pode não só ajudá-los a gerir o comportamento dos seus filhos com mais sucesso, mas também pode melhorar a autoeficácia e reduzir o *stress* parental (Burrell, & Borrego, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5, Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21, 37–46.

- Beurkens, N., Hobson, J., & Hobson R. (2013). Autism Severity and Qualities of Parent–Child Relations. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 43, 1, 168-178.
- Bradley, R., & Corwyn, R. (2008). Infant temperament, parenting, and externalizing behavior in first grade: A test of the differential susceptibility hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 124–131.
- Brereton, V., Tonge, B., & Einfeld, S. (2006). Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Burke, J., Pardini, D., & Loeber, R. (2008). Reciprocal Relationships between Parenting Behavior and Disruptive Psychopathology from Childhood through Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 5, 679-692.
- Burrell, T., & Borrego, J. (2012). Parents' Involvement in ASD Treatment: What Is Their Role? *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 3, 423–432.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos - *B.S.I. Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.
- Cantwell, P., Baker, L., Rutter, M., & Mawhood, L. (1989). Infantile autism and developmental receptive dysphasia: A comparative follow-up into middle childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 19–31.
- Clifford, S., Hudry, K., Elsabbagh, M., Charman, T., & Johnson, M. (2013). Temperament in the First 2 Years of Life in Infants at High-Risk for Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*, 43, 673–686.
- Dawson, G., Meltzoff, A., Osterling, J., & Rinaldi, J. (1998). Neuropsychological correlates of early symptoms of autism. *Child Development*, 69, 1276–1285.
- Dissanayake, C., & Crossley, S. (1996). Proximity and social behaviors in autism: Evidence for attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 149–156.
- Doussard-Roosevelt, J., Joe, C., Bazhenova, O., & Porges, S. (2003). Mother-child interaction in autistic and non-autistic children: characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Dev Psychopathol*, 15, 2, 277-95.
- Field, T., Woodson, R., Greenberg, R., & Cohen, D. (1982). Discrimination and imitation of facial expressions by neonates. *Science*, 218, 179–181.
- Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism: A review. *Psychological Medicine*, 29, 769–786.
- Gilissen, R., Koolstra C., van Ijzendoorn M., Bakermans-Kranenburg M., & van der Veer, R. (2007) Physiological reactions of preschoolers to fear-inducing film clips: effects of temperamental fearfulness and quality of the parent-child relationship. *Dev Psychobiol*. 49, 2, 187-95.

- Goldberg, S. (1977). Social competence in infancy: A model of parent–infant interaction. *Merrill Palmer Quarterly*, 23, 163–175.
- Happe, F. (1995). The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child Development*, 66, 843–855.
- Hoffman, Ch., Sweeney, D., Hodge, D., Lopez-Wagner, M., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24, 3, 178-187.
- Ingersoll, B., & Wainer, A. (2011). Pilot study of a school-based parent training program for preschoolers with ASD. *Autism*. Doi: 10.1177/1362361311427155.
- Ivar, L. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 1, 3-9.
- Jones, E., Gliga, T., Bedford, R., Charman, T., & Johnson, M. (2014). Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 39, 1-33.
- Kasari, C., Sigman, M. (1997). Linking Parental Perceptions to Interactions in Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 27, 1, 39-57.
- Kawabata, Y., Lenneke, R., Tsenga, W., van IJzendoornb, M., & Cricka, N. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review* 31, 4, 240–278.
- Kok, R., Lucassen, N., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M., Ghassabian, A., Roza, S., Govaert, P., Jaddoe, V., Hofman, A., Verhulst, F., & Tiemeier, H. (2014) Parenting, corpus callosum, and executive function in preschool children. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 20, 5, 583-606.
- Lainhart, J. (1999). Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *International Review of Psychiatry*, 11, 278–298.
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behavior problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 3, 172–183.
- Leekam, S., López, B., & Moore, C. (2000). Attention and joint attention in preschool children with autism. *Developmental Psychology*, 36, 261–273.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior (ADOS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 185 – 212.

- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview- Revised (ADI-R): A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.
- Lucyshyn, J., Albin, R., Horner, R., Mann, J., Mann, J., & Wadsworth, G. (2007). Family implementation of positive behavior support for a child with autism: longitudinal, single-case experimental and descriptive replication and extension. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9, 131-150.
- Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014) Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 44, 3, 501-12.
- Mash, E., & Barkley, R. (2003). *Child Psychopathology*. London: New York.
- McDonough, L., Stahmer, A., Schreibman, L., & Thompson, S. (1997). Deficits, delays, and distractions: An evaluation of symbolic play and memory in children with autism. *Development and Psychopathology*, 9, 17–41.
- Midouhas et al. (2013). Psychopathology trajectories of children with autism spectrum disorder: the role of family poverty and parenting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52, 10.
- Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1993). The theory of mind and joint-attention deficits in autism. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism*, 181–203. Oxford: Oxford University Press.
- Mundy, P., Sigman, M., Ungerer, J., & Sherman, T. (1986). Defining the social deficits of autism: The contribution of nonverbal communication measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 657–669.
- Niccols, A., Milligan, K., Chisholm, V., & Atkinson, L. (2011). Maternal sensitivity and overt aggression in young children with Down syndrome. *Brain and Cognition*. 77, 2, 153–158.
- Oliveira, G. (2009). Autismo, Cuidados Primários de Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 25, 688-95.
- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2013). The insightfulness assessment: measuring the internal processes underlying maternal sensitivity. *Attachment & Human Development*, 15, 5–6, 545–561.
- Ornitz, M. (1989). Autism at the interface between sensory and information processing. In G. Dawson (Ed.), *Autism: Nature, diagnosis, and treatment*, 174–207. New York: Guilford Press.
- Ozonoff, S., & Jensen, J. (1999). Brief report: Specific executive function profiles in three neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 171–177.
- Pandolfi, V., Magyar, C., & Dill, C. (2009). Confirmatory Factor Analysis of the Child Behavior Checklist 1.5–5 in a Sample of Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 39, 986–995.

- Propper, C., Moore, G. A., Mills-Koonce, W. R., Halpern, C. T., Hill-Soderlund, A. L., Calkins, S. D., Carbone, M. A., & Cox, M. (2008). Gene-environment contributions to the development of infant vagal reactivity: The interaction of dopamine and maternal sensitivity. *Child Development, 79*, 1377–1394.
- Sameroff, A., Combs-Ronto, L., Olson, S., & Lunkenheimer, E. (2009). Interactions between Maternal Parenting and Children's Early Disruptive Behavior: Bidirectional Associations across the Transition from Preschool to School Entry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 8, 1151-1163.
- Sigman, M., & Mundy, P. (1989). Social attachments in autistic children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 74–81.
- Siller, M., Sigman, M., (2002). The Behaviors of Parents of Children with Autism Predict the Subsequent Development of Their Children's Communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*, 2.
- Shattuck, P., Seltzer, M., Greenberg, J., Orsmond, G., Bolt, D., Kring, S., Lounds, J., & Lord, C. (2007) Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescents and adults with an autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord. 37*, 9, 1735-47.
- Sugarman, S. (1984). The development of preverbal communication. In R. Schiefelbusch & J. Pickar (Eds.), *The acquisition of communicative competence*, 23–67. Baltimore: University Park Press.
- van Hooste, A., & Maes, B. (2003). Family Factors in the Early Development of Children with Down syndrome. *Journal of Early Intervention, 25*, 296-309.
- Volkmar, R., Cohen, J., & Paul, R. (1986). An evaluation of DSM-III criteria for infantile autism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25*, 190–197.