

**Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia**

Letícia Calmon Drummond Amorim

O Conceito de Morte e a Síndrome de Asperger

**São Paulo
2008**

Letícia Calmon Drummond Amorim

O Conceito de Morte e a Síndrome de Asperger

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador:

Prof. Dr. Francisco Batista Assumpção Jr.

São Paulo

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Amorim, Letícia Calmon Drummond.

O conceito de morte e a Síndrome de Asperger / Letícia Calmon Drummond Amorim; orientador Francisco Batista Assumpção Junior. -- São Paulo, 2008.

116 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Síndrome de Asperger 2. Autismo 3. Distúrbios globais do desenvolvimento 4. Morte 5. Formação de conceito I. Título.

RC553.A88

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Instituto de Psicologia

Candidato(a): Letícia Calmon Drummond Amorim

Dissertação: O Conceito de Morte e a Síndrome de Asperger

Orientador(a): Prof. Dr. Francisco Batista Assumpção Jr.

A Comissão Julgadora dos Trabalhos de Defesa da Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada a/...../....., considerou o(a)

() Aprovado(a)

() Reprovado(a)

Examinadores:

< NOME DO MEMBRO 1 DA BANCA >

< NOME DO MEMBRO 2 DA BANCA >

< NOME DO MEMBRO 3 DA BANCA >

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, nem Tristeza nem saudade matam...

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Dr. Francisco Assumpção, que tanto admiro e tenho como exemplo, pelo conhecimento transmitido na confecção deste trabalho.

À Dra Evelyn Kuczynski pelo apoio e incentivo à idéia do projeto e observações no exame de qualificação.

À Dra Maria Júlia Kóvacs pela colaboração no exame de qualificação e pelo conhecimento transmitido na sua disciplina.

Aos meus amigos, por estarem perto, mesmo quando distantes.

À minha família, por estar ao meu lado nos momentos mais felizes e também nos mais difíceis da minha vida, amo vocês...

Ao Ozzy, meu carinho, meu afeto, meu companheiro de todas as horas.

Aos indivíduos que se dispuseram a participar deste trabalho.

“ ‘E agora?’ Gregor perguntou a si mesmo e olhou a escuridão a sua volta. Logo descobriu que não podia mais se mexer nem um pouco. Não se admirou com o fato, antes pareceu-lhe pouco natural que até então tivesse conseguido se mover com tanta facilidade [...]. Quanto ao resto ele até que se sentia relativamente confortável. Ainda tinha dores pelo corpo todo, mas parecia-lhe que elas pouco a pouco iam se tornando mais fracas e ao fim desapareceriam por completo [...]. De sua família, ele se recordava com amor e comoção. Sua própria opinião de que deveria desaparecer era, talvez, ainda mais decidida. Permaneceu neste estado de reflexões vazias e pacíficas até que o relógio da torre bateu três horas da madrugada. Ainda presenciou o início do alvorecer geral do dia lá fora, além da janela. Em seguida, sem que ele quisesse, sua cabeça inclinou-se totalmente para baixo e das suas ventas brotou, fraco, o último suspiro.” (Franz Kafka)

RESUMO

AMORIM, L.C.D. *O Conceito de Morte e a Síndrome de Asperger*. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

A Síndrome de Asperger, um Transtorno Global do Desenvolvimento, pertencente ao espectro autístico caracteriza-se por dificuldades na comunicação, abstração e socialização. O conceito de morte é adquirido paralelamente ao desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança, sendo descritos três estágios em seu desenvolvimento paralelos aos estágios piagetianos. Ele é composto pelas dimensões universalidade, irreversibilidade e não funcionalidade. O objetivo deste trabalho foi de verificar se o conceito de morte em portadores da síndrome de Asperger é similar ao observado em pessoas sem psicopatologia ou se relaciona com o observado em portadores de deficiência mental leve. Para isso foram avaliados indivíduos com Síndrome de Asperger, indivíduos com deficiência mental leve e indivíduos sadios, sem doenças mentais e/ou neurológicas, utilizando-se o Instrumento de Sondagem do Conceito de Morte elaborado por Wilma Torres. Os resultados apontaram prejuízo na aquisição do conceito de morte de acordo com a seguinte hierarquia, nas dimensões universalidade e não funcionalidade: Sadios > Síndrome de Asperger > deficiência mental leve. Na dimensão irreversibilidade a hierarquia encontrada foi Sadios > Síndrome de Asperger = deficiência mental leve. Esses resultados apontam déficits na aquisição do conceito de morte por indivíduos com Síndrome de Asperger, possivelmente relacionados a déficits na teoria da mente, função executiva e fraca coerência central.

Palavras-chave: Síndrome de Asperger. Autismo. Conceito de Morte. Transtorno Global do Desenvolvimento. Morte.

ABSTRACT

AMORIM, L.C.D. *The Concept of Death and Asperger's Disorder*. 2008. 116 p. Dissertation (Master's Degree) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Asperger's Disorder, a Pervasive Development Disorder, is part of the autism spectrum and is characterized by difficulties in communication, abstraction, and social interaction. The concept of death is acquired in parallel with cognitive and affective development of children, and three stages in its development are described in parallel with piagetian stages. It is made up of the dimensions of universality, irreversibility, and non-functionality. The objective of this work is to verify if the concept of death in people with Asperger's disorder is similar to the one observed in people without psychopathological symptoms, or if it relates to the one observed in people with mild mental retardation. With that purpose, individuals with Asperger's disorder, individuals with mild mental retardation and healthy individuals, without mental and/or neurologic diseases were evaluated by means of the Instrument of Investigation of the Concept of Death developed by Wilma Torres. The results indicated damage in the acquisition of the concept of death according to the following hierarchy, in the universality and non-functionality dimensions: Healthy > Asperger's disorder > mild mental retardation. In the irreversibility dimension, the hierarchy found was healthy > Asperger's disorder = mild mental retardation. These results indicate deficit in the acquisition of the concept of death by individuals with Asperger's disorder, possibly related to deficits in the theory of mind, executive function, and weak central coherence.

Key words: Asperger's Disorder. Autism. Concept of death. Pervasive Development Disorder. Death.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Médias e desvios-padrão das idades das pessoas de cada grupo	45
Tabela 2: Caracterização da classe social das famílias dos 3 grupos estudados.	46
Tabela 3: Comparação entre as médias e desvios-padrão dos escores da Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (Vineland) e da Escala de traços Autísticos (ATA) entre grupo SA e grupo DMLEVE	47
Tabela 4: Comparação entre as médias e desvios-padrão dos escores da dimensão extensão (universalidade) nos 3 grupos estudados	48
Tabela 4.1: Comparações múltiplas de Bonferroni entre os 3 grupos.....	48
Tabela 5: Comparação entre as médias e desvios-padrão dos escores da dimensão significado (não funcionalidade) nos 3 grupos estudados	48
Tabela 5.1: Comparação entre as médias e desvios-padrão dos escores da dimensão significado (não funcionalidade) nos 3 grupos estudados	49
Tabela 6: Comparação entre as médias e desvios-padrão dos escores da dimensão duração (irreversibilidade) entre os 3 grupos estudados	49
Tabela 6.1: Comparações múltiplas de Bonferroni entre os 3 grupos estudados .	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
<i>1.1 AUTISMO E SÍNDROME DE ASPERGER</i>	<i>11</i>
<i>1.2 A VISÃO DA MORTE NA SOCIEDADE</i>	<i>16</i>
<i>1.3 O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE MORTE</i>	<i>19</i>
<i>1.4 O CONCEITO DE MORTE, O CONCEITO DE VIDA E EXISTÊNCIA</i>	<i>33</i>
<i>1.5 AUTISMO E MORTE</i>	<i>34</i>
2 OBJETIVOS	38
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	39
<i>3.1 CASUÍSTICA</i>	<i>39</i>
<i>3.2 INSTRUMENTOS</i>	<i>40</i>
<i>3.2.1 INSTRUMENTO DE SONDAÇÃO DE CONCEITO DE MORTE</i>	<i>40</i>
<i>3.2.2 AVALIAÇÃO DE CLASSE SOCIAL- PELOTAS</i>	<i>41</i>
<i>3.2.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (ATA)</i>	<i>42</i>
<i>3.2.4 ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND (VINELAND)</i>	<i>42</i>
<i>3.2.5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</i>	<i>43</i>
<i>3.3 PROCEDIMENTOS</i>	<i>43</i>
<i>3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA</i>	<i>43</i>
4 RESULTADOS	45
<i>4.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA</i>	<i>45</i>
<i>4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS ENTRE OS GRUPOS EM RELAÇÃO ÀS TRÊS DIMENSÕES DO CONCEITO DE MORTE</i>	<i>47</i>
5 DISCUSSÃO	50
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 AUTISMO E SÍNDROME DE ASPERGER

Os transtornos abrangentes do desenvolvimento constituem um grupo nosológico no qual as habilidades sociais, o desenvolvimento da comunicação e da linguagem e o repertório comportamental esperados não se desenvolvem adequadamente. O mais conhecido deles é o autismo e nesta categoria também se encontram a Síndrome de Asperger, o transtorno desintegrativo do desenvolvimento e a Síndrome de Rett.

A prevalência do autismo tem aumentado ao longo dos anos, devido à detecção precoce e à ampliação dos critérios diagnósticos. Nas décadas de 1960 e 70, a prevalência era de 5:10.000, na de 80, de 10:10.000; desde a década de 90, a prevalência do autismo varia de estudo para estudo. Os fatores associados à variação nessas estimativas são o tamanho e a composição da população estudada, a triagem inicial e os critérios pelos quais os casos são confirmados (NEWSCHAFFER et. al., 2007).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais Texto Revisado (DSM-IV-TR) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), as taxas variam de 2 a 20 casos por 10.000 em população de crianças, porém, estudos recentes apontam 60:10.000; sendo a proporção de portadores de síndrome de Asperger de 3:10.000 (FOMBONNE, 2003, 2005), embora estudo recente em uma população de 55.000 crianças inglesas de oito e nove anos de idade encontrou a prevalência de 110:10.000 (BAIRD et. al., 2006).

O termo *autismo*, originário da palavra grega *autos*, que significa próprio, foi cunhado por Eugene Bleuler em 1911, para descrever um sintoma da esquizofrenia, definido como “estritamento com o mundo exterior” (FRITH, 1989).

A primeira descrição do autismo foi feita por Kanner em 1943, como um quadro caracterizado por isolamento extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia em indivíduos que não apresentavam estigmas de deficiência mental. Inicialmente recebeu a denominação de “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo” (KANNER, 1948), sendo relacionado a fenômenos da linha esquizofrênica, mas, ao contrário da esquizofrenia que era precedida de dois anos de desenvolvimento

normal, o grupo de crianças descritas por Kanner apresentava isolamento desde o início da vida (FRITH, 1989).

Mudanças nessa concepção surgem com Ritvo e Ornitz (1976), ao proporem o conceito como uma patologia do Sistema Nervoso Central devido a déficits cognitivos, associado a distúrbios da percepção, do desenvolvimento, do relacionamento interpessoal, da linguagem e da motilidade. Deixa assim de ser considerado uma psicose para ser um transtorno do desenvolvimento.

Atualmente, segundo Gillberg (1990), o autismo é considerado uma síndrome comportamental de base biológica com múltiplas etiologias. Dessa forma, vários quadros neurológicos e genéticos são descritos concomitantemente à sintomatologia autística, caracterizada por déficits na interação social e de linguagem, bem como alterações de comportamento.

Existem associações de autismo com crises convulsivas e sinais de prejuízo neurológico e deficiência mental, que fornecem evidências de que o autismo é um transtorno do desenvolvimento com base neurobiológica em vez de um quadro com base psicogênica (MINSHEN, 1991).

Crianças com autismo apresentam grande variação no grau de inteligência, estando ele associado tanto a graus profundos de deficiência mental quanto a performances acima da normalidade em alguns testes psicométricos (LORD e RUTTER, 1994).

Segundo os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), o autismo é um quadro decorrente de condições pré, peri e pós-natais, com reconhecimento da sintomatologia antes dos 30 meses caracterizado por:

- Prejuízo da habilidade social: não compartilham interesses, não desenvolvem empatia e demonstram uma certa inadequação em abordar e responder aos interesses, emoções e sentimentos alheios;
- Prejuízo no uso de comportamentos não-verbais, como contato visual direto, expressão facial, postura corporal e com objetos;
- Dificuldades na interação social: fracasso em vincular-se a uma pessoa específica, não diferenciação de indivíduos importantes em sua vida, falta de comportamento de apego. Quando bebês não exibem sorriso social e a postura de antecipação para serem erguidos quando um adulto se aproxima – o sorriso, o choro, o balbucio, o seguir e o procurar são tipos de

comportamento de apego que levam ao desenvolvimento dos laços afetivos (BOWLBY, 1985);

- Alterações na linguagem: atraso na linguagem falada. Nos que desenvolvem a linguagem adequadamente, dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, uso estereotipado e repetitivo de certas palavras ou frases e emprego da terceira pessoa (inversão pronominal) para falar de suas vontades. Os que aprendem a ler não apresentam compreensão do que lêem;
- Alterações de comportamento: padrões restritos de interesse, manipulação sem criatividade dos objetos, não apresentam atividade exploratória, preocupação com as partes de objetos, não participam de jogos de imitação social espontâneos, adesão a rotinas rígidas, apresentam maneirismos motores e podem ter crises de raiva ou pânico com mudanças de ambiente;
- Mudanças súbitas de humor com risos ou choros imotivados, podem ser hipo ou hiper-responsivos aos estímulos sensoriais e apresentar agressividade sem razão aparente. Comportamentos auto-agressivos, como bater a cabeça, morder-se, arranhar-se e arrancar os cabelos podem ocorrer.

A síndrome de Asperger foi descrita primariamente sob a designação de “psicopatia autística” em 1944, por Hans Asperger, como um quadro caracterizado por habilidades intelectuais preservadas, pobreza na comunicação não verbal, tendência a intelectualizar as emoções, fala prolixa, em monólogo e, às vezes, incoerente, linguagem tendendo ao formalismo, interesses que ocupavam totalmente o foco da atenção envolvendo tópicos incomuns e incoordenação motora (KLIN, 2006).

A relação entre autismo e síndrome de Asperger foi aventada a partir da elaboração de um *continuum* autístico por Wing (1988), que considera o primeiro um comprometimento comportamental cuja constelação sintomatológica é intimamente relacionada ao desenvolvimento cognitivo. Entretanto, existem questionamentos se o autismo pode ocorrer sem atraso de linguagem e com inteligência normal, bem como controvérsias acerca da comparação entre síndrome de Asperger e autismo sem deficiência mental, incluídos em uma categoria “autismo de alto funcionamento”. Para se definirem melhor estes grupos novos estudos são necessários (LORD, RUTTER, 1994).

Para o diagnóstico de síndrome de Asperger, requerem-se a demonstração de prejuízos qualitativos na interação social e padrões restritos de interesses,

critérios idênticos ao do autismo. Na síndrome de Asperger, entretanto, não deve haver atraso na aquisição da linguagem, nas habilidades intelectuais e de auto cuidado (KLIN, 2006).

Alguns estudos tentam esclarecer as dificuldades dos autistas nas relações sociais, na linguagem objetiva e na capacidade de abstração. Esses estudos se concentram nos déficits na teoria da mente, ou seja, na capacidade de inferir estados mentais como crenças, desejos, intenções, emoções e conceitos de outra pessoa (teoria da mente de primeira ordem), e de atribuir estados mentais de uma pessoa a respeito de uma terceira pessoa (teoria da mente de segunda ordem) (BARON-COHEN, 1997).

A origem dos déficits autísticos, pode ser pensada como cognitiva ou afetiva. A vertente afetiva recorre às primeiras descrições do autismo feitas por Léo Kanner, para atribuir uma falha inata na habilidade de interagir com outros, levando a falhas no reconhecimento dos estados mentais das pessoas, caracterizada por problemas de abstração e simbolização, déficit social e dificuldade em perceber que o outro é portador de sentimentos e pensamentos (BARON-COHEN, 1988).

De acordo com Hobson (1997), todo indivíduo deve ter capacidade de perceber o outro, responder afetivamente à linguagem não verbal e desenvolver a intersubjetividade. Essa capacidade se fundamenta na esfera conativo-afetiva de base biológica, em que a intencionalidade do bebê em direção ao ambiente está manifestada. Considerando as características do espectro autístico, Hobson sugere haver no bebê autista uma falha nessa condição intencional, que leva às dificuldades de simbolização e abstração.

As principais teorias cognitivas utilizadas para a compreensão do autismo são a da mente, a da coerência central e a da disfunção executiva. A teoria cognitiva descrita por Baron-Cohen (1988), na qual um déficit cognitivo central leva à falha em reconhecer estados mentais em outra pessoa, habilidade chamada de meta-representação ou “teoria da mente”, ocasionando um prejuízo no padrão social, nos padrões simbólico e pragmático. Assim, aqueles nos quais se faz necessário atribuir o estado mental ao outro se encontram prejudicados, enquanto os que não requerem meta-representações, tais como reconhecimento de gênero, permanência do objeto ou auto-reconhecimento no espelho podem

estar intactos. O déficit na teoria da mente explicaria os padrões alterados de interação social, pragmáticos e simbólicos.

A falta de capacidade para juntar partes de informações para formar um todo provido de significados (coesão central) é também característica marcante do autismo (BOSA, 2001). Outro enfoque cognitivo proposto por Hill e Frith (2003), para explicar tal prejuízo é a teoria da fraca coerência central. Esta se refere a um tipo de processamento de informação dentro de um contexto em que se capta o essencial. Uma forte coerência central é caracterizada por gasto de atenção e memória para detalhes e, no caso da fraca coerência central, a característica é um gasto com significado global a favor de um processamento gradual. Os indivíduos com autismo são descritos como portadores de coerência central fraca.

A teoria da fraca coerência central explicaria a tendência dos autistas em ver partes em vez de uma figura inteira, sua resistência a mudanças e também algumas habilidades específicas, como o melhor desempenho nas escalas de Weschler que envolvem reunião e classificação de imagens por série (HAPPÉ, 1994), nas tarefas de localização de figuras escondidas (SHAH e FRITH, 1993) e memorização de uma série de palavras sem sentido em vez daquelas com significado (HERMELIN e O'CONNOR, 1970).

A teoria da disfunção executiva propõe que os prejuízos na socialização e na comunicação são secundários aos déficits na função executiva. Esta se refere à habilidade para resoluções de problemas, ação mediada pelo córtex frontal, e compreende todo o processo que forma a base do comportamento direcionado, a saber: planejamento, memória de trabalho, inibição de respostas e flexibilidade cognitiva (DUNCAN, 1986).

Estudos que avaliaram o desempenho dos autistas em tarefas para medir função executiva encontraram déficits nas tarefas que requeriam flexibilidade cognitiva e capacidade de planejamento (HUGHES e RUSSEL, 1993; OZONOFF, 1994). McEvoy, Rogers e Pennington (1993) demonstraram que um grupo de crianças autistas comparado aos grupos de controle apresentou perseveração na estratégia incorreta em um teste de função executiva, e correlacionaram tal performance à habilidade no comportamento de atenção compartilhada. Esta é a habilidade envolvendo alternância de olhar e outros sinais comunicativos entre o

parceiro e o objeto/evento, que pode ser considerada a precursora da capacidade de se desenvolver uma teoria da mente (MUNDY e SIGMAN, 1998).

A diferença entre esses modelos teóricos é que um deles atribui os déficits primários à esfera afetiva, enquanto os outros, à cognitiva. A teoria cognitiva prevê que as habilidades sociais que requerem meta-representação são prejudicadas, enquanto outras permanecem intactas, explicando os déficits pragmáticos como consequência de um fracasso cognitivo específico. A teoria afetiva enfoca mais as dificuldades do reconhecimento das emoções pelos autistas, mas não explica por que algumas habilidades estão intactas nem como e por que a emoção e o desenvolvimento simbólico estão ligados. Assim os déficits pragmáticos seriam devidos a uma inabilidade de atribuir crenças e intenções ao outro, havendo uma sobreposição com as teorias cognitivas, de forma que essas teorias interagem de forma inseparável (BARON-COHEN, 1988).

1.2 A VISÃO DA MORTE NA SOCIEDADE

A morte põe fim aos sonhos, planos e expectativas idealizadas pelo homem – daí a tentação de fugir dela, deixando de pensar e evitando assuntos que nos façam lembrar de que morreremos. Vivemos um período em que a morte é vista como fracasso e tabu. Ariès (2003) descreve a transformação dos ritos e da significação da morte no Ocidente sob o ponto de vista histórico e sociológico e mostra que nem sempre a morte foi encarada desta forma. Descreve assim:

- A Morte Domada: na primeira fase da Idade Média existiu um sentimento de familiaridade com a morte sem medo ou desprezo. Ninguém morria sem ter tido tempo de saber que ia morrer. Havia a crença de que os mortos estavam sempre presentes entre os vivos, sendo percebidos pelos que iriam morrer. A morte repentina era considerada consequente à cólera divina, sendo desonrosa e monstruosa, em contraponto aos dias de hoje, em que é considerada uma morte boa, uma vez que não causa sofrimento (KOVÁCS, 2003). No momento da morte o moribundo a aceitava em uma cerimônia pública. Esta era tão importante quanto os funerais, e o luto não tinha caráter dramático ou gestos de emoção excessivos. Assim a morte fazia parte da vida

e do cotidiano, porém, apesar da familiaridade com os mortos, os antigos temiam a proximidade dos mortos e os mantinham à distância.

- A Morte de Si Mesmo: modificações dão um sentido dramático e pessoal à familiaridade tradicional do homem com a morte. Quatro fenômenos introduzem na idéia de destino coletivo uma preocupação com a particularidade de cada um. A representação do juízo (1) final é como uma “balança” das contas individuais a serem apresentadas às portas da eternidade. Acreditava-se numa vida além da morte que não iria necessariamente à eternidade, mas ao último dia do mundo no final dos tempos, e promoveria uma conexão entre a morte e o final dos tempos. O juízo (ação entre o bem e o mal particular a cada indivíduo) ocorreria no quarto do moribundo (2), que vê sua vida inteira e sua atitude e, nesse momento, tem sua conclusão. A solenidade ritual da morte no leito tomou um caráter dramático, uma carga de emoção que antes não possuía. A decomposição (3) é o sinal do fracasso do homem, idéia bastante familiar nas sociedades industriais da atualidade, em que o adulto experimenta o sentimento de que não realizou nenhuma promessa de sua adolescência. O homem do final da Idade Média tinha consciência de que era um morto em suspensão condicional e que a morte despedaçava suas ambições e envenenava seus prazeres - daí uma paixão pela vida manifesta por temas macabros. A morte tornou-se o lugar em que o homem toma consciência de si mesmo. As sepulturas (4) são individuais, com inscrições para se conservar a identidade do túmulo e a memória do desaparecido. Alguns túmulos chegam a ser monumentais.
- A Morte do Outro: Durante a época moderna, apesar da aparente continuidade dos temas e ritos, a morte afastou-se do mundo das coisas mais familiares. Na família, a morte foi a separação inadmissível, mesmo quando se acreditava em uma vida além dela. No século XVIII ocorreu uma exaltação e uma dramatização, com o homem se ocupando menos com sua própria morte, sendo romântica, a morte do outro. Ocorre um novo culto aos cemitérios e túmulos, uma forma de demonstrar a afeição dos sobreviventes. A simples idéia da morte comove e a expressão da dor dos sobreviventes é devida à intolerância à separação e surgem então, os lutos históricos. Também cabia a cada um expressar suas idéias, seus sentimentos e suas vontades por meio do testamento.

- **A Morte Selvagem:** a partir do século XIX, as imagens da morte são cada vez mais raras, ela vai se tornando selvagem. O momento da morte passa a perder a importância, não se percebendo os avisos, o doente ainda se encontra no leito, mas o momento perde a dramaticidade. A dor não é mais pelo sofrimento do moribundo, mas pela separação das pessoas amadas. Não é mais o momento da morte que define as coisas e sim o modo como se viveu a vida (bem-viver, bem-morrer). A arte de bem-morrer envolvia temperança e moderação. Há uma simplificação dos funerais e quase uma indiferença em relação à morte. Estabelece-se uma impessoalidade diante do luto e a expressão da dor deve então ser silenciosa e discreta. Os cemitérios são construídos fora da cidade por questões de políticas de saúde e higiene públicas (KOVÁCS, 2003).
- **A Morte Invertida:** No decorrer do século XX existe uma alteração de tudo o que sempre foi associado ao evento da morte. Houve um silêncio da ciência em relação a esta, os homens tornaram-se mudos, comportando-se como se ela não existisse ou fosse motivo de vergonha e silêncio. O moribundo é privado de sua morte, sendo dever do médico e da família dissimular a gravidade de seu estado. Morre-se às escondidas, como efeito da recusa em se admitir a morte daqueles a quem se ama e do ofuscamento dela em caso de uma doença incurável. O momento de avisar a família é postergado para que se evite uma reação em cadeia de sentimentos que fazem com que os profissionais de saúde percam o doente, a família e o autocontrole. Falar sobre a morte, admiti-la em situações sociais, passa a ter uma conotação dramática. Aos vivos não é permitido demonstrar o que se está sentindo: devem ser discretos e dissimular seu sofrimento.
- **A Morte Interdita:** a morte torna-se vergonhosa e objeto de interdição. Os que cercam o moribundo tendem a poupá-lo, silenciando suas manifestações e ocultando a gravidade de seu estado. Morre-se no hospital, como um fenômeno técnico causado pela parada dos cuidados médicos. Não se fala do momento da morte, mas, sim do processo de ir morrendo, que passa a ser dividido em vários tipos, como a morte clínica e a cerebral. Se a morte não pode ser suprimida, pode ser estendida, passando a ser um acordo entre médicos e familiares. Assim, não se sabe qual a verdadeira morte: aquela em que se perdeu a consciência ou aquela na qual cessou a respiração. As

condolências à família são suprimidas ao final dos serviços de enterro. As manifestações aparentes de luto desaparecem; não se usam mais roupas escuras; ao contrário, a postura deve ser a mesma dos outros dias. Uma dor demasiada e visível não inspira pena, mas repugnância é sinal de perturbação mental. Não há expressão de emoções intensas e dificilmente manejadas – não se sabe o que fazer com choro intenso, raiva ou medo. Assim, a família deve lidar com a perda de maneira contida para que as pessoas não fiquem constrangidas, sem saber o que fazer.

- A Morte Escancarada: Segundo Kovács (2003), a morte interdita convive com a morte escancarada, que é aquela violenta por acidentes ou assassinatos veiculados de forma maçante pela mídia, e que despertam vários sentimentos sem permitir tempo para reflexão e elaboração. Ainda segundo a autora, os diferentes tipos de morte não são separados, já que pode haver manifestações de uma em outra. Assim, práticas da Idade Média podem ser observadas nos tempos atuais, como, por exemplo, a crença de que a morte manda aviso, presente no imaginário popular.

1.3 O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE MORTE

Os primeiros estudos objetivando compreender o desenvolvimento do conceito de morte em crianças se iniciam a partir da metade do século XX e se intensificam na década de 70. Os critérios pelos quais estas pesquisas se pautavam variavam entre a idade em que a criança compreendia o conceito de morte e o desenvolvimento cognitivo geral.

A compreensão da morte pela criança não se faz isoladamente do seu desenvolvimento cognitivo geral. O conceito de morte, por ser complexo e abstrato, requer capacidade de distinguir seres inanimados de animados, significado da constância do objeto (conservação), diferenciação do *self* de objetos não *self* e compreensão dos conceitos de tempo e causalidade (TORRES, 1978). Assim, é mais plausível considerarmos que a conceitualização da morte na criança varie de acordo com o seu nível de desenvolvimento global (TORRES, 1996).

A abordagem multidimensional do conceito de morte é fundamental para que se tenha uma visão clara do que a criança é capaz de compreender sobre a morte, nas diferentes etapas do seu desenvolvimento. As três dimensões fundamentais são: a irreversibilidade quanto ao caráter definitivo da morte; a universalidade em relação ao fato de que ocorrerá com todos; e a não funcionalidade no tocante à compreensão de que todas as funções definidoras da vida cessam com a morte (SPEECE; BRENT, 1984).

Koocher (1973) investigou a aquisição do conceito de morte paralelo ao desenvolvimento cognitivo descrito por Piaget. A amostra, por ele estudada, compunha-se de 75 crianças americanas de 6 a 15 anos de idade, com nível intelectual normal e nível sócio econômico médio. Cada criança foi testada quanto ao seu nível cognitivo e responderam às seguintes questões sobre a morte: “O que faz as coisas morrerem?”; “Como você pode fazer coisas mortas voltarem à vida?”; “Quando você vai morrer?”; e “O que irá acontecer então?”.

Os resultados obtidos mostraram que as respostas às questões sobre a morte estão significativamente relacionadas com o desenvolvimento cognitivo. As respostas à pergunta “O que faz as coisas morrerem” possibilitaram uma classificação em três níveis:

No nível 1, as respostas revelavam raciocínios fantasiosos, pensamento mágico e/ou causas realistas de morte, porém, ligados com os processos de pensamento egocêntrico, no qual as explicações das crianças estão intimamente ligadas às suas experiências individuais, fato esse característico do período pré-operacional.

O nível 2 incluiu meios específicos de infligir a morte, com ou sem intenção. Nomeação de armas, venenos e outros meios incluídos neste grupo. Tais respostas foram atribuídas ao período operacional concreto.

O nível 3 incluiu agrupamentos abstratos e possibilidades específicas, como nomeação de causas, idéia de deterioração física e reconhecimento da morte como processo natural, caracterizando respostas típicas das crianças no período operacional formal.

As respostas à pergunta “Como você faz as coisas mortas voltarem à vida?” evidenciaram que, na fase pré-operacional, as crianças não consideram a morte permanente, descrevendo meios pelos quais coisas mortas poderiam reviver. Nas fases concreta e formal, nenhuma criança deu esse tipo de resposta.

Quanto às duas últimas perguntas, as respostas foram amplamente diversificadas, não permitindo ao autor estabelecer nítidas diferenças entre os níveis de desenvolvimento cognitivo e chamando atenção para o fato de que respostas em termos de personificação, esperadas para a última pergunta, não ocorreram.

White, Elsom e Prawat (1978) investigaram em sua pesquisa o desenvolvimento de três dimensões do conceito de morte: irreversibilidade, universalidade e cessação das funções biológicas. Baseado em Vigotsky (1998), segundo o qual alguns conceitos se desenvolvem naturalmente através do próprio esforço da criança (conceitos espontâneos), enquanto outros são adquiridos através da informação e da instrução (conceitos científicos), e ainda em investigações piagetianas sobre o julgamento moral da criança e a aplicação da universalidade de regras na fase operacional concreta, os autores hipotetizaram que a compreensão do conceito de universalidade estaria ligada às estruturas do pensamento operacional concreto, mas que a compreensão dos outros dois componentes aumentaria com a idade sem estar ligada às estruturas do pensamento operacional concreto.

Sua amostra foi constituída por 170 crianças provenientes de três escolas públicas de uma comunidade de subúrbio distribuídas conforme a escolaridade: jardim de infância (40 crianças com idades entre 5,3 a 6,9 anos); 1ª série (40 crianças entre 6,4 a 7,8 anos); 2ª série (30 crianças entre 7,3 a 8,3 anos); 3ª série (30 crianças entre 8,5 a 10,3 anos); 4ª série (30 crianças entre 9,4 a 10,8 anos). Do total, 56% eram do sexo feminino. Os instrumentos utilizados foram três tarefas de conservação (de substância, de quantidade contínua e de quantidade descontínua) e uma entrevista com perguntas abertas para avaliar o entendimento de morte (exemplo: “Todo mundo morre?”). A pesquisa era precedida por uma história sobre certa mulher idosa que morre, sendo que, em uma versão, ela era uma pessoa agradável, que ria bastante, gostava de crianças e de animais e, em outra versão, ela era desagradável, nunca ria, era má com as crianças e com os animais.

O resultado, conforme hipotetizado, revelou que a compreensão da universalidade da morte se relaciona com o desenvolvimento cognitivo e que a compreensão dos conceitos de irreversibilidade e cessação das funções corporais

aumenta com a idade, porém não a ponto de indicar que esteja relacionada com a estrutura operacional concreta.

Orbach e Glaubman (1978) elaboraram uma pesquisa para investigar em que diferem, considerando-se o conceito de morte dos outros e da morte pessoal, as crianças normais, as agressivas e as suicidas, e quais as contribuições das limitações do desenvolvimento cognitivo e dos processos defensivos para o conceito de morte. A amostra foi constituída por 21 crianças entre 10 a 12 anos de idade, divididas em três grupos, de acordo com o tipo de comportamento que as caracterizava. As variáveis de nível sócio-econômico, de cultura e inteligência foram controladas. Assim, todas as crianças eram de nível socioeconômico baixo e todas foram avaliadas quanto ao nível de desenvolvimento cognitivo.

A avaliação do conceito de morte foi obtida através de respostas a um questionário baseado numa versão modificada do estudo de Koocher (1973). Esse questionário era composto por dois módulos de três perguntas. O primeiro módulo consistia em perguntas impessoais sobre a morte, tais como:

- “Como as coisas morrem?”;
- “O que acontece com as coisas que morrem?”;
- “Coisas mortas podem voltar à vida?”.

Enquanto o segundo módulo consistia em perguntas pessoais sobre a morte, como:

- “Como você acha que vai morrer?”;
- “O que irá acontecer quando você morrer?”;
- “Você pode reviver depois que morrer?”.

Os resultados indicaram que os três grupos diferem principalmente em relação ao conceito de morte pessoal. As crianças suicidas consideravam o suicídio como causa de morte e se referiam a uma vida depois da morte e à ressurreição mais freqüentemente do que as crianças de outros grupos. As crianças normais e as agressivas enfatizavam a irreversibilidade da morte, porém as normais atribuíam a sua causa a processos naturais, enquanto as agressivas se referiam a causas brutais e violentas. Concluiu-se, portanto, que a concepção de morte da criança suicida pode facilitar o comportamento suicida.

Kane (1979) entrevistou 122 crianças americanas com idade entre 3 a 12 anos, de raça branca e pertencentes à classe média com a finalidade de determinar a estrutura conceitual da morte. O instrumento utilizado foi uma entrevista informal e flexível sobre a morte. Já no começo da entrevista, a criança deveria escolher uma entre nove figuras de coelhos em diferentes estados de atividade, incluindo um dormindo e um coelho morto não mutilado. As crianças que não escolheram o coelho dormindo ou o que estava morto foram desqualificadas.

Os conceitos de morte das crianças foram avaliados de acordo com dez componentes extraídos de pesquisas anteriores:

1. Realização: consciência da morte, do estado de estar morto ou de um evento que acontece.
2. Separação: lida com o local onde o morto se encontra.
3. Imobilidade: diz respeito às noções do movimento do morto, visto como totalmente inativo ou completamente ou parcialmente ativo.
4. Irrevocabilidade: idéia da morte como permanente e irreversível ou temporária e reversível.
5. Causalidade: crença sobre o que traz o estado da morte, ou seja, causas internas ou externas.
6. Disfuncionalidade: idéias sobre as funções corporais.
7. Idéias acerca da mortalidade: diz respeito a ter noção de que todos morrem, ou de que ninguém morre ou ainda de que existem exceções.
8. Insensibilidade: concernente a considerações das funções mentais, como sentir, pensar, ouvir, sonhar.
9. Aparência física do morto.
10. Personificação: noção concreta da morte como uma pessoa ou coisa.

Os resultados demonstraram que o conceito de morte das crianças era constituído por nove dos dez componentes propostos (exceto o de personificação), e que esses conceitos se desenvolvem na medida em que as crianças adquirem os componentes e as noções que têm destes se tornam completas. A análise dos protocolos sugeriu três estágios do desenvolvimento de conceito de morte:

- Estágio 1 – a criança pensa sobre a morte em termos de estrutura, isto é, da aparência do fenômeno. A morte é considerada a partir de três componentes: realização, separação e imobilidade, que se apresentam concomitantemente, mas não inter-relacionados. O pensamento é egocêntrico e mágico, a criança pode provocar a morte através do seu comportamento ou desejo. A morte é uma descrição.
- Estágio 2 – a morte é específica e concreta, é uma explicação para a disfunção. O pensamento é caracterizado pelo realismo e início da função lógica, pelo desenvolvimento gradual dos componentes de realização, separação e imobilidade e pela inclusão e desenvolvimento dos seis componentes restantes: irreversibilidade, causalidade, disfuncionalidade, universalidade, insensibilidade e aparência, que se apresentam de forma concomitante, mas não inter-relacionados. No início deste estágio, a morte é notada como causada externamente e as crianças percebem apenas disfunções mais explícitas (comer, falar) e, posteriormente, entendem as causas internas e disfunções menos óbvias (sonhar, saber que está morto). Acreditam na universalidade, mas não reconhecem sua unidade lógica, exceto pela violência, a morte é distante e associada a idades avançadas. O conceito evolui para uma causa e explicação do estado. Quando as crianças começam a correlacionar os componentes, tem início o movimento para o terceiro estágio.
- Estágio 3 – nesta etapa, as crianças são capazes de pensar a morte em termos abstratos. Embora o pensamento seja lógico e reconheçam a realidade, eles podem especular de forma descompromissada. Alguns consideram as questões existenciais da vida e da morte. A morte é um estado de disfuncionalidade e insensibilidade. Suscetibilidade não é só uma característica da morte, mas um requisito para a vida.

Torres (1979) verificou a relação entre diferentes períodos do desenvolvimento cognitivo e a evolução do conceito de morte a fim de isolar as respostas que caracterizam cada etapa de desenvolvimento piagetiano. A amostra foi uma população de 183 alunos de uma escola particular do Rio de Janeiro, com idade entre 4 e 13 anos, de ambos os sexos, católicos, que não

sofreram a perda de pais ou irmãos, de nível socioeconômico homogêneo e cuja escolaridade estendia-se do jardim da infância à 7^a série do 1º grau. Foram utilizados dois instrumentos: tarefas selecionadas para a avaliação do nível de desenvolvimento cognitivo e um questionário elaborado para a sondagem do conceito de morte com 36 itens planejados para avaliar as dimensões de extensão (compreensão acerca dos que morrem), significado (compreensão acerca do que é a morte) e duração (compreensão acerca do tempo de permanência da morte).

As respostas, de acordo com a avaliação em cada item e em cada uma das dimensões, eram divididas em três categorias:

1. Ignorância ou aparente ignorância: a resposta revelava total ignorância, ou demonstrava algum conhecimento muito escasso e as definições e explicações dadas eram irrelevantes e de natureza egocêntrica.
2. Noção restrita: a resposta evidenciava grau de compreensão limitada e as explicações e definições dadas caracterizavam-se por sua especificidade e concreticidade, não sendo amplas, gerais, nem lógica e biologicamente essenciais.
3. Noção completa: a resposta evidenciava um grau de compreensão dos aspectos mais abstratos da morte, e as explicações e definições dadas eram amplas, gerais, lógica, e biologicamente essenciais.

Quanto à compreensão da extensão, crianças do período pré-operacional evidenciaram o predomínio de noção restrita, caracterizada por explicações limitadas nas quais as descrições entre animados e inanimados não está suficientemente clara, com um nível ainda mais baixo de compreensão sendo observado quanto a itens relativos a seres vivos (Passarinho morre? Homem morre?) ou não vivos, criados pelo homem (Relógio morre? Bicicleta morre?). As repostas foram limitadas, mas não inadequadas, para os itens referentes aos elementos da natureza, animados ou inanimados (Lua morre? Pedra morre? Árvore morre?), e as crianças deram respostas indicadoras de ignorância ou aparente ignorância.

Crianças do período de operações concretas demonstraram progresso, havendo número praticamente igual de respostas classificadas nas categorias de

noção restrita e de noção completa. Explicações precárias e irrelevantes coexistiram ao lado de explicações, amplas, gerais e biologicamente essenciais.

Em relação à compreensão do significado da morte, a análise dos resultados revelou que as crianças do período pré-operacional evidenciavam ignorância ou aparente ignorância do significado da morte. Com predomínio de respostas iniciais inadequadas (sim/não) para a maioria dos itens (Os mortos comem? Os mortos sonham?), implicando em respostas explícitas de aceitação de vida na morte e aquelas que atribuem a causas externas a impossibilidade de atividade ou sensibilidade do morto, no qual essa noção está implícita. Não houve personificação da morte nos itens elaborados para esta sondagem (A morte mora em algum lugar? A morte é alguém que vem para levar as pessoas?). Itens que precisavam de abstração (O que é morte? O que é estar morto?) tiveram como resposta predominante “não sei”.

Crianças do período de operações concretas demonstravam maior grau de compreensão do significado da morte, exceto nos itens que indagavam sobre o processo de deterioração (Os vermes comem os mortos ou não? Com o passar do tempo o corpo dos mortos se desmancha ou não?). Neste estágio, predominaram respostas indicadoras de noção restrita, como as que focalizavam a paralisação de órgãos, mas não aquelas essenciais para a definição da morte, ou ainda as que enfocavam um aspecto perceptivo da morte, a imobilidade, principalmente, foi citada, mas não aquelas biologicamente essenciais.

Explicações amplas, gerais e biologicamente essenciais do significado da morte, indicadoras de noção completa, surgiram no período de operações formais, apesar de não serem dadas para todos os itens, ocorrendo, para os mais abstratos apenas, explicações parciais, assim como para alguns dos demais itens.

Quanto à compreensão da duração, as crianças em período pré-operacional revelaram ignorância ou aparente ignorância da morte como processo definitivo e irreversível, predominando, para todos os itens, respostas indicadoras de crença na temporalidade e na reversibilidade da morte.

A partir do período de operações concretas, as respostas evidenciaram a compreensão da morte como um processo definitivo e irreversível, apesar de as explicações dadas ao único item que exigia justificativa de resposta (Mandaria

enterrar a pessoa morta?) terem sido ainda do tipo parcial em termos de hábito, tradição cultural e inserviência do morto.

Crianças no período formal de desenvolvimento demonstravam algum progresso em relação às anteriores. Tanto acreditavam na irreversibilidade, como mostravam explicações lógicas e biologicamente essenciais para o item “Mandaria enterrar a pessoa morta?”, que exigia justificativa de resposta – apesar de as explicações não terem sido predominantes.

Sternlicht (1980) analisou em sua pesquisa a concepção de morte em sujeitos com deficiência mental do ponto de vista cognitivo, utilizando o questionário de Koocher (1974) sobre o conceito de morte. A amostra estudada foi de 14 crianças com idade entre 10,8 e 19,10 anos e QI médio de 48,8. Os sujeitos com dificuldade na comunicação, os autistas e aqueles com discursos perseverativos e que se recusaram a participar foram excluídos. O nível cognitivo foi avaliado por três tarefas de conservação (massa, volume e número). Quando falhavam em um ou mais destes testes, eram considerados na fase pré-operacional e seguia-se, assim, com as perguntas sobre morte. Os resultados demonstraram que todos os classificados na fase pré-operacional não apresentavam conceitos realistas sobre quando iam morrer e nem a respeito da permanência da morte, embora possuíssem noções realistas acerca de como os seres humanos morrem, sugerindo que o nível cognitivo, e não a idade determinava o conceito de morte.

Reilly, Hasazi e Bond (1983) estudaram as concepções de morte e mortalidade pessoal em relação à idade, desenvolvimento cognitivo e experiências de vida com situações de morte ou separação/divórcio. A amostra foi constituída de 60 crianças entre 5 a 10 anos de idade.

As crianças com experiência de morte de pessoas significantes (pais, irmãos, parentes próximos) foram comparadas com crianças cujos pais haviam se divorciado e ainda a crianças sem experiência de perda ou separação. Os instrumentos utilizados foram uma entrevista, inventário com perguntas abertas sobre morte e divórcio, escala de auto conceito de Piers-Harris - que avalia a percepção da criança sobre ela mesma e seu comportamento -, uma escala de controles interno e externo de Nowicki- Strickland e tarefas de conservação da quantidade contínua.

Os resultados indicaram que a maioria das crianças a partir de 6 anos revelava alguma noção de mortalidade pessoal e, aos 8 anos, todas já tinham adquirido essa noção; portanto, a compreensão da mortalidade relacionava-se com o nível de desenvolvimento cognitivo e de experiência com a morte. A aptidão para conservar surgiu como suficiente, mas não necessária, para a crença na mortalidade pessoal. As crianças que haviam experienciado a morte de alguém próximo tinham maior probabilidade de acreditarem na mortalidade pessoal do que aquelas que não haviam experienciado. Não foram encontradas diferenças entre estas crianças quanto às medidas de personalidade e ajustamento.

Derry¹ (apud JENKINS; CAVANAUGH, 1985) elaborou um questionário multidimensional chamado *Derry Death Concept Scale* (DDCS) e o aplicou em uma amostra de 609 crianças. Além do conceito de morte, pesquisou o nível de pensamento operacional, as idades cronológica e mental, o sexo, a classe social e a experiência de perda. Os resultados apontaram para a relação do conceito de morte com as idades cronológica e mental, bem como com experiências de perda, enquanto sexo, classe social e orientação religiosa não apresentam relação.

Jenkins e Cavanaugh (1985) replicaram o estudo de Derry, com mensurações de QI por meio do *Wechsler Intelligence Scales for Children-Revised* (WISC-R) e do *Peabody Picture Vocabulary Test* (PPVT), concluindo que o conceito de morte medido pelo DDCS estava diretamente relacionado à idade cronológica e ao desenvolvimento das habilidades verbais e seu uso no ambiente.

Brent et al. (1996) estudaram sobre o desenvolvimento dos três componentes do conceito de morte: universalidade, irreversibilidade, não funcionalidade em crianças chinesas e americanas. Numa amostra de 215 americanos e 262 chineses entre 3 e 17 anos de idade aplicaram entrevistas que avaliavam os três componentes do conceito de morte. A irreversibilidade foi avaliada em duas perspectivas naturalista (irreversibilidade em um contexto natural e científico) e não naturalista (referindo-se às questões espirituais e sobrenaturais).

A universalidade foi entendida em ambas as culturas relativamente cedo. Enquanto a irreversibilidade e a não funcionalidade variaram de acordo com a

¹ DERRY, S.M. *An Empirical Investigation of The Concept of Death in Children*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Ottawa, 1979.

cultura e a idade. Alguns diminuíram com a idade, sugerindo que o conceito de morte desenvolvido é mais complexo e também mais confuso, já que questões não naturalistas são consideradas e também devido à incerteza da natureza e local do limite entre vida e morte.

Nunes et al. (1998) estudaram a compreensão de morte pelas crianças analisando a presença ou ausência dos conceitos de irreversibilidade, não funcionalidade, universalidade e personificação, bem como alguns indícios que demonstram a influência da cultura na formação e no desenvolvimento do conceito de morte. Participaram desse estudo seis crianças na faixa etária de 6 a 7 anos, período no qual, segundo Piaget, inicia-se a reversibilidade do pensamento. Foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas, uma com cada criança e outra com suas respectivas mães. Foi perguntado às crianças: O que é morte? Uma planta/ animal/ pessoa morre? A morte é um acontecimento alegre ou triste? Dói ou não morrer? Já viu um animal/uma pessoa morto/morta? O que acontece quando se morre? As perguntas dirigidas às mães investigavam aspectos relativos ao ambiente familiar da criança e ao relacionamento social, bem como a existência de medos específicos e experiências sobre a morte. Foi solicitado, também, que as crianças desenhassem algo sobre a morte, seguindo a proposta de Fávero e Salim, que entendem o desenvolvimento como uma atividade simbólica capaz de representar conteúdos mentais.

Os resultados mostraram que os conceitos básicos de irreversibilidade, não funcionalidade, universalidade e personificação são indicadores do desenvolvimento do conceito morte. A influência das experiências está presente através da mídia e crenças transmitidas pelo ambiente e explicitadas no discurso das mães. Houve coerência entre o discurso verbal da criança, o da mãe e o desenho, o que confirmou a relação entre as experiências e o desenvolvimento cognitivo.

Kenyon (2001) fez uma revisão crítica de diversos artigos que investigam o conceito de morte nas crianças, devido a diversos pontos incongruentes, para saber o que realmente poderia ser concluído acerca deste assunto. A universalidade, irreversibilidade, não funcionalidade e mortalidade pessoal em geral seriam conceitos alcançados após os 10 anos de idade. O conceito de morte em crianças seria um conceito complexo e afetado por vários fatores. Os componentes universalidade e irreversibilidade seriam afetados pelas habilidades

verbais, enquanto a causalidade e a não funcionalidade seriam afetadas por experiências pessoais. Questões religiosas, culturais e emocionais também afetam o conceito de morte, mas não há uma unanimidade quanto a esses fatores, devido à dificuldade em mensurá-los.

Torres (2002) investigou a relação entre o nível cognitivo e o conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas (câncer, doenças hematológicas, doenças renais, HIV positivo) e comparou a evolução desse conceito entre essas crianças e em crianças saudáveis, com mesmo nível cognitivo e mesmo nível socioeconômico (carência). Foram empregadas tarefas piagetianas para avaliação do nível cognitivo e o instrumento de sondagem de conceito de morte para avaliação do conceito de morte biológica. A amostra foi constituída de 167 crianças portadoras de doenças crônicas e 142 crianças saudáveis. Os resultados revelaram que a defasagem cognitiva encontrada em crianças carentes, em relação aos padrões piagetianos, não era agravada nas crianças doentes. A doença crônica, embora se manifestasse inicialmente como um fator desestruturante na aquisição do conceito de morte (fase pré-operacional), surgia na fase seguinte (operacional concreta) como um fator de amadurecimento na compreensão do conceito.

Slaughter e Lyons (2003) fizeram um estudo com 60 crianças em idade pré-escolar, entre 3 anos e 7 meses e 5 anos e 11 meses de idade. Inicialmente as crianças foram avaliadas sobre o funcionamento do corpo humano e sobre a morte. Dependendo de seu desempenho na entrevista, elas foram classificadas em “life theorizers” e “non life theorizers”; parte das crianças de cada grupo se submeteu a um treinamento sobre o corpo humano e suas funções, enquanto a outra parte, considerada o grupo controle não recebeu esse treinamento. Após o treinamento, as crianças foram novamente avaliadas sobre o funcionamento do corpo humano e a morte.

Os resultados mostraram que crianças que utilizavam espontaneamente conceitos vitalísticos para responder o questionário sobre o corpo humano apresentaram conceito de morte mais sofisticado. Após o treinamento, os resultados mostraram que, ao adotar uma abordagem vital para o funcionamento do corpo, também desenvolveram conceito de morte. Isso demonstra que a aquisição de estruturas vitalísticas e causais como explicação servem para estruturar o conceito da criança e facilitar o aprendizado no domínio biológico.

Yang e Chen (2006) estudaram o conceito de morte em 204 chineses de ambos os sexos, de quarta a oitava série do ensino fundamental, por meio de um parágrafo no qual cada um escreveu sobre suas idéias acerca do tema. As seis categorias mais identificadas foram: causa interna, estados emocionais negativos (frustração, tristeza), casusa externa, não existência, reações corporais como sudorese e calafrio, existência em outro lugar e de outra forma. Os fatores que influenciaram o conceito de morte foram grau de escolaridade, sexo, religião e discussões em família sobre a morte.

Slaughter e Griffiths (2007) compararam a aquisição do conceito de morte maduro, ou seja, a compreensão da morte como um evento biológico, ao medo da morte em 90 crianças de quatro a oito anos de idade. As crianças foram avaliadas através de entrevistas em relação à compreensão e ao medo da morte. O nível de ansiedade foi mensurado pelo relato dos pais. A análise das respostas indicou que quanto mais maduro o conceito de morte menor era o medo e sugeriu que uma forma de aliviar o medo de crianças acerca da morte e falar sobre ela em termos biológicos.

Resumindo, são descritos três estágios de desenvolvimento do conceito de morte paralelos aos estágios piagetianos, enquanto indicadores mais fidedignos que a idade para avaliação do conceito de morte em crianças (KANE, 1979; KOOCHER, 1973, 1974; ORBACH; GLAUBMAN, 1978; STERNLICHT, 1980; TORRES, 1978, 1979, 1996, 1999). Observando como elas lidam com as dimensões que estabelecem a noção de morte e com a morte propriamente dita, podemos caracterizar o seguinte:

1. Estágio pré-operacional: as crianças não adquiriram a dimensão da irreversibilidade, da universalidade e da não funcionalidade, não negam a morte, mas são incapazes de separá-la da vida. A morte é uma posição particular imediata, aqui e agora. A separação com a morte se faz pelo fechamento dos olhos, seu pensamento é egocêntrico e mágico, e em conseqüência, eles podem fazer alguém morrer pelo seu comportamento ou desejo.
2. Estágio das operações concretas: compreendem a morte como irreversível e universal, fazem oposição entre a vida e a morte, definem a morte por meio de aspectos perceptivos, mas são incapazes de estabelecer generalizações e dar

- explicações biologicamente aceitáveis. A dimensão da não funcionalidade ainda não foi atingida. A criança vê a morte como específica e concreta, começa a compreender as dimensões da morte, mas não faz uma correlação entre elas. A morte é distante e relacionada a idades avançadas. Eles percebem as disfunções mais óbvias, como o morto não poder comer ou falar.
3. Estágio das operações formais: compreendem a universalidade, podem dar explicações lógico-categoriais e de causalidade, reconhecem a morte como parte da vida. São capazes de pensar de uma forma abstrata sobre ela e consideram questões existenciais sobre a vida e a morte. Na adolescência, a morte é um tema importante, confirmável por ser um assunto comum em músicas e filmes cultuados pelos adolescentes. Apesar de, no aspecto cognitivo, perceberem as características da morte, emocionalmente, observamos um paradoxo entre a vida e a morte.

A adolescência é um período de transformações, de necessidade de auto-afirmação, de aquisição de identidade e de luto pela perda do corpo infantil e dos pais infantis. Por um lado, buscam experimentar e sugar toda essência da vida e, por outro, nessa busca desvairada, esbarram em situações que colocam suas vidas em risco. A morte como possibilidade pessoal está distante e essa onipotência traz certa identificação com heróis que, em sua maioria, são jovens que sofreram mutações em seu corpo e devem aprender a lidar com essas mudanças. A busca por atividades em que se possa desafiar a morte é comum, aumentando o risco para uma morte inesperada. A adolescência é uma fase em que a vida, como um desenvolvimento pleno, e a morte, como continuação desta plenitude, encontram seu auge (KOVÁCS, 1992).

Raimbault (1979) e Aberastury (1984) fazem diferença entre a percepção da morte e o conceito de morte a partir da experiência pela qual crianças condenadas à morte, desenvolveriam um conceito mais precoce para suas faixas etárias. Segundo Wallon (1975), a questão da morte não pode ser reduzida ao aspecto cognitivo, já que é submetida à influência de múltiplos fatores, como a forma de o ambiente apresentar a morte para a criança, as modalidades de desenvolvimento afetivo e a experiência pessoal que a criança pode fazer da morte na iminência de sua própria.

1.4 O CONCEITO DE MORTE, O CONCEITO DE VIDA E EXISTÊNCIA

Para Minkowski (1970) a morte é um fenômeno vital e nos traz a noção de vida, já que põe fim a esta de forma irreparável. A presença da morte não apenas nos revela a noção de vida, mas também coloca o ser face a face com a própria vida e mortalidade.

O conceito de vida, de acordo com Piaget (1926), está relacionado à noção de consciência, que, por sua vez, é uma idéia extensa e tende a ser adquirida totalmente após o conceito de vida no desenvolvimento cognitivo. As crianças só são capazes de diferenciar seu ponto de vista dos outros, isto é, ter consciência de que seus pontos de vista nem sempre são compartilhados por outros, em período de operações concretas (PIAGET, 1968).

A consciência do eu, para Jasper (2006), é a modalidade em que o eu se faz consciente dele mesmo, possuindo quatro características: a) a consciência da ação: o “eu penso” acompanha todas as percepções, representações e os pensamentos; b) a consciência da unidade: sou um no mesmo momento; c) a consciência da identidade: a consciência de ser o mesmo na sucessão do tempo; d) a consciência do eu em oposição ao exterior e aos outros: que é a clara oposição do eu ao mundo externo.

A noção de morte, dessa forma, está relacionada à noção de vida e consciência, afinal, um homem se torna um todo não ao nascer, mas ao morrer, pois a morte põe fim à nossa vida, mas não à vida completando a idéia de um indivíduo (MINKOWSKI, 1970). A compreensão de sua finitude traz ao ser humano a angústia, superada pelas realizações, atribuições da rotina e um significado que faça sentido à sua existência.

A escolha de um projeto existencial ocupa o cotidiano para possibilidades. Significa empenhar-se para algo possível no sentido de ocupar-se de uma realização dando significado ao viver. Isso porque a vida é um modo de ser ao qual pertence o ser-no-mundo (HEIDEGGER, 1996). Em contraposição, morrer é o não-mais-ser-no-mundo, é a possibilidade da impossibilidade absoluta. A certeza da morte se dá na indeterminação do seu quando, ou seja, possível a cada momento (HEIDEGGER, 1996). Assim, o futuro vem para os humanos na forma de morte, devido à sua capacidade de projetar-se a ele (MINKOWSKI, 1970).

A filosofia existencial entende a morte como a angústia da não existência, a impossibilidade da realização. Para Minkowski (1970), o homem é o único ser vivo que tem consciência da sua finitude, enquanto para Heidegger (1996), a morte é um fenômeno da vida, um incontestável fato da existência, a possibilidade mais própria, já que ninguém pode assumir a morte do outro – ela é assim essencialmente minha e se constitui pela minha existência.

Apesar de sua característica própria, insuperável e irremissível, é também indeterminada, ou seja, possível a qualquer momento. A indeterminação da morte certa determina as ocupações cotidianas, colocando-as à frente como possibilidades previsíveis e próximas e transferindo a morte para mais tarde.

1.5 AUTISMO E MORTE

Os déficits autísticos comprometem, tanto cognitiva quanto afetivamente, sua relação com o outro e com o meio. A função intelectual se desenvolve gradualmente como resultado, tanto de processos neurofisiológicos quanto de relações interpessoais (SILVEIRA, 1966). Segundo Piaget (1967), o sistema cognitivo constrói sua estrutura no curso das interações humanas e da adaptação ao meio através da assimilação de novas experiências e da acomodação destas experiências dentro do desenvolvimento do sistema cognitivo; assim, uma representação cada vez mais complexa da realidade é adquirida.

A função afetiva estimula diretamente a inteligência despertando o interesse, ou seja, só haverá empenho por parte da criança em um raciocínio à medida que houver motivação afetiva para tal (COELHO, 1980).

A motivação forma a base dos processos de aprendizado e cognição, onde o comportamento é estruturado por experiências do indivíduo no ambiente. A força motivacional por trás da construção do sistema cognitivo pode ser vista como um potencial inerente no desenvolvimento das estruturas cognitivas (BUCK, 1986).

A motivação é manifestada na emoção, que segundo Buck (1986) possui três funções:

Emoção I: adaptação corporal, envolve a regulação do organismo para manter a vida (homeostase), mediado pelo sistema nervoso autônomo, endócrino e imunológico.

Emoção II: comunicação social, envolve respostas acessíveis aos outros por sinais sensoriais, reações químicas, expressões faciais, movimentos corporais, postura, gestos, ou seja, qualquer comportamento que pode ser visto, ouvido e sentido.

Emoção III: relação entre a emoção e a cognição, envolve informar o sistema cognitivo sobre o sistema motivacional em questão, isto permite acesso rápido e fácil aos estados motivacionais em cada processo cognitivo que pode contribuir no processo de satisfação.

A construção da pessoa será formada por uma sucessão de momentos predominantemente afetivos ou cognitivos, não paralelos, mas integrados. Nos momentos com dominância afetiva do desenvolvimento, o que está em primeiro plano é a construção do sujeito, que se faz por meio da interação com os outros. Naqueles de maior peso cognitivo, é o objeto, a realidade externa que se modela, à custa da aquisição das técnicas elaboradas pela cultura. Cada novo momento terá sido incorporado às aquisições feitas no nível anterior, ou seja, na outra dimensão. Isto significa que a afetividade depende, para evoluir, de conquistas realizadas no plano da inteligência e vice-versa (DANTAS, 1992).

A proposta de Hobson (1997) em considerar a idéia de intencionalidade no processo de desenvolvimento, valorizando a interação entre o sujeito e o ambiente na constituição de ambos, reforça a idéia de que o desenvolvimento das estruturas cognitivas não ocorre separadamente do desenvolvimento conativo-afetivo.

Um aspecto particular da inteligência chamado de “teoria da mente” refere-se à capacidade de compreensão dos estados mentais próprios e os dos outros (BARON-COHEN, 1991). Crianças com déficits autísticos não possuem essa compreensão, e a dificuldade nos processos inter-humanos prejudica não apenas a sociabilidade, mas também a aquisição e percepção de certos conhecimentos em que se faz necessário transpor o pensamento concreto, como, por exemplo, o significado da palavra morte.

O significado é um componente essencial da palavra, que propicia a mediação simbólica entre o indivíduo e o mundo real e por meio do qual o

indivíduo compreende o mundo e age sobre ele (VIGOTSKY, 1998). A questão do significado pertence ao domínio cognitivo, por referir-se ao processo de generalização e de organização conceitual, e aos aspectos afetivos do funcionamento psicológico, distinguindo dois componentes do significado: o significado propriamente dito e o sentido. O primeiro refere-se ao sistema de relações objetivas que se formou no processo de desenvolvimento da palavra, compartilhado por todos que a usam; o segundo remete ao significado da palavra para cada indivíduo, composto por relações que dizem respeito ao contexto de seu uso e às vivências afetivas do indivíduo (OLIVEIRA, 1992).

Assim, o significado propriamente dito da palavra morte como cessação de todas as funções vitais, é comum a todos, porém, o sentido que essa palavra tem, varia de acordo com as experiências individuais diante da morte e do significado que cada indivíduo atribui à sua vida. De acordo com a teoria da fraca coerência central, os autistas tendem a focar o detalhe em detrimento do significado global, assim, perceberiam a morte somente em alguns detalhes e não de forma ampla e existencial.

A noção de vida está relacionada à noção de consciência (PIAGET, 1926), a consciência do eu em oposição ao externo e aos outros (JASPER, 2006). A teoria da mente sugere que a noção de consciência apresenta prejuízo nos autistas. A consciência da identidade em indivíduos com síndrome de Asperger, ou seja, identidade do eu projetada no futuro, àquilo que Jasper (2006) considera a consciência de ser o mesmo na sucessão do tempo, foi representada no estudo de Zukauskas (2003) através de características físicas e pela atividade profissional, sem considerar a trajetória a ser percorrida.

Crianças pequenas (abaixo de 8 anos) que falharam em testes de conservação e que cognitivamente não funcionavam no nível de operações concretas, mas que tinham experiências de perda, acreditavam mais na própria mortalidade (REILLY; HASAZI; BOND, 1983) e desenvolviam o conceito de morte mais cedo que o esperado (DERRY, 1979 apud JENKINS; CAVANAUGH, 1985). Crianças com experiência de perda davam informações mais realistas sobre a morte e o processo de morrer. Apesar das limitações cognitivas, as perdas atuaram como catalisadores no desenvolvimento do conceito de morte (REILLY; HASAZI; BOND, 1983).

A compreensão da mortalidade requer noção tanto de causalidade quanto de temporalidade (FERGUSON, 1978² apud REILLY; HASAZI; BOND, 1983). Zukauskas (2003) caracterizou a temporalidade e a noção de tempo em indivíduos do espectro autista partindo de uma perspectiva teórica em que a temporalidade possibilita o sentido das vivências humanas, da subjetividade e da própria noção de tempo e com os autistas mostrando-se rígidos com horários e datas específicas, impacientes diante da espera e, segundo o relato dos pais, parecendo estar “fora do tempo”.

Sua avaliação constituiu-se de duas fases: na primeira, com uma amostra de 30 indivíduos em cada grupo (grupo síndrome de Asperger e grupo de comparação) verificando aspectos de noção de duração de tempo através de instrumentos quantitativos e qualitativos. Na segunda fase, a partir de uma amostra de 15 indivíduos de cada grupo, investigaram-se, através de entrevista qualitativa, temas relacionados à temporalidade. Os resultados constataram uma temporalidade restrita evidenciada pela presença de prejuízos relacionados à continuidade no contato com o ambiente, à limitada perspectiva no sentido do que está por vir e da noção de tempo. A morte foi representada, a partir do senso comum, como um acontecimento ruim associado ao que é perigoso e doloroso, enquanto no grupo de comparação apareceu o sentido da espiritualidade e da possibilidade da própria morte.

Conforme proposto pelos autores anteriormente citados, o entendimento de um conceito não ocorre somente num patamar intelectual, mas também em um nível afetivo que envolve experiências pessoais, trocas interpessoais e com o meio e até mesmo como uma forma de retroalimentar a cognição e vice-versa. Partindo do princípio que os déficits autísticos, sejam eles de origem afetiva ou cognitiva, levam a um prejuízo no relacionamento pessoal e social, dificuldade em se colocar no lugar do outro, perceber o estado mental do próximo, simbolizar, processar informações globalmente e disfunção executiva, esses aspectos prejudicariam, assim, a abstração necessária para a compreensão do conceito de morte.

² FERGUSON, F. Children's Cognitive Discovery of Death. *Journal of the Association for the Care of Children in Hospitals*, v. 7, p. 8-14, 1978.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é avaliar o conceito de morte em pacientes com síndrome de Asperger em comparação a indivíduos com Deficiência Mental Leve e outros sem problemas mentais e psiquiátricos.

A inexistência de estudos relacionados à concepção de morte na criança, com autismo, faz pensar que este trabalho poderá contribuir para avaliar a temática, compreender melhor o conceito de morte e o padrão do pensamento autístico no que se refere a fenômenos abstratos ligados à consciência do eu, do outro e de tempo.

O conceito de morte é aqui focalizado de um ponto de vista estritamente biológico, ou seja, como cessação definitiva das atividades funcionais dos seres vivos. As três dimensões implícitas neste conceito foram definidas por Torres (1979) da seguinte forma:

- Extensão: grau de compreensão dos seres que morrem (universalidade);
- Significado: grau de compreensão acerca do que é a morte (não funcionalidade);
- Duração: grau de compreensão dos sujeitos acerca do tempo de permanência da morte (irreversibilidade).

Constituímos então as seguintes hipóteses: a) hipótese de nulidade: o conceito de morte em indivíduos com síndrome de Asperger é igual ao dos indivíduos com deficiência mental leve e ao dos sadios; e b) hipótese experimental: o conceito de morte é diferente nos três grupos estudados.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA

Foram selecionados três grupos com trinta sujeitos, denominados grupo A, B e C, compostos por indivíduos do sexo masculino, em função da maior prevalência de quadros autísticos nesse sexo; idade acima de 12 anos, uma vez que nessa faixa etária é esperado que todas as dimensões do conceito de morte já tenham sido adquiridas, independente de contato prévio com a morte, seja através de doenças terminais ou familiares falecidos.

O grupo A foi constituído por indivíduos com desempenho intelectual dentro da faixa da normalidade que freqüentavam escola, curso profissionalizante ou faculdade. A escolaridade variou entre nível superior (11), ensino médio (11) e ensino fundamental 5° a 8° série (8). Um era órfão.

O grupo B foi composto por indivíduos com síndrome de Asperger encaminhados para este estudo por diversos psiquiatras responsáveis por seu acompanhamento clínico. A escolaridade distribuiu-se em ensino superior (2), ensino médio (14), ensino fundamental 5° a 8° série (12) e escola especial (2). Seis eram órfãos.

O grupo C foi formado por indivíduos com deficiência mental leve que participavam do centro de convivência de uma instituição especializada. O nível de escolaridade distribuiu-se entre ensino médio (1), ensino fundamental 5° a 8° série (7), ensino fundamental 1° a 4° série (12), escola especial (10), sexo masculino, seis eram órfãos.

Os critérios de inclusão nos respectivos grupos:

Grupo A:

- Ausência de doença psiquiátrica detectável (segundo critérios do DSM IV TR), incluindo eixos I e II ;
- Desempenho intelectual dentro da faixa da normalidade.

Grupo B:

- Diagnóstico de síndrome de Asperger de acordo com os critérios do DSM IV TR;

- Inteligência dentro da faixa da normalidade, usando como parâmetro de homogeneização da amostra a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (Vineland/ver item 3.2.4), com pontuação maior ou igual a 70;
- Escala de traços Autísticos (ATA/ ver item 3.2.3) com escore acima de 15 pontos.

Grupo C:

- Diagnóstico de deficiência Mental Leve realizado clinicamente de acordo com os critérios do DSM IV TR;
- Quociente de desenvolvimento de acordo com a Vineland em nível de deficiência mental leve ($50 \leq QS < 70$ à Vineland);
- ATA com pontuação abaixo de 15 pontos.

Critérios de exclusão para os três grupos:

- co-morbidades psiquiátricas;
- Doenças físicas;
- doenças somáticas crônicas;
- risco de morte iminente.

3.2 INSTRUMENTOS

3.2.1 INSTRUMENTO DE SONDAÇÃO DE CONCEITO DE MORTE

O instrumento de sondagem de conceito de morte elaborado por Torres (1978) consta de 36 itens planejados para avaliar as dimensões extensão, significado e duração do conceito de morte biológica sendo: 11 itens pertinentes à dimensão extensão, destinados a avaliar o grau de compreensão dos sujeitos acerca dos seres que morrem; 17 itens referentes à dimensão significado, destinados a avaliar o grau de compreensão dos sujeitos acerca do que é a morte; 8 itens referentes à dimensão duração, destinados a avaliar o grau de compreensão dos sujeitos acerca do tempo de permanência da morte.

Os itens pertinentes a cada uma das dimensões pesquisadas são precedidos de histórias-estímulo, de três tipos: itens que implicam em respostas em termos de sim ou não seguidas de justificativa; itens que apenas exigem

respostas em termos de sim e não; e itens totalmente abertos. Cada grupo de itens relativos a cada uma das dimensões é seguido por um espaço destinado a observações do aplicador. A cópia do instrumento de sondagem do conceito de morte encontra-se no Anexo A.

Os critérios de avaliação permitem a inclusão das respostas, para cada dimensão estudada, em três amplas categorias:

- Ignorância ou aparente ignorância – a resposta revela total ignorância ou, apesar de demonstrar algum conhecimento, este é muito escasso e as definições são irrelevantes e de natureza egocêntrica.
- Noção restrita – a resposta evidencia um grau de compreensão limitado e as explicações e definições dadas caracterizam-se por sua especificidade e concretude, não sendo amplas, gerais, nem biologicamente essenciais.
- Noção completa – a resposta evidencia um grau de compreensão dos aspectos mais abstratos da morte e as definições dadas são amplas, gerais, lógica e biologicamente essenciais.

A atribuição de pontos varia de 0 a 3, havendo alguns itens relativos às dimensões significado e duração que, em função de sua natureza, admitem apenas uma valoração de 0 ou 1. Os detalhes da atribuição de pontos encontram-se no Anexo B.

3.2.2 AVALIAÇÃO DE CLASSE SOCIAL-PELOTAS

Para obtermos amostras semelhantes em termos de classe social foi aplicado a avaliação de classe social-Pelotas (LOMBARDI et al., 1988), que avalia o nível sócio econômico a partir do cargo e da formação necessária para que se ocupe este cargo do principal provedor da família. Podem ser classificadas como: Burguesia, Nova pequena burguesia, Pequena burguesia tradicional, proletário típico, proletário não típico e subproletariado (Anexo C). Essa escala foi escolhida por não se embasar somente no poder aquisitivo da família, mas sim na sua atividade e cultura.

3.2.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (ATA)

Com intuito de diferenciar o grupo de autistas do grupo de deficientes mentais, ambos foram submetidos à Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA). A ATA é uma escala, validada no Brasil, e composta por 23 sub-escalas, cada uma das quais divididas em diferentes itens, que pontuam sintomas de autismo segundo os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID 10) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) e do DSM-IV-TR (APA, 2002). Cada subescala recebe uma pontuação de 0 a 2, de acordo com a presença ou ausência de sintomas de autismo, o escore total é a soma aritmética da pontuação das subescalas, o ponto de corte sugerido pelos autores é de 15 (ASSUMPÇÃO et al., 1999), ou seja, abaixo de 15, os sintomas de autismo não são significativos, enquanto acima de 15 sugerem-se sintomas significativos de autismo (Anexo D).

3.2.4 ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND (VINELAND)

Para avaliar o nível adaptativo dos indivíduos com autismo e com deficiência mental, foi utilizada a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (SPARROW; BALLA; CICHETTI, 1984). A Vineland é uma entrevista com os pais ou responsáveis que avalia o comportamento adaptativo, ou seja, a capacidade de atender as demandas cotidianas; ao contrário do quociente intelectual que avalia o melhor desempenho que um indivíduo pode atingir em testes estruturados (VOLKMAR, 2003). A Vineland utilizada, neste estudo, avalia o nível funcional da criança em três áreas, a saber: comunicação (cognição), atividades de vida cotidiana (adaptação e independência nas atividades da vida diária e prática) e socialização, mensurando um quociente de desenvolvimento. A escala Vineland é bastante utilizada tanto para populações com Deficiência Mental como para pessoas com Transtorno Global do Desenvolvimento que, em geral, não respondem aos testes psicométricos (KLIN et al., 2007), sua confiabilidade e validade nestas populações são altas (BILDT et al., 2005) (Anexo E).

3.2.5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Todos os participantes do estudo foram instruídos sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo F), de acordo com as considerações éticas (Anexo G). Este termo, bem como o projeto foi submetido ao comitê de ética em 23/08/2007.

3.3 PROCEDIMENTOS

Os indivíduos da pesquisa, compareceram para a entrevista individual na sala do Projeto Distúrbios do Desenvolvimento no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, após informações sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os sujeitos foram encaminhados para avaliação.

Os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: Vineland, ATA, Escala de Pelotas, instrumento de sondagem do conceito de morte. Sendo que somente nos grupos B e C foram aplicados a Vineland e a ATA, já que ambos os instrumentos foram utilizados para homogeneização da amostra.

Antes da aplicação do instrumento de sondagem do conceito de morte foi feita a seguinte instrução “Estou fazendo uma pesquisa para entender como as pessoas pensam acerca de algumas coisas, não existe resposta certa nem errada, o importante é a sua opinião”.

Encerrada a aplicação, agradecia-se a participação e nos casos que tomavam a iniciativa prosseguia-se uma pequena conversa sobre o questionário, sobre os possíveis resultados da pesquisa, e sobre elementos que surgiram na aplicação dos instrumentos.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados obtidos foram comparados entre os três grupos de estudo por meio da análise de variância (ANOVA). Quando o p da ANOVA foi significativo, isto é, menor que 0,01; foram aplicadas as comparações múltiplas de Bonferroni para verificar onde estavam as diferenças (MAXWELL; SATAKE, 1997). Cada dimensão do conceito de morte gerou um escore, ou seja, foram

obtidos 3 escores (até 33 pontos para universalidade, até 43 pontos para não funcionalidade, e até 10 pontos para irreversibilidade).

Os escores da aplicação da Vineland do grupo de autistas foi comparada àquela do grupo de deficientes mentais, aplicando-se o teste t independente, com nível de significância 5% (MAXWELL e SATAKE, 1997). Comparando cada dimensão separadamente, desta forma, obtivemos 4 escores, um relativo à Vineland total (VT), e um para cada dimensão avaliada pela Vineland, a saber: Vineland comunicacional (VC), relativo a habilidades cognitivas, Vineland atividade cotidiana (VA), sobre a independência e adaptação em atividades da vida diária e atividades da vida prática ou instrumentais da vida diária, e Vineland socialização (VS), relativo a sociabilização.

4 RESULTADOS

4.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Primeiramente, foram caracterizados os grupos a partir da idade e do nível socioeconômico. O grupo A, constituído por indivíduos sem patologias foi denominado SADIOS; o grupo B, composto por pessoas com síndrome de Asperger foi denominado de SA; o grupo C, constituído por deficientes mentais leves recebeu a denominação DMLEVE.

O resultado comparativo entre os três grupos quanto a idade é apresentado. Para tanto, foi aplicado o teste ANOVA com nível de significância de 5% (*Tabela 1*). Não houve diferença significativa na idade média entre os três grupos.

Tabela 1: média e desvio-padrão das idades das pessoas de cada grupo.

	SA	SADIOS	DMLEVE	ANOVA (p)
Média	19,50	19,37	19,80	
Desvio-padrão	5,38	5,79	5,09	0,951
Tamanho	30	30	30	

Com esses resultados temos a seguinte hierarquia: SADIOS = SA = DMLEVE.

Quanto à classificação social (LOMBARDI et al., 1982) segue a distribuição de cada grupo (*Tabela 2*).

Tabela 2: Caracterização da classe social das famílias dos 3 grupos estudados

		Grupo						Total	
		SA		SADIOS		DMLEVE			
		N	%	N	%	N	%	N	%
SOCIAL	NPB	11	36,7%	11	36,7%	3	10,0%	25	27,8%
	PT	4	13,3%	3	10,0%			7	7,7%
	PNT	9	30,0%	9	30,0%	15	50,0%	33	36,7%
	PBT	3	10,0%	5	16,7%	7	23,3%	15	16,7%
	SP	3	10,0%	2	6,7%	5	16,6%	10	11,1%
Total		30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%	90	100,0%

ABREVIATURAS: NPB: nova pequena burguesia; PBT: pequena burguesia tradicional; PNT: proletariado não típico; PT: proletariado típico; SP: subproletariado.

No que se refere à distribuição das classes sociais, observamos um pareamento entre os grupos SA e SADIOS, enquanto que o grupo DMLEVE apresentou um maior número de indivíduos na classe proletariado não típico; dessa forma o perfil social do grupo DMLEVE é ligeiramente inferior aos outros dois grupos. Vale salientar que os fatores social, cultural e religioso interferem no conceito de morte, porém não existe uma unanimidade quanto a estes fatores (KENYON, 2001).

Com a finalidade de tornar as amostras homogêneas foram caracterizados ainda, os grupos da seguinte forma, o grupo SA constituído por indivíduos com síndrome de Asperger e $QS \geq 70$ ao Vineland, enquanto no grupo DMLEVE as pessoas não apresentavam diagnóstico associado de Autismo e $50 \leq QS < 70$ ao Vineland.

Para que as diferenças e semelhanças entre estes dois grupos fossem evidentes, foi feita uma série de comparações. Foram relacionados o escore total da Vineland (VT) e cada área da Vineland separadamente: Vineland Comunicacional (VC), Vineland atividade cotidiana (VA) e Vineland socialização (VS), para caracterizar em que esfera ocorrem os déficits de cada grupo. Também foram comparados os valores de ATA dos dois grupos (Tabela 3). Para tanto, aplicou-se o teste t independente com nível de significância de 5%.

Tabela 3: Comparações entre os valores de ATA, VT, VC, VA, VS entre os grupos de SA e DMLEVE.

SA(n=30)	DMLEVE(n=30)	TESTE T(p)
ATA: 34,43	ATA: 12,70	<0,001
VT: 76,90	VT: 57,17	<0,001
VC: 82,30	VC: 30,97	<0,001
VA: 76,63	VA: 67,83	0,014
VS: 87,20	VS: 87,50	0,927

Analisando a tabela 3 observa-se que o grupo SA apresenta o valor de VT significativamente maior que no grupo DMLEVE. Essa diferença ocorre à custa de VC, ou seja, a parte da Vineland que avalia a inteligência, já que os valores de VA e VS não apresentaram diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos.

Pode-se dizer que o grupo SA é superior no que se refere à inteligência, porém, quanto à autonomia (VA), apesar do valor absoluto ser maior, não houve diferenças significativas em relação ao grupo DMLEVE, isso pode ser explicado pelo fato de que as famílias tendem a superproteger indivíduos de ambos os grupos, enquanto que no plano social (VS), ambos tiveram o mesmo rendimento.

4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS ENTRE OS GRUPOS EM RELAÇÃO ÀS TRÊS DIMENSÕES DO CONCEITO DE MORTE

Apresentação do resultado comparativo entre os grupos SA, SADIOS e DMLEVE nas três dimensões do conceito de morte: extensão (*Tabela 4*), significado (*Tabela 5*) e duração (*Tabela 6*). Para tanto, foi aplicado o teste ANOVA com nível de significância de 5%.

Tabela 4: Comparação entre as médias e desvios-padrão dos escores da dimensão extensão (universalidade) nos 3 grupos estudados.

Estatística	SA	SADIOS	DMLEVE	ANOVA (p)
Média	21,93	26,67	16,67	
Desvio-padrão	5,63	5,77	5,47	<0,001 *
Tamanho	30	30	30	

Para verificar em que categorias estão as diferenças, aplicaram-se as comparações múltiplas de Bonferroni (*Tabela 4.1*).

Tabela 4.1: Comparações múltiplas de Bonferroni entre os 3 grupos.

Comparação	(p)	Resultado
SA x SADIOS	0,005	diferentes
SA x DMLEVE	0,001	diferentes
SADIOS x DMLEVE	<0,001	diferentes

Com esses resultados temos a seguinte hierarquia: SADIOS > SA > DMLEVE.

Tabela 5: Comparação entre as médias e desvios-padrão dos escores da dimensão significado (não funcionalidade) nos 3 grupos estudados.

Estatística	SA	SADIOS	DMLEVE	ANOVA (p)
Média	24,10	39,20	17,17	
Desvio-padrão	8,21	3,02	6,86	<0,001
Tamanho	30	30	30	

Para verificar em que categorias estão as diferenças, foram aplicadas as comparações múltiplas de Bonferroni (*Tabela 5.1*).

Tabela 5.1: Comparações múltiplas de Bonferroni entre os 3 grupos.

Comparação	(p)	Resultado
SA x SADIOS	<0,001	diferentes
SA x DMLEVE	<0,001	diferentes
SADIOS x DMLEVE	<0,001	diferentes

Com esses resultados temos a seguinte hierarquia: SADIOS > SA > DMLEVE.

Tabela 6: Comparação entre as médias e desvios-padrão dos escores da dimensão duração (irreversibilidade) entre os 3 grupos estudados.

Estatística	SA	SADIOS	DMLEVE	ANOVA (p)
Média	6,60	8,57	5,73	
Desvio-padrão	1,96	1,19	2,45	<0,001
Tamanho	30	30	30	

Para verificar em que categorias estão as diferenças, aplicaram-se as comparações múltiplas de Bonferroni (*Tabela 6.1*).

Tabela 6.1: Comparações múltiplas de Bonferroni entre os 3 grupos estudados.

Comparação	(p)	Resultado
SA x SADIOS	0,001	diferentes
SA x DMLEVE	0,260	iguais
SADIOS x DMLEVE	<0,001	diferentes

Com esses resultados temos a seguinte hierarquia: SADIOS > SA = DMLEVE.

Em relação às três dimensões do conceito de morte, o grupo SA foi inferior ao grupo SADIOS e superior ao grupo DMLEVE, exceto na dimensão duração. Na dimensão duração o grupo SA foi semelhante ao grupo DMLEVE. Portanto o grupo SA apresenta prejuízo no desenvolvimento do conceito de morte em todas as suas dimensões, porém, esse prejuízo não é tão significativo quanto nos deficientes mentais, exceto na dimensão duração, onde não houve diferença significativa entre os dois grupos.

5 DISCUSSÃO

O desenvolvimento do conceito de morte, segundo Antony (1972³ apud TORRES, 1979), relaciona-se à aquisição de outros conceitos como o de vida e o de causalidade. Esse desenvolvimento conceitual ocorre na direção ascendente, de um nível para o outro, em função da idade cronológica e, principalmente, da idade mental.

São descritos três estágios de desenvolvimento do conceito de morte paralelos aos estágios piagetianos. Apenas no terceiro estágio, relativo ao período de operações formais, o conceito de morte é plenamente compreendido (KANE, 1979; KOOCHER, 1973, 1974; ORBACH; GLAUBMAN, 1978; STERNLICHT, 1980; TORRES, 1978, 1979, 1996, 1999).

A relação entre conceito de morte e desenvolvimento cognitivo, segundo Torres (1979), estabelece que no período pré-operacional as crianças não adquiriram noção de irreversibilidade, universalidade e não funcionalidade. No período de operações concretas, compreendem as dimensões irreversibilidade e universalidade, mas não as correlacionam entre si. Já no período de operações formais, compreendem as três dimensões e são capazes de dar explicações abstratas e existenciais.

Segundo Torres (1978), o ponto crucial para a estruturação do conceito de morte ocorre no período de operações concretas, pois nesse subperíodo se desenvolvem as estruturas cognitivas mais importantes e também se inicia o crescimento da personalidade a partir do qual a criança, não mais limitada pelas fontes de sua experiência pessoal, está pronta para se beneficiar da interação humana no verdadeiro sentido. A criança já é capaz de observar que os outros são diferentes dela própria e que têm experiências diferentes. Conseqüentemente, torna-se capaz de expressar a permanência da morte física, mesmo sem ter tido contato com ela ou tê-la experimentado.

Para compararmos os resultados do presente estudo com os achados de Torres (1978), seguem-se as médias das três dimensões do conceito de morte encontradas em sua pesquisa. No período pré-operacional, a dimensão extensão obteve 15,67; significado: 16,79; duração: 3,37. No período de operações concretas,

³ ANTHONY, Sylvia. *The Discovery of Death in Childhood and After*. New York: Basic Book, 1972.

a dimensão extensão apresentou a média de 24,73; a média da dimensão significado foi 29,23; enquanto a dimensão duração obteve 7,85. O período de operações formais apresentou, para as dimensões extensão, significado e duração, respectivamente, as médias: 28,87; 33,62; 9,4.

Comparando ambos os resultados, observamos que os valores absolutos, em cada dimensão do conceito de morte, do grupo DMLEVE, se aproximam dos valores do grupo de crianças no período pré-operacional. Da mesma maneira os valores absolutos do grupo SA se aproximam das médias relativas obtidas pelas crianças em período de operações concretas. Já o grupo SADIOS apresentou valores que se aproximam das médias das crianças em pensamento formal.

Assim, pode-se sugerir que os autistas e deficientes mentais apresentam dificuldades na aquisição do conceito de morte. Nos deficientes mentais, os dados obtidos neste estudo concordam com aqueles do estudo de Sternlicht (1980), no qual indivíduos com QI médio de 48,8 e no período pré-operacional não apresentariam noções realistas acerca de quando iam morrer e nem da permanência da morte. Este grupo não apresenta estruturas intelectuais e conceitos fundamentais para o estabelecimento do conceito de morte, a saber, distinção entre seres inanimados de animados, conservação, diferenciação do *self* de objetos não *self*, conceitos de tempo e de causalidade.

Ao contrário do grupo de deficientes mentais, o de indivíduos com síndrome de Asperger apresenta as estruturas intelectuais necessárias para que se compreenda o significado da morte. A deficiência mental é caracterizada por um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, está relacionada ao funcionamento intelectual e adaptativo, refere-se ao modo como o indivíduo enfrenta com eficiência as exigências cotidianas e o grau que atinge os critérios de independência pessoal e autonomia quando comparados aos demais de sua idade, bagagem sócio-cultural e contexto comunitário (APA, 2002).

A síndrome de Asperger não apresenta retardo clinicamente significativo na linguagem falada, habilidades de autocuidado e desempenho intelectual, e se caracteriza por prejuízos na interação social, interesses e comportamentos limitados (KLIN, 2006). Isso pode ser observado na amostra desse estudo, em que os valores da Vineland são superiores no grupo SA em relação ao grupo DMLEVE, tanto na média total VT, quanto nas áreas VC e VA separadamente; porém, na área VS o grupo DMLEVE teve o mesmo desempenho do grupo SA.

Kenyon (2001) concluiu em sua pesquisa que as dimensões universalidade e irreversibilidade estão relacionadas às habilidades verbais, enquanto a causalidade e a não funcionalidade são afetadas por experiências pessoais. Derry (1979 apud JENKINS; CAVANAUGH, 1985) também relacionou o desenvolvimento do conceito de morte ao desenvolvimento das habilidades verbais e seu uso no ambiente, enquanto Nunes (1998) confirmou existir relação entre as experiências, presentes na mídia, nas crenças e nas trocas de vivências, e o desenvolvimento do conceito de morte. O significado, como referido anteriormente, possui dois componentes, o significado propriamente dito e o sentido que é influenciado pelas experiências pessoais (OLIVEIRA, 1992). Esses estudos caracterizam a idéia de “sentido”, como um dos elementos primordiais no desenvolvimento do conceito de morte.

Indivíduos do espectro autístico apresentam prejuízo na linguagem, falham em comunicar se funcionalmente, tendem a ser repetitivos e desconexos, o que acarreta prejuízo na interação social, nas trocas de experiências e, baseado nos resultados do presente estudo, na percepção do conceito de morte.

Tarelho (2005), considerou a fraca coerência central para demonstrar que os autistas são capazes de perceber o estímulo nociceptivo sem o contexto que o acompanha, não considerando dor o que outro indivíduo consideraria, já que a dor tem uma dimensão sensorial e outra afetiva.

A dificuldade de percepção de conceitos complexos no autista pode ser explicada pela incapacidade de processar informações devido aos déficits na função executiva e na coerência central; assim, a morte pode ser focada em detalhes em detrimento da visão global.

Para ilustrar essa dificuldade, seguem exemplos de respostas dadas por indivíduos do grupo “SA” (as respostas dos três grupos, ao instrumento de sondagem do conceito de morte, se encontram no Anexo H):

1) Como você sabe se uma pessoa está dormindo ou se está morta?

- *Quando entro no meu quarto e vejo minha mãe dormindo, meu pai. [e aí?] Aí se não são eles é a minha irmã, minha sobrinha [repito a pergunta] Porque eles estão cansados do serviço prestados ou não prestados (SA 4).*

2) Como você sabe se alguém está dormindo ou se está morto?

- *Às vezes, é semelhante, na terceira idade vai para o hospital e morre [repito a pergunta] às vezes, é semelhante, à novela quando em 1981 na minissérie “Anos Dourados” com Felipe Camargo e Malu Mader (conta uma cena em que morre um*

personagem). [Repito a pergunta]. *Às vezes, nos jornais investigativos Milton Leite, João Neves ...eles encontram um cadáver (AS 7).*

3) Como você sabe se alguém está dormindo ou se está morto?

- *Quem morre não acorda mais... adeus, quem dorme entra em repouso e acorda, a não ser que morra enquanto estiver dormindo (SA 15).*

4) Os mortos sabem quando alguém fala deles? Por quê?

- *Não, porque eu sou evangélico (SA 17).*

As repostas apresentadas pelo grupo SA difere das dos controles sadios e com deficiência mental leve, como podemos observar:

1) Como você sabe se alguém esta dormindo ou se está morto?

- *Pela funcionalidade dos órgãos vitais faz perceber se uma pessoa está viva (SADIOS 1).*

2) Os mortos sabem quando alguém fala deles? Por quê?

- *corporal e espiritual, corporal não, espiritual podem, se já completada a missão deles (SADIOS 15).*

3) Como você sabe se alguém esta dormindo ou se está morto?

- *Se está dormindo, ela está bem, morto é difícil (DMLEVE 20).*

4) Os mortos sabem quando alguém fala deles? Por quê?

- *Sabe, no caixão 'tão' dormindo, né... (DMLEVE 1).*

A média do escore dos autistas para a dimensão significado (não funcionalidade) foi 24,1, enquanto para as crianças no período de operações concretas 29,3. Nesse período, segundo Piaget (1967), ocorre progresso na conduta e na socialização. Na inteligência, inicia-se a construção lógica que constitui precisamente o sistema de relações que permite a coordenação dos pontos de vista entre si. Considerando-se a afetividade, o mesmo sistema de coordenações sociais e individuais produz uma moral de cooperação e de autonomia pessoal em oposição à moral intuitiva de heteronomia, característica das crianças mais novas. O pensamento progride à medida que declina o egocentrismo, aparecendo novas formas de explicação, sendo uma delas, a explicação por identificação, surgindo aí as noções de permanência (peso e volume), tempo, espaço e velocidade e causalidade. Assim, ele é o resultado de um jogo de operações coordenadas entre si em sistemas de conjuntos cuja propriedade mais importante é a de serem reversíveis, em oposição ao pensamento intuitivo da primeira infância. A afetividade caracteriza-se pela aparição de novos sentimentos morais e, sobretudo, por uma

organização da vontade, que leva a uma melhor integração do “eu” e a uma regulação da vida afetiva.

Crianças em período de operações concretas são capazes de diferenciar seu ponto de vista dos outros (PIAGET, 1968), sendo também capazes de perceber o outro como um ser dotado de sentimentos, característica primordial para a socialização. As crianças com autismo apresentam déficit na aquisição desta habilidade, falhando em interagir socialmente e reconhecer o estado mental das pessoas (BARON-COHEN, 1988).

Esta inabilidade inata, caracterizada por problemas de abstração e simbolização, impede os autistas de atribuírem estados mentais e preverem o comportamento do outro. Dessa forma, os autistas, embora sejam capazes de perceber a noção de permanência, tempo cronológico, velocidade e espaço, que são padrões pragmáticos e físicos, falham em atingir noção de temporalidade e morte, já que para estes são necessárias capacidade de simbolização, abstração e meta-representações.

Considerando-se a dimensão duração (irreversibilidade), o escore médio dos autistas não apresentou diferenças estatísticas com o dos deficientes mentais, o que aponta para um déficit na aquisição desta dimensão, em que estão implícitas as noções de tempo e temporalidade.

Indivíduos do espectro autista, segundo Zukauskas (2003), identificam termos temporais, noção de período, orientação temporal (dia, mês, ano, período do dia), porém, no que concerne a temporalidade e em relação à perspectiva que a condição temporal cria na vida de cada um, eles suprimem este sentido por interações concretas e conceitos espaciais. O futuro é esperado como regra da vida e ocorre por si mesmo, não como algo vivido. A questão da finitude é então apresentada de forma impessoal, indicando, portanto, uma restrição grave relacionada à temporalidade.

O estabelecimento do conceito de morte ocorre paralelamente ao desenvolvimento da estrutura da personalidade da criança. Nos indivíduos com síndrome de Asperger os déficits na interação afetiva prejudicam a motivação que impulsiona o contato com o meio. Dessa forma, são incapazes de experienciar todo e qualquer contato com o mundo de modo amplo (ZUKAUSKAS, 2003).

Os déficits na teoria da mente fazem com que os autistas apresentem consciência de identidade estereotipada (ZUKAUSKAS, 2003) e não são capazes de

compartilhar experiências, contribuindo para desvio na noção de consciência e na noção de vida dessas pessoas, e por consequência o significado da palavra morte, principalmente no que tange ao componente sentido.

Indivíduos com déficits autísticos têm dificuldade em atribuir significados e também em projetar-se para o futuro, são capazes de entender a noção de antes e depois, mas vivem o agora. Exemplo : Se uma pessoa morresse, o que você faria por esta pessoa morta? *Não sei, nunca cuidei de morto (SA5)*; O que é estar morto? *Não sei, nunca morri (SA 27)*.

Nos indivíduos com síndrome de Asperger, a disfunção executiva, a fraca coerência central e os déficits na teoria da mente, resultam em inabilidades sociais, dificuldades de interação com as pessoas e com o meio. Diante dessa estrutura deficitária, apresentará dificuldades no estabelecimento do conceito de morte se comparado aos indivíduos sem esses déficits.

O conceito de morte dos indivíduos com síndrome de Asperger neste estudo apresentou prejuízo em relação ao grupo controle normal, concordando com os achados de Zukauskas (2003) em que a morte foi descrita de forma impessoal, a partir do significado propriamente dito, enquanto no grupo de comparação surgiu o sentido da palavra morte e a possibilidade da própria morte.

À medida que as pessoas com síndrome de Asperger não vivenciam seu presente e suas escolhas, têm dificuldades em relacionar passado com futuro a partir de significados e planejar projetos que dêem razão à sua existência e, assim, apresentar um conceito de morte menos elaborado.

Para se compreender o sentido da palavra morte, é necessário vivências de perda ou conviver com pessoas que tiveram experiências de perda, e não necessariamente a experiência da morte. Nos indivíduos com síndrome de Asperger que tinham história de perda na família, as médias foram maiores que aquelas do grupo SA. Os seis indivíduos órfãos do grupo SA obtiveram médias maiores nas três dimensões do conceito de morte, a saber, extensão: 25,33; significado 28,66 e duração: 6,83; porém essas médias ainda são inferiores as médias do grupo SADIOS deste estudo e do grupo de operações concretas do estudo de Torres (1978). A partir desses indícios podemos sugerir que experiências de perda podem contribuir para melhor compreensão do significado da palavra morte, embora indivíduos com síndrome de Asperger não sejam capazes de compartilhar experiências de perda, já que não se beneficiam com as experiências alheias.

Os resultados deste estudo, portanto, indicaram que o conceito de morte em indivíduos com síndrome de Asperger é prejudicado quando comparado a indivíduos saudáveis. As perdas, mesmo se constituindo em um aprendizado, não suprem o déficit cognitivo quando se compara os resultados obtidos pelo grupo com déficits autísticos ao grupo sem esses déficits.

6 CONCLUSÃO

O estudo, ao abordar o conceito de morte em indivíduos do espectro autístico, evidenciou um desvio na aquisição deste conceito, principalmente nas dimensões não funcionalidade e irreversibilidade, ressaltado ao compararmos os resultados entre os três grupos estudados, e também ao relacioná-los aos resultados do estudo de Wilma Torres.

O conceito de morte nos portadores da síndrome de Asperger é apresentado de forma impessoal e concreta. Experiências são fundamentais para que este conceito seja plenamente desenvolvido, e no caso dos autistas eles só se beneficiam de experiências que eles vivenciam.

Os indivíduos com síndrome de Asperger com experiências de perda, tiveram médias maiores que aqueles com síndrome de Asperger sem perdas familiares, porém, os resultados se mantiveram inferiores aos grupos de sadios e das crianças em operações concretas do estudo prévio de Wilma Torres. Este fato sugere que o conceito de morte em Aspergers apresenta prejuízo em relação a pessoas sem déficits autísticos.

O presente estudo apresentou uma amostra de diferentes escolaridades, não realizou provas piagetianas e não pareou casos de indivíduos com experiências de perda, sugerindo novos estudos com estas variáveis controladas. Mas apresentou uma nova perspectiva sob o conceito de morte e a forma de pensamento dos indivíduos com síndrome de Asperger.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ABERASTURY, A. A percepção da morte na criança. In: ABERASTURY, A. et al. *A Percepção da Morte na Criança e outros Escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. p. 128-139.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV TR*. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ARIÈS, P. *História da Morte no Ocidente*. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ASSUMPÇÃO JR F.B.; KUCZYSNKI, E.; GABRIEL, M.R.; ROCCA, C.C. Validade e Confiabilidade de uma Escala para Detecção de Condutas Autísticas. *Arquivos de Neuropsiquiatria* v. 57, n1, p.23-29, 1999.

BAIRD, G.; SIMONOFF, E.; PICKLES, A.; CHANDLER, S.; LOUCAS, T.; MELDRUM, D.; CHARMAN, T. Prevalence of the Autism Spectrum in a Population Cohort of Children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, v. 368, p. 210-215, 2006.

BARON-COHEN, S. Social and Pragmatic Deficits in Autism: Cognitive or Affective? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 18, n. 3, p. 379-401, 1988.

BARON-COHEN, S. The Development of a Theory of Mind in Autism: Deviance or Delay? *Psychiatric Clinics of North América*, v. 14, n. 1, p. 33-52, 1991.

BARON-COHEN, S. From atencional-goal psychology to bellif-desire psychology: the development of a theory of mind, and its dysfunction. In: BARON-COHEN, S.; TAGHER-FLUSBERG, H.; COEHN, D.J. *Understanding other minds: perspectives from autism*. New York: Oxford Medical Publication, 1997. p. 59-81.

BILDT, A.; KRAIJER, D.; SYTEMA, S.; MINDERRA, R. The psychometric properties of the Vineland adaptative behavior scales in children and adolescents with mental retardation. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 35, n. 1, p. 53-62, 2005.

BOSA, C. A. As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 2, p. 281-287, 2001.

BOWLBY, J. *Apego, Perda e Separação*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

*De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração*. Rio de Janeiro, 2002.

BRENT, B. S.; SPEECE, M. W.; LIN, G.; DONG, Q.; YANG, C. The development of the concept of death among Chinese and U. S. children 3-17 years of age: from binary to "fuzzy" concepts? *Omega*, v. 33, n. 1, p. 67-83, 1996.

BUCK, R. The psychology of emotion. In: LEDOUX, J.E.; HIRST, W. *Mind and Brain: Dialogues in cognitive neuroscience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. p 275-300.

COELHO, L. M. S. *Epilepsia e Personalidade*. 2. ed. São Paulo: Editora Ática, 1980.

DANTAS, H. A afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon. In: LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M.K.; DANTAS, H. *Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus, 1992. p. 85-98.

DUNCAN, J. Disorganization of Behavior After Frontal Lobe Damage. *Cognitive Neuropsychology*, v. 3, p. 271-290, 1986.

FOMBONNE, E. Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 33, n. 4, p. 365-382, 2003.

FOMBONNE, E. Epidemiology of Autism Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 66, n. 10, p. 3-8, 2005.

FRITH, U. *Autism: explaining the enigma*. Oxford: Blackwell Publishing, 1989.

GILLBERG, C. Infantile Autism: Diagnosis and treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 81, p. 209-215, 1990.

HAPPÉ, F. Déficit cognitivo o Estilo Cognitivo? Coherencia Central en Autismo. In: SIMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE AUTISMO, 3., 2001, Madrid. *Anais...* Madrid: Edita Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001. p. 105-119.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Petrópolis: Vozes, 1996. v. 2.

HERMELIN, B.; O'CONNOR, N. *Psychological Experiments with Autistic Children*. New York: Pergamon Press, 1970.

HILL, E. L.; FRITH, U. Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical Transactions of The Royal Society of London, Series B, Biological Sciences*, v. 358, p. 281-289, 2003.

HOBSON, P. Understanding persons: the role of affect. In: BARON-COHEN, S.; TAGHER-FLUSBERG, H.; COEHN, D.J. *Understanding other minds: perspectives from autism*. New York: Oxford Medical Publication, 1997. p. 204-227.

HUGHES, C.; RUSSEL, J. Autistic Children's Difficulty with Disengagement from an Object: it's Implications for Theories of Autism. *Developmental Psychology*, v. 29, p. 498-510, 1993.

JENKINS, R. A.; CAVANAUGH, J. C. Examining the relationship between the development of the concept of death and overall cognitive development. *Omega Journal of Death and Dying*, v. 16, n. 3, p. 193-199, 1985.

JASPER, K. *Psicopatologia Geral*. 8. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

KANE, B. Children's Concepts of Death. *Journal of Genetic Psychology*, v. 134, p. 141-153, 1979.

KANNER, L. *Child Psychiatry*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 1948.

KENYON, B. L. Current Research in Children's Conceptions of Death: A Critical Review. *Omega*, v. 43, n. 1, p. 63-91, 2001.

KLIN, A. Autismo e Síndrome de Asperger: Uma visão Geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, p. 3-11, 2006.

KLIN, A.; SAULNIER, C.A.; SPARROW, S.S.; CICCHETTI, D.V.; VOLKMAR, F.R.; LORD, C. Social and Communication Habilities and Disabilities in Higger Functioning Individuals With Autism Spectrum Disorders: The Vineland and The ADDOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 37, n. 4, p. 748-759, 2007.

KOOCHER, G. P. Childhood, Death and Cognitive Development. *Developmental Psychology*, v. 9, p. 369-375, 1973.

KOOCHER, G. P. Talking With Children About Death. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 44, p. 404-411, 1974.

KOVÁCS, M. J. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, M. J. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LOMBARDI, C. Classe social e condições de vida. In: VICTORA; C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. (Org.). *Epidemiologia da Desigualdade*. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 148- 163.

LORD, C.; RUTTER, M. Autism and Pervasive Developmental Disorders. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSOV, L. (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994. p. 569-593.

MAXWELL, D. L.; SATAKE, E. *Research and Statistical Methods in Communication Disorders*. Philadelphia: Lippincott, 1997. p. 183-189.

MCEVOY, R.E.; ROGERS, S.J.; PENNINGTON, B.F. Executive Function and Social Communication Deficits in Young Autistic Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 34, p. 563-578, 1993.

MINKOWSKI, E. *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1970.

MINSHEW, N. Indices of Neural Function in Autism: Clinical and Biological Implications. *Pediatrics*, v. 31 p. 774-780, 1991.

MUNDY, P.; SIGMAN, M. Specifying the Nature of the Social Impairment in Autism. In: DAWSON, G. *Autism: New Perspectives on Nature, Diagnoses and Treatment*. New York: Guilford, 1989. p. 3-21.

NEWSCHAFER, C.J.; CROEN, L.A.; DANIELS, J.; GIARELLI, E.; GREYER, J.K.; LEVY, S.E.; MANDELL, D.S.; MILLER, L.A.; PINTO-MARTIN, J.; REAVEN, J.; REYNOLDS, A.M.; RICE, C.E.; SCHENDEL, D.; WINDHAM, G.C. The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Public Health*, v. 28, p. 235-258, 2007.

NUNES, D. C.; CARRARO, L.; JOU, G. I.; SPERB, T. M. As crianças e o conceito de morte. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 11, n. 3, p. 579-590, 1998.

OLIVEIRA, M. K. O problema da afetividade em Vygotsky. In: LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. *Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus, 1992.

ORBACH, I.; GLAUBMAN, H. Suicidal, aggressive and normal children's perception of personal and impersonal death. *Journal of Clinical Psychology*, v. 34, p. 850-857, 1978.

ORBACH, I.; GROSS, Y.; GLAUBMAN, H.; BERMAN, D. Children's perception of death in humans and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 26, p. 453-463, 1985.

OZZONOFF, S.; STRAYER, D.L.; MCMAHON, W.M.; FILLoux, F. Executive Function Abilities in Autism and Tourette Syndrome: An Information Processing approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 35, p. 1015-1032, 1994.

PIAGET, J. *A Representação do Mundo na Criança*. São Paulo: Record, 1926.

PIAGET, J. *Seis Estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro: Forense, 1967.

PIAGET, J. *A Psicologia da Criança*. São Paulo: Difel, 1968.

RAIMBAULT, G. *A Criança e a Morte. Crianças doentes falam da Morte: Problemas da Clínica do Luto*. Tradução de Roberto Côrtes Lacerda. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

- REILLY, T. P.; HASAZI, Y.E.; BOND, L. A. Childrens conceptions of death and personal mortality. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 8, n. 1, p. 21-31, 1983.
- RITVO, E. R.; ORNITZ, E. M. Medical Assessment. In: RITVO, E. R. *Autism: Diagnosis, Current Research and Management*. New York: Spectrum, 1976.
- SHAH, A.; FRITH, U. An Islet of Ability in Autistic Children: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 24, p. 613-620, 1993.
- SILVEIRA, A. Psicologia Fisiológica. *Maternidade e Infância*, v. 25, n. 1, p. 205-252, 1966.
- SLAUGHTER, V.; LYONS, M. Learning About Life and Death in Early Childhood. *Cognitive Psychology*, v. 46, p. 1-30, 2003.
- SLAUGHTER, V.; GRIFFITHS, M. Death Understanding and Fear of Death in Young Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 12, n. 4, p. 525-535, 2007.
- SPARROW, S. S.; BALLA, D. A.; CICCETTI, D. V. *Vineland Adaptive Behavior Scales: Interview Edition, expanded form manual*. Minnesota: American Guidance Service, 1984.
- SPEECE, M. W.; BRENT, B. S. Children's Understanding of Death: A Review of Three Components of Death Concepts. *Child Development*, v. 55, p. 1671-1686, 1984.
- STERNLICHT, M. The Concept of Death in Preoperational Retarded Children. *The Journal of Genetic Psychology*, v. 137, p. 157-164, 1980.
- TARELHO, L.G. *Investigação da percepção dolorosa em pacientes com autismo de alto funcionamento*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- TORRES, W. C. *O Conceito de Morte em Diferentes Níveis do Desenvolvimento Cognitivo: Uma Abordagem Preliminar*. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1978.
- TORRES, W. C. O Conceito da Morte na Criança. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 31, n. 4, p. 9-34, 1979.
- TORRES, W. C. *O Desenvolvimento Cognitivo e a Aquisição do Conceito de Morte em Crianças de Diferentes Condições Sócio-Experenciais*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- TORRES, W. C. *A Criança Diante da Morte: Desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- TORRES, W. C. O Conceito de Morte em Crianças Portadoras de Doenças Crônicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 18, n. 2, p. 221-229, 2002.

WALLON, H. *Los Orígenes Del Carácter en el Niño*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.

WING, L. The Autistic Continuum. In: *Aspects of Autism: Biological Research*. London: Royal College of Psychiatrists and The National autistic Society, 1988. p. 5-8.

WHITE, E.; ELSOM, B.; PRAWAT, R. Children`s Conceptions of Death. *Child Development*, v. 49, p. 307-310, 1978.

VIGOTSKY, L. S. *Pensamento e Linguagem*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VOLKMAR, F. Ask the editor: adaptative skills. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 33, n. 1, p. 109-110. 2003.

YANG, S.C.; CHEN, S. Content Analysis of Free-Response Narratives to Personal Meanings of Death Among Chinese Children and Adolescents. *Death Studies*, v. 30, p. 217-241, 2006.

ZUKAUSKAS, P. R. *A Temporalidade e a Síndrome de Asperger*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ANEXO A**INSTRUMENTO DE SONDAGEM DO CONCEITO DE MORTE
(DIMENSÕES E ITENS ESTUDADOS)****EXTENSÃO****HISTÓRIA I**

Era uma vez um ratinho que vivia em um buraco e resolveu aumentar o mundo em que vivia. Cavou um túnel e quando chegou do lado de fora, abrindo bem os olhos, viu o sol, e conversou com ele e depois com muitas outras coisas que existem no mundo. O ratinho descobriu, então, que algumas coisas morrem.

Eu vou lhe fazer algumas perguntas e você vai me dizer o que você acha.

a) passarinho morre? _____ Por quê? _____

b) relógio morre? _____ Por quê? _____

c) homem morre? _____ Por que? _____

d) vela morre? _____ Por quê? _____

e) flor morre? _____ Por quê? _____

f) criança morre? _____ Por quê? _____

g) lua morre? _____ Por quê? _____

h) pedra morre? _____ Por quê? _____

i) árvore morre? _____ Por quê? _____

j) bicicleta morre? _____ Por quê? _____

l) sol morre? _____ Por quê? _____

Observações do aplicador:

SIGNIFICADO

HISTÓRIA II

Um dia nasceu uma linda princesa. No dia de seu aniversário uma fada feia e velha que não havia sido convidada para a festa entrou e disse : “quando tiver 15 anos, a princesa picará o dedo numa agulha e morrerá”. Mas, logo em seguida, outra fada veio e disse: “a princesa não morrerá, mas dormirá durante 100 anos”.

a) Como você sabe se alguém esta dormindo ou se está morto? _____

b) Os mortos se movem ou não? _____ Por quê? _____

c) Os mortos comem? _____ Por quê? _____

d) Os mortos abrem e fecham os olhos? _____ Por quê? _____

e) Os vermes comem os mortos ou não? _____ Por quê? _____

(se a criança não souber o que é verme substituir por minhoca)

f) Os mortos se levantam? _____ Por quê? _____

g) Os mortos sonham? _____ Por quê? _____

h) Os mortos sentem frio? _____ Por quê? _____

i) Os mortos respiram? _____ Por quê? _____

j) Os mortos sabem quando alguém fala deles? _____ Por quê? _____

l) Com o passar do tempo, o corpo dos mortos se desmancha ou não? _____ Por
quê? _____

Observação do aplicador: _____

SIGNIFICADO**HISTÓRIA III**

Uma vez a morte apareceu para um menino e disse: “vou te dar um presente: farei de você um grande médico quando crescer. Mas, sempre que você for chamado para atender um doente, eu aparecerei. Se eu estiver na cabeceira do doente você poderá garantir que ele ficara bom. Mas se eu estiver aos pés do doente você saberá que ele me pertence e por isso nenhum remédio ira curá-lo”.

a) A morte aparece para as pessoas ou não? _____

b) A morte tem chave para entrar nos lugares? _____

c) O que é morte? _____

d) A morte mora em algum lugar? _____ Onde? _____

e) O que é estar morto? _____

f) A morte é alguém que vem para levar as pessoas? _____

Quem? _____

Observação do aplicador: _____

DURAÇÃO

HISTÓRIA IV

Era uma vez uma rainha que tinha muita inveja de Branca de Neve por isso resolveu matá-la. Um dia, enquanto a penteava, enterrou um pente envenenado em sua cabeleira e Branca de Neve caiu morta. À noite, os anõezinhos descobriram que Branca de Neve estava morta; então, arrancaram o pente envenenado, deram-lhe um pouco de licor e Branca de neve voltou a viver.

a) Se uma pessoa morresse, o que você faria por esta pessoa morta? _____

b) Deixaria a pessoa morta no hospital até que ela melhorasse? _____

c) Daria comida para a pessoa morta ? _____

d) Mandaria enterrar a pessoa morta? _____ Por quê? _____

e) Levaria a pessoa morta para o pronto socorro? _____

f) Daria sangue novo à pessoa morta para que ela tornasse a viver? _____

g) Daria remédios para a pessoa morta? _____

h) O que você faria para que a pessoa morta tornasse a viver? _____

Observação do aplicador: _____

ANEXO B

INSTRUMENTO DE SONDAGEM DO CONCEITO DE MORTE: CRITÉRIOS DE ATRIBUIÇÃO DE PONTOS E EXEMPLOS DE RESPOSTAS

COMPREENSÃO DA EXTENSÃO DO CONCEITO DE MORTE

Historia I – itens: a, b, c, d, e, f, g, h, i, j.

Contagem: As respostas a cada item recebem o valor 0, 1, 2, 3, de acordo com as categorias abaixo:

Ignorância ou aparente ignorância da extensão do conceito de morte

0 (zero) pontos: quando a resposta inicial é inadequada em termos de sim ou não, ou não sei.

Exemplos:

Item e: Flor morre? Não sei.

Item f: Criança morre? Não.

Item h: Pedra morre? Sim.

1(um) ponto: quando a resposta inicial é adequada em termos de sim ou não, porem a explicação da causalidade nada acrescenta por ser:

- De desconhecimento da causalidade

Exemplos :

Item 1: Sol morre? Não.

Por quê? Não sei.

- Redundante

Exemplos:

Item b: Relógio morre? Não

Por quê? Porque não.

- Vaga, ambígua, desconexa

Exemplos:

Item a: passarinho morre? Sim

Por quê? Por que tem a cabeça grande

- Em termos de localização, ausência ou presença de movimento

Exemplos:

Item g: Lua morre? Não.

Por que? Ela fica lá no céu.

Item h: Pedra morre? Não

Por quê ? por que fica parada

Item j: Bicicleta morre? Não

Por quê? Por que ela anda

Noção restrita da extensão do conceito de morte

2(dois) pontos: quando a resposta inicial é adequada em termos de sim ou não, porém a explicação da causalidade é parcial, fazendo-se em termos de:

- Causas específicas

Exemplos:

Item c: Homem morre? Sim.

Por quê? Fica velho; ou A gente atira nele; ou Morre atropelado.

Item i: Árvore morre? Sim.

Por quê? Se agente não molhar ;ou A gente corta ela.

- Utilidade

Exemplos:

Item b: relógio morre? Não.

Por que? Ele é de colocar no pulso e ver que horas tem.

Item j: Bicicleta morre? Não

Por que? A gente anda nela.

- Material

Exemplos:

Item d: Vela morre? Não

Por que? É de cera.

Item j: Bicicleta morre? Não.

Por quê? É de ferro.

- características não essenciais

Exemplos :

item a: Passarinho morre? Sim

Por que? É de penas

Item f: criança morre? Sim

Por quê? É de pele.

- Exclusão de uma ou duas classes

Exemplos:

Item b: relógio morre? Não.

Por quê? Por que não é bicho

Item h: pedra morre? Não

Por quê? Por que não é bicho nem gente.

* propriedade

Exemplos:

item h: pedra morre? Não.

Por que? Por que é dura.

- generalização indeterminada ou referencia a um caso observado

Exemplos

item a: Passarinho morre? Sim

por que? Porque todo mundo morre. ou

Um dia todos tem de morrer. Ou

Porque eu vi o passarinho do meu tio morrer.

Noção completa da extensão do conceito de morte

3 (três) pontos: quando a resposta é adequada em termos de SIM ou NÃO e a explicação da causalidade é ampla, geral e/ou biologicamente essencial, fazendo-se em termos de:

- Afirmação abrangente ou ênfase em características essenciais

Exemplos:

Item b: Relógio morre? Não.

Por quê? Não tem vida. Ou

É um ser inanimado.

Item d: Vela morre? Não.

Por quê? Ela derrete não morre

Item e: Flor morre? Sim

Por quê? Porque ela é um ser que nasce , cresce e morre.

Item h: pedra morre? Não.

Por que? Ela só quebra não morre.

Item l: sol morre? Não

Por quê? Porque não é um ser vivo.

- inclusão na classe adequada

Exemplos:

item a: passarinho morre? Sim

Por que? Porque é um animal.

Item l: sol morre? Não

Por quê? É um astro.

Item h: pedra morre? Não.

Por que? É um mineral.

- identificação do objeto como criação do homem ou como meio de transporte

Exemplos:

item j: bicicleta morre? Não

Por quê? Porque o homem faz a bicicleta, ou

Por que é um meio de transporte.

VALOR MAXIMO: 33 pontos

COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA MORTE

Historia II: itens: b, c, d, e, f, g, h, i, j, l.

Contagem: as respostas a cada item recebem o valor 0, 1, 2 ou 3, de acordo com as categorias abaixo:

Ignorância ou aparente ignorância do significado da morte

0 (zero) pontos: quando a resposta inicial é inadequada em termos de sim ou não, ou não sei.

Exemplos:

Item b: os mortos se movem ou não? Não sei.

Item h: os mortos sentem frio? Sim.

Ou quando a resposta inicial embora adequada em termos de sim ou não, é invalidada pela explicação da causalidade que é de :

- atribuição de vida na morte

Exemplos:

item f: Os mortos se levantam? Não.

Por que? Porque está doente

Item g: os mortos sonham? Não

Por quê? Só quando estão dormindo.

- impossibilidade da atividade ou sensibilidade do morto em termos de causas externas

Exemplos:

item f: os mortos se levantam? Não.

Por quê? Por que estão no caixão fechado.

Item h: os mortos sentem frio? Não.

Por que? Porque fica de manga comprida

Item i: os mortos respiram? Não

Por quê? Porque estão no caixão sem ar.

1(um) ponto: quando a resposta inicial é adequada em termos de sim ou não, porém a explicação da causalidade nada acrescenta por ser:

- de desconhecimento da causalidade

Exemplos:

item b: os mortos se movem ou não? Não.

Por quê? Não sei. Ou

É difícil de explicar.

- redundante

Exemplos:

item e: Os vermes comem os mortos ou não? Sim

Por quê? Porque eles comem..

- vaga, ambígua, desconexa

Exemplos:

item d: os mortos abrem e fecham os olhos? Não.

Por quê? Porque a menina morreu espetada na flor.

Item e: os vermes comem os mortos ou não? Sim.

Por quê? Porque a minhoca é grande.

Noção restrita do significado da morte

2(dois) pontos: quando a resposta inicial é adequada em termos de sim ou não, porem a explicação da causalidade é parcial, não evidenciando uma compreensão ampla, geral e/ou biologicamente essencial

Exemplos:

item c: os mortos comem? Não

Por quê? Porque já virou esqueleto. Ou

Porque não podem mexer a boca. Ou

Porque não tem força para comer.

Item e: os vermes comem os mortos ou não? Sim.

Por quê? Porque os mortos ficam embaixo da terra e lá tem vermes

Item h: os mortos sentem frio? Não.

Por quê? Porque é duro e caveira

Item j: os mortos sabem quando alguém fala deles? Não.

Por quê? Não ouvem nada.

Item l: com o passar do tempo, o corpo dos mortos se desmancha ou não? Sim

Por quê? Vira caveira.

Noção completa do significado da morte

3(três) pontos: quando a resposta inicial é adequada em termos de sim ou não e a explicação da causalidade é ampla, geral e/ou biologicamente essencial.

Exemplos:

Item c: os mortos comem? Não.

Por quê? O coração deles parou, eles estão enterrados e não podem fazer mais nada.

Item e: os vermes comem os mortos ou não? Sim

Por quê? As pessoas e os animais que morrem são os alimentos que os vermes comem.

Item f: os mortos se levantam? Não.

Por que? Parou o coração e a respiração, parou tudo

Item g: os mortos sonham? Não.

Por quê? Porque não tem mais vida.

Item l: com o passar do tempo, o corpo dos mortos se desmancha ou não? Sim.

Por quê? Passa tanto tempo, os micróbios vão comendo a carne, só deixam os ossos. Ou

O corpo apodrece.

Historia III; itens a, b, d, f.

Contagem: as respostas a cada item recebem o valor 0 ou 1, de acordo com as categorias abaixo:

Ignorância ou aparente ignorância do significado da morte em termos de aceitação da personificação da morte.

0 (zero) pontos: quando a resposta é inadequada em termos de sim ou não, não sei ou qualquer outra que implique na aceitação da personificação da morte.

Exemplos:

Item a: a morte aparece para as pessoas ou não? Aparece

Item d: a morte mora em algum lugar? Sim, na casa dela.

Noção completa do significado da morte em termos de não aceitação da personificação da morte

1(um) ponto: quando a resposta é adequada em termos de sim ou não ou qualquer outra que implique na não aceitação da personificação.

Exemplo:

Item d: a morte mora em algum lugar? Não.

Historia II item a

Historia III itens c, e.

Contagem: as respostas a cada item recebem o valor 0, 1, 2, ou 3, de acordo com as categorias:

ignorância ou aparente ignorância do significado da morte

0 (zero) pontos: quando a resposta evidencia a não compreensão do significado da morte, por ser:

- de desconhecimento

Exemplos:

história III, item c: O que é a morte? Não sei

- redundante

Exemplos:

historia II, item a: como você sabe se alguém está dormindo ou está morto?

Dormindo é dormindo, morto é morto.

- vaga, ambígua, desconexa

Exemplos:

historia III, item e: O que é estar morto? A flor ficou ferida.

- de atribuição de vida na morte

Exemplos:

historia II, item a: Como você sabe se alguém está dormindo ou está morto? É a mesma coisa

historia III, item e: o que é estar morto? Desmaiar.

- de personificação da morte

Exemplos:

historia III, item c: o que é a morte? A morte é caveira.

Item e: o que é estar morto? Um homem.

1(um) ponto: quando a resposta evidencia uma compreensão muito escassa do significado da morte, fazendo-se apenas em termos de fenômenos remotamente associados.

Exemplos:

Historia II, item a: como você sabe se alguém está dormindo ou está morto?

Quando dorme fica de lado, quando está morto fica no caixão.

Historia III, item e: o que é estar morto? É estar deitado lá no caixão.

Noção restrita do significado da morte

2(dois) pontos: quando a resposta evidencia compreensão do significado da morte, mas é parcial, fazendo-se em termos de:

- sinal perceptivo adequado

Exemplos:

historia II, item a: como você sabe se alguém está dormindo ou se está morto?

Quando está dormindo está mole, quando está morto está duro.

Historia III, item e: O que é estar morto? É ficar imóvel.

- Causas específicas

Exemplos:

Historia III, item e: o que é estar morto? É quando leva um tiro. Ou

Fica velho demais e aí morre.

- fenômeno especificamente humano

Exemplos:

historia III, item c: o que é a morte?

É uma fase em que a pessoa não vive mais. Ou

É quando a gente não pode mais ver nada. Ou

É quando a gente se acaba.

Item e: o que é estar morto?

É quando o nosso corpo não esta funcionando. Ou

É alguém que já está acabado.

Noção completa do significado da morte

3(três) pontos: quando a resposta evidencia a compreensão do significado da morte e é ampla, geral e/ ou biologicamente essencial.

Exemplos:

Historia II, item a: como você sabe se alguém esta dormindo ou esta morto?

Morto não respira, dormindo respira. Ou

Pelo coração , se estiver batendo esta dormindo, senão esta morto.

Historia III, item c: o que é a morte? É o fim da vida

Item e: o que é estar morto? É não viver mais. Ou

É parar de viver.

VALOR MAXIMO: 43 pontos.

COMPREENSÃO DA DURAÇÃO DA MORTE

Historia IV itens: a, b, c, e, f, g, h.

Contagem: as respostas a cada item recebem o valor 0 ou 1, de acordo com as categorias abaixo:

Ignorância ou aparente ignorância da duração da morte como um processo definitivo e irreversível

0(zero) pontos: quando a resposta é inadequada em termos de sim ou não, não sei ou qualquer outra que implique na aceitação da temporalidade e reversibilidade da morte.

Exemplos:

Item a: se uma pessoa morresse o que você faria por esta pessoa morta? Não sei.

Item e: levaria a pessoa morta para o pronto socorro? Sim.

Item h: o que você faria para que a pessoa morta tornasse a viver? Dava remédio.

Noção completa da duração da morte como um processo definitivo e irreversível

1 (um) ponto: quando a resposta é adequada em termos de sim ou não ou qualquer outra que implique na não aceitação da temporalidade e reversibilidade da morte.

Exemplos:

Item a: se uma pessoa morresse o que você faria por esta pessoa morta? Enterraria.

Item h: o que faria para que a pessoa morta tornasse a viver? Nada, porque ela não ia viver.

Historia IV item: d

Contagem: as respostas ao item recebem o valor 0, 1, 2 ou 3, de acordo com as categorias abaixo:

Ignorância ou aparente ignorância da duração da morte como processo definitivo e irreversível, implicando em deterioração biológica

0(zero) pontos: quando a resposta inicial é inadequada em termos de sim ou não, ou não sei.

Exemplos:

Mandaria enterrar a pessoa morta? Não. ou

Não sei.

Ou quando a resposta inicial, embora adequada em termos de sim ou não, é invalida pela explicação da causalidade que demonstra crença na temporalidade e reversibilidade da morte.

Exemplos:

Mandaria enterrar a pessoa morta? Sim.

Por quê? Para ela melhorar.

1 (um) ponto: quando a resposta inicial é adequada em termos de sim ou não, indicando a não aceitação da temporalidade e reversibilidade, porem a explicação

da causalidade nada acrescenta quanto a compreensão da deterioração biológica, por ser:

- de desconhecimento da causalidade

Exemplos:

mandaria enterrar a pessoa morta? Sim

por quê? Não sei.

- redundante

Exemplo:

mandaria enterrar a pessoa morta? Sim

por que? Porque sim.

- vaga, ambígua, desconexa

Exemplo:

mandaria enterrar a pessoa morta? Sim

por quê? Porque mando meu cachorro enterrar.

Noção restrita da duração da morte como processo definitivo e irreversível, implicando em deterioração biológica

2 (dois) pontos: quando a resposta inicial é adequada em termos de sim ou não, indicando a não aceitação da temporalidade e da reversibilidade, porém a explicação da causalidade é parcial quanto à compreensão da deterioração biológica, fazendo-se em termos de:

- tradição cultural ou hábito

Exemplos:

mandaria enterrar a pessoa morta? Sim

por quê? Porque lugar de pessoa morta é no cemitério. Ou

porque é o habito, é mais cômodo. Ou

Porque não se pode deixar no hospital.

- inserviencia do morto

Exemplos:

mandaria enterrar a pessoa morta? Sim.

Por quê? Porque morto não serve para mais nada.

Noção completa da morte como processo definitivo e irreversível, implicando em deterioração biológica

3 (três) pontos: quando a resposta inicial é adequada em termos de sim ou não, indicando a não aceitação da temporalidade e reversibilidade e a explicação da causalidade e ampla, geral e/ou biologicamente essencial quanto à compreensão da deterioração.

Exemplo:

Mandaria enterrar a pessoa morta? Sim.

Por que? não se pode deixar o corpo exposto sobre a terra, apodrecendo. Ou

Transmitiria doenças, enterro por este motivo. Ou

Porque vai apodrecer e cheirar mal.

VALOR MÁXIMO: 10 pontos.

ANEXO C

AVALIAÇÃO DE CLASSE SOCIAL – PELOTAS

Iniciais: _____ RG-HC: _____ - __ DATA: __/__/__ Classe social: _____

Conta própria:
na construção civil proletariado típico

nos demais setores da produção de bens materiais
 com formação universitária nova pequena burguesia
 sem formação universitária
 com estabelecimento pequena burguesia tradicional
 sem estabelecimento
 c/ conhecimento do ofício pequena burguesia tradicional
 s/ conhecimento do ofício subproletariado

no comércio e serviços
 com formação universitária nova pequena burguesia
 sem formação universitária
 com estabelecimento pequena burguesia tradicional
 sem estabelecimento
 c/ conhecimento do ofício pequena burguesia tradicional
 s/ conhecimento do ofício subproletariado

Assalariados:
 na produção de bens materiais
 relação direta c/ construção
 na construção civil
 c/ form. universit. e/ou postos diretivos nova pequena burguesia
 s/ form. universit. e postos diretivos
 c/ conhec. de ofício proletariado típico
 s/ conhec. de ofício subproletariado
 nos demais setores de prod. de bens materiais
 c/ form. universit. e/ou postos diretivos nova pequena burguesia
 s/ form. universit. e postos diretivos proletariado típico
 relação indireta c/ produção
 c/ form. universit. e/ou postos diretivos nova pequena burguesia
 s/ form. universit. e postos diretivos proletariado não típico
 em serviços domésticos subproletariado
 em comércio e serviços (exceto domésticos)

c/ form. universit. e/ou postos diretivos nova pequena burguesia

s/ form. universit. e postos diretivos proletariado não típico

Empregadores:

com 5 ou mais empregados e renda igual ou superior a 15 SM

burguesia

até 4 empregados e/ou renda inferior a 15 SM

com formação universitária

nova pequena burguesia

sem formação universitária

pequena burguesia tradicional

ANEXO 1

COMPOSIÇÃO DAS CLASSES SOCIAIS UTILIZADA NO PRESENTE ESTUDO. VERSÃO MODIFICADA DA PROPOSTA DE BRONFMAN E TUIRÁN*

A burguesia está constituída por todos os proprietários de meios de produção que, sem estarem eles mesmos sujeitos à exploração, empregam força de trabalho assalariada', exercendo uma função de exploração de tipo capitalista que se expressa na apropriação de uma porção de tempo de trabalho do operário. Os requisitos exigidos para pertinência a esta classe, são:

- a) empregar cinco ou mais pessoas; e
- b) ter renda individual superior a quinze salários mínimos (pontos de corte arbitrário, porém' com base nas características sócio-econômicas de Pelotas).

A nova pequena burguesia engloba os agentes sociais que ocupam os postos de mais alto nível técnico e de tomada de decisões, especificamente:

- a) os trabalhadores assalariados que desempenham, no plano econômico, funções próprias do capital, como são as de direção, organização e vigilância do processo de trabalho e da produção, como, por exemplo, os diretores de empresas, os gerentes, administradores, chefes de departamentos, e outros, que cumprem a função de organizar a exploração da força de trabalho;
- b) os trabalhadores assalariados que exercem funções de direção dentro do setor público. Este grupo é composto por agentes sociais que tem como função planejar, instrumentar e/ou executar políticas que contribuam para a reprodução das relações de produção capitalista. A alta oficialidade do exército e da polícia, os quadros diretivos da burocracia política, os legisladores, os agentes responsáveis pela execução da justiça nos tribunais, e outros, são exemplos destes agentes sociais;
- c) os trabalhadores assalariados que exercem funções as quais, apesar de não serem de direção, requerem uma formação profissional de nível universitário. Neste grupo encontram-se os agentes que detêm o controle técnico dos meios de produção (engenheiros, cientistas, agrônomos, e outros) e aqueles cuja função é servir de veículo transmissor da ideologia dominante (jornalistas, professores, publicitários, e outros);
- d) os profissionais autônomos que são portadores de práticas especializadas que lhes permitem vender seu trabalho, ainda que não sua força de trabalho. Pertencem a este grupo: agentes tais como os profissionais e técnicos que

trabalham por conta própria, como médicos, engenheiros, advogados, dentistas, e outros. Estes agentes podem até possuir meios de produção e contratar mão de obra assalariada, mas diferenciam-se da burguesia por empregarem menos de cinco pessoas e/ou por terem renda individual inferior a quinze salários mínimos.

A pequena burguesia tradicional é composta pelos agentes sociais que, sem possuir formação universitária, possuem a capacidade de reproduzir-se de maneira independente por disporem de meios de produção próprios. A reprodução desta classe baseia-se na utilização da força de trabalho do grupo familiar. Podem contratar força de trabalho assalariada, mas diferenciam-se dos burgueses por contratarem menos de cinco empregados e/ou por sua renda individual ser inferior a quinze salários mínimos. Geralmente, as unidades de produção e comercialização que pertencem a esta classe operam em uma escala de reprodução simples, que lhes permite apenas recuperar o capital e o trabalho invertidos no processo. Desta forma asseguram, por uma parte, sua continuidade no processo econômico e, por outra, a reprodução de sua força de trabalho e de sua família. Este grupo encontra-se integrado pelos agentes da indústria artesanal, pelos pequenos comerciantes, e pelos proprietários independentes do setor serviços.

O proletariado inclui todos os agentes sociais que, estando submetidos a uma relação de exploração, não exercem eles mesmos nem direta nem indiretamente função de exploração. Trata-se de trabalhadores que: 1) não dispõem de meios de produção e de trabalho; 2) vendem sua força de trabalho para poder sobreviver; 3) são objeto da extração de uma proporção do produto de seu trabalho, e 4) não possuem formação de nível superior. De acordo com a natureza e forma concreta como os indivíduos realizam seu trabalho, distinguem-se dois diferentes subconjuntos: a) proletariado típico; e b) proletariado não-típico. No primeiro caso tratam-se de trabalhadores que desempenham atividades diretamente vinculadas com a produção e o transporte de mercadorias (pedreiros, operários, motoristas) enquanto que ao segundo grupo pertencem aqueles assalariados que somente têm relação indireta com a produção (bancários, trabalhadores de escritório, funcionários públicos).

Por último, a classe denominada subproletariado inclui todos os agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável, com a qual obtém salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo da reprodução da força de trabalho. A esta classe pertencem:

- a) os agentes que possuem simples artefatos ou instrumentos rudimentares para desempenhar seu trabalho. Este setor caracteriza-se por operar com uma produtividade marcadamente inferior à dos padrões vigentes, devendo vender sua escassa produção a preços que não alcançam, em geral, a retribuir o trabalho invertido nem recuperar parte do valor - capital transferido às mercadorias. Este grupo não forma parte da pequena burguesia tradicional, pois carece da solvência necessária para manter sua atividade econômica em uma escala de reprodução simples;
- b) os agentes sociais que não possuem meios de produção e que se inserem em ocupações não assalariadas, predominantemente instáveis, que não exigem qualificação alguma. Este grupo encontra-se integrado por vendedores ambulantes, trabalhadores em serviços domésticos, engraxates, e outros;

- c) os agentes sociais que não possuem meios de produção e que, pela natureza do ofício que desempenham, transitam constantemente entre ocupações por conta própria e ocupações assalariadas não qualificadas, como os serventes da construção e empregados domésticos.

Enquanto que a classificação de Bronfman e Tuiráns inclui tanto as classes e frações agrícolas como não-agrícolas, o presente estudo limitou-se a famílias urbanas, das quais apenas 3,2% dependiam primariamente de agricultura. Estas foram incluídas nas classes ou frações não-agrícolas. Outro aspecto a destacar é a inserção da classe dos trabalhadores na indústria da construção civil, que sofreu alterações em relação ao modelo utilizado no México, conforme está detalhado no Anexo 2.

Foram consideradas como não classificáveis, 74 famílias (1.4%), pois nos questionários constava apenas que os chefes de família eram pensionistas, estudantes ou donas-de-casa.

ANEXO 2

ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À PROPOSTA DE BRONFMAN E TUIRÁN*

As modificações realizadas no modelo de Bronfman e Tuiráns são de natureza técnica e não teórico-metodológica, e referem-se, principalmente, a algumas variáveis que não estavam disponíveis, já que a adaptação da classificação original foi feita após a coleta de dados do estudo longitudinal de Pelotas (15, 16). Outras modificações deveram-se às particularidades da formação econômico-social de Pelotas.

Ressalta-se que estas modificações não descaracterizam a proposta daqueles autores, nem introduzem vícios que levem a ambigüidades na descrição de classe da pessoa de maior renda na família. Ao contrário, o modelo adaptado tem a vantagem de evidenciar que com um menor número de variáveis é possível chegar a uma operacionalização mais concisa de classe social, mais facilmente reproduzível e utilizável. Portanto, o presente modelo mantém um alto poder de discriminação de diferenciais, de saúde-doença na população, sem cair em simplificações.

A seguir, estão descritas as alterações realizadas.

- 1 Em relação às variáveis.

Em Pelotas, não foram consideradas as seguintes variáveis:

- a. Para as pessoas que trabalhavam por conta própria: localização e tamanho do estabelecimento, propriedade de máquinas, instrumentos e instalações de trabalho.
 - b. Para os assalariados: tamanho do estabelecimento e separação entre formação profissional e tipo de posto de trabalho.
 - c. Para empregadores: nível de responsabilidade na função, tipo de ocupação e propriedade de estabelecimento, maquinaria e instrumentos.
- 2 Em relação às características da formação econômico-social. Em Pelotas, foi criado um fluxo específico para classificar os trabalhadores na construção civil. Isto ocorreu em função das características da indústria da construção civil em nosso meio, onde há uma alta rotatividade de mão-de-obra entre os serventes, que tanto podem trabalhar na construção como em outros setores de atividade, dependendo das oscilações do mercado. Por isso os serventes foram classificados como subproletários. Já os oficiais (pedreiros, azuleijistas, encanadores, parqueteiros, mestres-de-obras, e outros) são profissionais bastante disputados no mercado, geralmente encontrando-se em atividade

durante todos os meses do ano, pois quando não estão empregados em obras de maior porte, trabalham em reformas ou em pequenas obras. Em função disso, foram classificados como proletários típicos.

No México, esses trabalhadores foram agrupados juntamente com outros assalariados na indústria, sendo classificados como proletários típicos.

Além disso, em Pelotas não foi utilizado um esquema exclusivo para o setor agrícola, por este apresentar um número inexpressivo, que não justificava sua classificação em separado. Os assalariados agrícolas foram incluídos no proletariado típico, pois, nessa região, as relações sociais de produção no campo são tipicamente capitalistas. Os pequenos proprietários agrícolas foram incluídos na pequena burguesia tradicional, e os grandes proprietários na burguesia. Na classificação utilizada no México, há um quadro específico para as classes sociais agrícolas.

- 3 Em relação aos critérios de adscrição de classe.
 - a. Para os assalariados, no México, a distinção entre nova pequena burguesia e proletariado (típico e não típico) é feita com base na responsabilidade no serviço (alta/baixa), enquanto que em Pelotas considera-se a formação (universitária/não-universitária) e o tipo de função exercida (diretiva/não-diretiva).
 - b. Para os empregadores, em Pelotas, a distinção entre burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional leva em conta apenas três variáveis (renda do chefe de família, número de empregados e formação). Ao passo que no México, a primeira variável não foi considerada, sendo usadas além das duas últimas, outras que não eram disponíveis em nossos dados.
- 4 Em relação a denominação das classes resultantes. "Subproletariados" foi a denominação utilizada para o que foi chamado no México de "força de trabalho livre não-assalariada".
Em Pelotas, no "proletariado típico" está agrupado o proletariado típico tanto de estabelecimentos maiores quanto de estabelecimentos menores.

ANEXO 3

DEFINIÇÕES DE TERMOS UTILIZADOS NA PRESENTE CLASSIFICAÇÃO

- 1 Estabelecimento. Foi definido como a existência de área construída que se destina exclusivamente ao exercício da atividade, podendo ser na residência ou não. Por exemplo, um armazém ou uma oficina mecânica que ocupam uma dependência da residência são considerados como estabelecimentos. Por outro lado, docerias que utilizam a cozinha da residência ou costureiras que têm seus instrumentos de trabalho em dependências também utilizadas para outros fins, são classificadas como sem estabelecimento. Além disso, os veículos automotores usados para o exercício profissional, como táxis e caminhões de transporte de mercadorias, também são considerados estabelecimentos.
- 2 Conhecimento de ofício. A diferenciação entre indivíduos com e sem conhecimento de ofício foi feita tendo como base o tipo de ocupação. São incluídas aquelas que exigem anos de experiência, cujo aprendizado requer muito tempo, ou então cursos técnicos de nível médio. Como exemplo de ocupações que exigem conhecimento de ofício podemos citar eletro-técnicos, marceneiros e azulejistas. Exemplos de ocupações sem conhecimento de

ofício seriam peões da construção civil, trabalhadores na limpeza de vias públicas, ascensoristas, e outros.

- 3 *Indivíduos com formação universitária. São aqueles que possuem curso universitário completo e exercem funções relacionadas com sua área de conhecimento. Por exemplo, um engenheiro civil, que seja proprietário de um armazém ou cuja ocupação principal seja a de representação comercial, não será enquadrado nesta definição.*

ANEXO D

ESCALA DE TRAÇOS AUTÍSTICOS

I DIFICULDADE NA INTERAÇÃO SOCIAL

O desvio da sociabilidade pode oscilar entre formas leves como, por exemplo, um certo negativismo e a não aceitação do contato ocular, até formas mais graves, como um intenso isolamento.

1. Não sorri ;
2. Ausência de aproximações espontâneas;
3. Não busca companhia;
4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo);
5. Evita pessoas;
6. É incapaz de manter um intercâmbio social;
7. Isolamento intenso

II. MANIPULAÇÃO DO AMBIENTE

O problema da manipulação do ambiente pode apresentar-se a nível mais ou menos grave, como, por exemplo, não responder às solicitações e manter-se indiferente ao ambiente. O fato mais comum é a manifestação brusca de crises de birra passageira, risos incontroláveis e sem motivo, tudo isso com o fim de conseguir ser o centro da atenção

1. Não responde às solicitações;
2. Mudança repentina de humor;
3. Mantém-se indiferente, sem expressão;
4. Risos compulsivos;
5. Birra e raiva passageira;
6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar)

III. UTILIZAÇÃO DAS PESSOAS A SEU REDOR

A relação que mantém com o adulto quase nunca é interativa, dado que normalmente utiliza-se do adulto como o meio para conseguir o que deseja.

1. Utiliza-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que ele deseja;
2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (p.ex.: utiliza o adulto como apoio para pegar bolacha);
3. O adulto é o meio para suprir uma necessidade que não é capaz de realizar só (p.ex.: amarrar sapatos);
4. Se o adulto não responde as suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto.

IV. RESISTÊNCIA À MUDANÇA

A resistência à mudança pode variar da irritabilidade até a franca recusa.

1. Insistente em manter a rotina; 2. Grande dificuldade em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de lugar, de vestuário e na alimentação; 3. Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade

V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA

Manifesta tendência a ordenar tudo, podendo chegar a uma conduta de ordem obsessiva, sem a qual não consegue desenvolver nenhuma atividade.

1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos; 2. Prende-se a uma ordenação espacial (Cada coisa sempre em seu lugar); 3. Prende-se a uma seqüência temporal (Cada coisa em seu tempo); 4. Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (Cada pessoa sempre no lugar determinado)

VI. FALTA DE CONTATO VISUAL. OLHAR INDEFINIDO

A falta de contato pode variar desde um olhar estranho até o constante evitar dos estímulos visuais

1. Desvia os olhares diretos, não olhando nos olhos; 2. Volta a cabeça ou o olhar quando é chamado (olhar para fora); 3. Expressão do olhar vazio e sem vida; 4. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente; 5. Fixa os objetos com uma olhada periférica, não central; 6. Dá a sensação de que não olha

VII. MÍMICA INEXPRESSIVA

A inexpressividade mímica revela a carência da comunicação não verbal. Pode apresentar desde uma certa expressividade até uma ausência total de resposta.

1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada; 2. Não mostra uma reação antecipatória; 3. Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente; 4. Imobilidade facial

VIII. DISTÚRBIOS DE SONO

Quando pequeno dorme muitas horas e, quando maior, dorme poucas horas, se comparado ao padrão esperado para a idade. Esta conduta pode ser constante, ou não.

1. Não quer ir dormir; 2. Se levanta muito cedo; 3. Sono irregular (em intervalos); 4. Troca o dia pela noite; 5. Dorme muito poucas horas.

IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO

Pode ser quantitativa e/ou qualitativa. Pode incluir situações, desde aquela em que a criança deixa de se alimentar até aquela em que se opõe ativamente.

1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre); 2. Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos); 3. Quando pequeno não mastigava; 4. Apresenta uma atividade ruminante; 5. Vômitos; 6. Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira; 7. Rituais (esfarela alimentos antes da ingestão); 8. Ausência do paladar (Falta de sensibilidade gustativa)

X. DIFICULDADE NO CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

O controle dos esfíncteres pode existir, porém a sua utilização pode ser uma forma de manipular ou chamar a atenção do adulto.

1. Medo de sentar-se no vaso sanitário; 2. Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto; 3. Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer; 4. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente

XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR)

Analisa os objetos sensorialmente, requisitando mais os outros órgãos dos sentidos em detrimento da visão, porém sem uma finalidade específica

1. Morde e engole objetos não alimentares; 2.Chupa e coloca as coisas na boca; 3.Cheira tudo; 4.Apalpa tudo. Examina as superfícies com os dedos de uma maneira minuciosa

XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS

Não utiliza os objetos de modo funcional, mas sim de uma forma bizarra.

1. Ignora os objetos ou mostra um interesse momentâneo; 2.Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão; 3.Conduta atípica com os objetos (segura indiferentemente nas mãos ou gira); 4.Carrega insistentemente consigo determinado objeto; 5.Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo; 6.Coleciona objetos estranhos; 7.Utiliza os objetos de forma particular e inadequada

XIII. FALTA DE ATENÇÃO

Dificuldades na fixação e concentração. Às vezes, fixa a atenção em suas próprias produções sonoras ou motoras, dando a sensação de que se encontra ausente.

1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la; 2.Age como se fosse surdo; 3.Tempo de latência de resposta aumentado; 4.Entende as instruções com dificuldade (quando não lhe interessa, não as entende); 5.Resposta retardada; 6.Muitas vezes dá a sensação de ausência

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM

Não tem nenhum interesse por aprender, buscando solução nos demais. Aprender representa um esforço de atenção e de intercâmbio pessoal, é uma ruptura em sua rotina.

1. Não quer aprender; 2. Se cansa muito depressa, ainda que em atividade que goste; 3. Esquece rapidamente; 4. Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer; 5. Insiste constantemente em mudar de atividade

XV. FALTA DE INICIATIVA

Busca constantemente a comodidade e espera que lhe dêem tudo pronto. Não realiza nenhuma atividade funcional por iniciativa própria.

1. É incapaz de ter iniciativa própria; 2. Busca a comodidade; 3. Passividade, falta de interesse; 4. Lentidão; 5. Prefere que outro faça o trabalho para ele

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

É uma característica fundamental do autismo, que pode variar desde um atraso de linguagem até formas mais severas, com uso exclusivo de fala particular e estranha.

1. Mutismo; 2. Estereotípias vocais; 3. Entonação incorreta; 4. Ecolalia imediata e/ou retardada; 5. Repetição de palavras ou frases que podem ou não ter valor comunicativo; 6. Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente; 7. Não se comunica por gestos; 8. As interações com adulto não são nunca um diálogo

XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS

Nunca manifesta tudo aquilo que é capaz de fazer ou agir, no que faz referência a seus conhecimentos e habilidades, dificultando a avaliação dos profissionais.

1. Ainda que saiba fazer uma coisa, não a realiza, se não quiser; 2. Não demonstra o que sabe até que tenha uma necessidade primária ou um interesse iminentemente específico; 3. Aprende coisas, porém somente a

demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas; 4.As vezes surpreende por suas habilidades inesperadas

XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO

Manifesta desde o aborrecimento à reação de cólera, ante a frustração.

1. Reações de desagrado caso seja esquecida alguma coisa;
- 2.Reações de desagrado caso seja interrompida alguma atividade que goste;
- 3.Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem;
- 4.Reações de birra

XIX NÃO ASSUME RESPONSABILIDADES

Por princípio, é incapaz de fazer-se responsável, necessitando de ordens sucessivas para realizar algo.

1. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja;
- 2.Para chegar a fazer alguma coisa, há que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz

XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE

A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não tem nenhuma finalidade.

1. A criança está constantemente em movimento;
- 2.Mesmo estimulada, não se move;
- 3.Barulhento. Dá a sensação de que é obrigado a fazer ruído/barulho;
- 4.Vai de um lugar a outro, sem parar;
- 5.Fica pulando (saltando) no mesmo lugar;
- 6.Não se move nunca do lugar onde está sentado

XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS

Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino.

1. Balanceia-se; 2.Olha e brinca com as mãos e os dedos; 3.Tapa os olhos e as orelhas; 4.Dá pontapés; 5.Faz caretas e movimentos estranhos com a face; 6.Roda objetos ou sobre si mesmo; 7.Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrasta os pés, anda fazendo movimentos estranhos; 8.Torce o corpo, mantém uma postura desequilibrada, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo

XXII. IGNORA O PERIGO

Expõe-se sem ter consciência do perigo

- 1.Não se dá conta do perigo; 2.Sobe em todos os lugares; 3.Parece insensível a dor

XXIII. APARECIMENTO ANTES DOS 36 MESES (DSM-IV)

ANEXO E

ESCALAS DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND^R (ADAPTADO) DOMÍNIO COMUNICACIONAL

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, freqüentemente.	R: Receptiva
1	Algumas vezes ou parcialmente.	E: Expressiva
0	Não, nunca.	W: Escrita
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		R	E	W
<1	1. Dirige o olhar e a cabeça em direção a um som.	()		
	2. Presta atenção ao menos momentaneamente quando o cuidador lhe fala.	()		
	3. Sorri à presença do cuidador.		()	
	4. Sorri à presença de outra pessoa familiar que não o cuidador.		()	
	5. Ergue os braços quando o cuidador lhe diz: "Venha cá" ou "De pé".	()		
	6. Demonstra entender o significado do "não".	()		
	7. Imita os sons dos adultos imediatamente após ouvi-los.		()	
	8. Demonstra entender o significado de ao menos 10 palavras.	()		
1	9. Consegue indicar apropriadamente com gestos "sim", "não" e "eu quero".		()	
	10. Ouve atentamente a comandos.	()		
	11. Demonstra entender o significado de "sim" e "tudo bem".	()		
	12. Segue ordens que requerem uma ação e um objeto.	()		
	13. Aponta corretamente para ao menos uma parte principal do corpo, quando interrogado.	()		
	14. Utiliza os nomes próprios ou apelidos de irmãos, amigos ou colegas, ou responde seus nomes quando interrogado.		()	
	15. Utiliza frases contendo um substantivo e um verbo, ou dois substantivos.		()	
	16. Nomeia ao menos 20 objetos familiares sem precisar ser interrogado. NÃO PONTUE 1.		()	
	17. Escuta uma história por pelo menos 5 minutos.	()		
	18. Indica preferência quando submetido a uma escolha.		()	
2	19. Diz ao menos 50 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		()	
	20. Relata espontaneamente experiências em linguagem simples.		()	
	21. Dá um recado simples.		()	
	22. Usa frases de 4 ou mais palavras.		()	
	23. Aponta corretamente para todas as partes do corpo quando interrogado. NÃO PONTUE 1.	()		
	24. Diz ao menos 100 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		()	

	25. Utiliza frases completas.		()
	26. Usa "um(a)" e "o(a)" em frases.		()
	27. Segue ordens na forma "se/então".	()	
	28. Diz seu nome e sobrenome quando interrogado.		()
	29. Faz perguntas usando "O que", "Aonde", "Quem", "Por que" e "Quando". NÃO PONTUE 1.		()
3, 4	30. Diz qual de dois objetos é maior sem a presença dos mesmos.		()
	31. Relata detalhadamente experiências quando interrogado.		()
	32. Usa "atrás" ou "entre" como preposição numa frase.		()
	33. Usa "ao redor de" como preposição numa frase.		()
	34. Usa frases contendo "mas" e "ou".		()
	35. Articula palavras claramente, sem trocas de fonemas.		()
	36. Conta histórias populares, contos de fadas, piadas mais longas ou trechos de shows televisivos.		()
5	37. Cita todas as letras do alfabeto de memória.		()
	38. Lê ao menos três sinais comuns.		()
	39. Diz o dia e mês de seu aniversário quando interrogado.		()
	40. Usa plurais irregulares.		()
6	41. Desenha ou escreve seu próprio nome e sobrenome.		()
	42. Diz seu número de telefone quando interrogado. N PODE SER PONTUADO.		()
	43. Diz seu endereço completo, incluindo cidade e estado, quando interrogado.		()
	44. Lê ao menos 10 palavras em voz alta ou em silêncio.		()
	45. Desenha ou escreve ao menos 10 palavras de memória.		()
	46. Expressa suas idéias em mais de uma maneira, sem ajuda.		()
	47. Lê em voz alta histórias simples.		()
7, 8	48. Desenha ou escreve sentenças simples de 3 ou 4 palavras.		()
	49. Assiste a uma aula por pelo menos 15 minutos.	()	
	50. Lê por iniciativa própria.		()
	51. Lê livros pelo menos da 2ª série.		()
	52. Ordena itens ou palavras alfabeticamente pela primeira letra.		()
	53. Desenha ou escreve pequenos recados ou mensagens.		()
9	54. Explica itinerários complexos aos outros.		()
	55. Escreve cartas rudimentares. NÃO PONTUE 1.		()
	56. Lê livros pelo menos da 4ª série.		()
	57. Escreve em letra cursiva a maior parte do tempo. NÃO PONTUE 1.		()
10 a 18+	58. Usa um dicionário.		()
	59. Usa a relação do conteúdo em material de leitura.		()
	60. Escreve relatórios ou redações. NÃO PONTUE 1.		()
	61. Endereça envelopes corretamente.		()
	62. Usa o índice em material de leitura.		()
	63. Lê histórias de jornais adultos. N PODE SER PONTUADO.		()
	64. Tem objetivos realísticos a longo prazo e descreve com detalhes estratégias para atingí-los.		()
	65. Escreve cartas elaboradas.		()

	66. Lê jornais adultos ou magazines semanais. N PODE SER PONTUADO.			()
	67. Escreve cartas comerciais. NÃO PONTUE 1.			()

DOMÍNIO ATIVIDADES DA VIDA COTIDIANA

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, freqüentemente.	P: Pessoal
1	Algumas vezes ou parcialmente.	D: Doméstica
0	Não, nunca.	C: Comunidade
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		P	D	C
<1	1. Demonstra perceber a chegada de mamadeira, seio materno ou comida.	()		
	2. Abre a boca diante da colher com comida.	()		
	3. Remove a comida da colher com a boca.	()		
	4. Engole ou mastiga bolachas.	()		
	5. Ingere comida sólida.	()		
1	6. Bebe de xícara ou copo sem auxílio.	()		
	7. Alimenta-se com auxílio de colher.	()		
	8. Demonstra entender que coisas quentes são perigosas.			()
	9. Indica que está molhado apontando, falando ou puxando a fralda.	()		
	10. Bebe por um canudo.	()		
	11. Permite que o cuidador enxugue seu nariz.	()		
	12. Alimenta-se com auxílio de garfo.	()		
	13. Tira casaco com abertura frontal, suéter ou camiseta sem auxílio.	()		
2	14. Alimenta-se com colher sem derramar.	()		
	15. Demonstra interesse em se trocar quando muito molhado ou sujo.	()		
	16. Urina na privada ou no penico.	()		
	17. Toma banho sem auxílio.	()		
	18. Evacua na privada ou no penico.	()		
	19. Pede para usar o banheiro.	()		
	20. Coloca roupas removíveis com faixas de ajuste.	()		
	21. Demonstra entender a função do dinheiro.			()
	22. Livra-se de seus haveres quando solicitado.		()	
3	23. Não urina nas vestes à noite.	()		
	24. Bebe água da torneira sem auxílio.	()		
	25. Escova os dentes sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	26. Demonstra entender a função do relógio, convencional ou digital.			()
	27. Auxilia com mais tarefas se solicitado.		()	
	28. Lava e enxuga o rosto sem auxílio.	()		
	29. Põe os sapatos nos pés corretos sem auxílio.	()		

	30. Atende o telefone adequadamente. N PODE SER PONTUADO.			()
	31. Veste-se completamente, exceto amarrar sapatos.	()		
4	32. Chama ao telefone a pessoa solicitada, ou avisa que esta não se encontra. N PODE SER PONTUADO.			()
	33. Arruma a mesa das refeições sem auxílio.		()	

	34. Toma todas as providências quando vai ao banheiro, sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	35. Olha para ambos os lados antes de atravessar rua ou avenida.			()
	36. Tira roupas limpas sem auxílio quando solicitado.		()	
	37. Limpa seu nariz sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	38. Limpa mesa com objetos frágeis.		()	
	39. Enxuga-se com toalha sem auxílio.	()		
	40. Fecha todos os fechos. NÃO PONTUE 1.	()		
5	41. Ajuda na preparação de alimentos que necessitam misturar e cozinhar		()	
	42. Demonstra entender que é perigoso aceitar carona, comida ou dinheiro de estranhos.			()
	43. Dá laço em cadarço de sapato sem auxílio.	()		
	44. Toma banho sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	45. Olha para ambos os lados e atravessa a rua ou avenida sozinho(a).			()
	46. Cobre a boca e o nariz quando tosse ou espirra.	()		
6	47. Usa colher, garfo e faca corretamente. NÃO PONTUE 1.	()		
	48. Inicia chamadas telefônicas para outrem. N PODE SER PONTUADO.			()
	49. Obedece placas de trânsito e sinais de "Pare" e "Ande". N PODE SER PONTUADO.			()
	50. Veste-se completamente, incluindo amarrar sapatos e fechar fechos. NÃO PONTUE 1.	()		
	51. Arruma sua cama quando solicitado.		()	
	52. Diz o dia da semana quando solicitado.			()
	53. Ajusta o cinto de segurança sem ajuda. N PODE SER PONTUADO.			()
7	54. Sabe o valor de cada moeda.			()
	55. Usa ferramentas básicas.		()	
	56. Identifica direita e esquerda nos outros.			()
	57. Arruma a mesa sem auxílio quando solicitado.		()	
8	58. Varre, esfrega ou passa o aspirador com cuidado, sem auxílio, quando solicitado.		()	
	59. Usa números de telefone de emergência em emergências. N PODE SER PONTUADO.			()
	60. Pede seu próprio prato num restaurante. N PODE SER PONTUADO.			()
	61. Diz a data de hoje se interrogado.			()
	62. Veste-se antecipando mudanças no tempo sem precisar ser advertido.	()		
	63. Evita pessoas com doenças contagiosas, sem precisar ser advertido.	()		
9, 10	64. Fala a hora com intervalos de 5 minutos.			()
	65. Cuida do cabelo sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	66. Usa fogão ou forno de microondas para cozinhar.		()	
	67. Usa produtos de limpeza doméstica adequada e corretamente.		()	
11, 12	68. Confere corretamente o troco numa compra que custe mais de um real.			()
	69. Usa o telefone para todo tipo de chamadas, sem auxílio.			()

	N PODE SER PONTUADO.			
	70. Cuida de suas unhas sem auxílio e sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.	()		
	71. Prepara alimentos que necessitam misturar e cozinhar, sem auxílio.		()	
13, 14, 15	72. Usa telefone público. N PODE SER PONTUADO.			()
	73. Arruma seu quarto sem precisar ser lembrado.		()	
	74. Economiza e já comprou ao menos um brinquedo.			()
	75. Zela por sua própria saúde.	()		
16	76. Ganha mesada regularmente.			()
	77. Arruma sua cama e troca os lençóis rotineiramente. NÃO PONTUE 1.		()	
	78. Limpa outros aposentos que não o seu regularmente, sem necessitar solicitação.		()	
	79. Realiza tarefas rotineiras de manutenção e reparos domésticos sem precisar de solicitação.		()	
17 a 18+	80. Costura botões, caseados e ganchos nas roupas quando solicitado.		()	
	81. Faz orçamentos para despesas mensais.			()
	82. Cuida de seu dinheiro sem auxílio.			()
	83. Planeja e prepara o prato principal do dia sem auxílio.		()	
	84. Chega ao serviço na hora.			()
	85. Toma conta de suas roupas sem precisar ser lembrado. NÃO PONTUE 1.		()	
	86. Notifica seu supervisor se vai se atrasar para chegar.			()
	87. Notifica seu supervisor se vai se ausentar por doença.			()
	88. Faz orçamentos para despesas mensais.			()
	89. Faz as próprias bainhas e outras alterações sem precisar ser advertido.		()	
	90. Obedece limites de tempo para café e almoço no trabalho.			()
	91. Assume trabalho em tempo integral com responsabilidade. NÃO PONTUE 1.			()
	92. Tem conta bancária e a movimenta com responsabilidade.			()

DOMÍNIO SOCIALIZAÇÃO

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, freqüentemente.	IR: Relações Inter-pessoais PLT: Brincar e Lazer CS: Habilidades Sociais
1	Algumas vezes ou parcialmente.	
0	Não, nunca.	
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		IR	PLT	CS
<1	1. Olha para o rosto do cuidador.	()		
	2. Reage à voz do cuidador ou de outra pessoa.	()		
	3. Distingue o cuidador dos outros.	()		
	4. Demonstra interesse em objetos ou pessoas novas.		()	
	5. Expressa duas ou mais emoções compreensíveis como prazer, tristeza, medo ou aflição.	()		
	6. Antecipa-se ao sinal de que vai ser pego ao colo pelo cuidador.	()		
	7. Demonstra afeição para com pessoas familiares.	()		
	8. Demonstra interesse em outras crianças que não seus irmãos.		()	
	9. Dirige-se a pessoa conhecida.	()		
	10. Brinca com brinquedo ou outro objeto só ou acompanhado.		()	
	11. Participa de jogos simples de interação com outras crianças.		()	
	12. Utiliza objetos domésticos para brincar.		()	
	13. Demonstra interesse nas atividades dos outros.		()	
	14. Imita movimentos simples dos adultos, como bater palmas ou acenar um adeus, em resposta a um modelo.	()		
1, 2	15. Ri e sorri adequadamente em resposta a estímulos positivos.	()		
	16. Identifica ao menos duas pessoas familiares pelo nome.	()		
	17. Demonstra desejo de agradar o cuidador.	()		
	18. Participa de ao menos uma atividade ou jogo em grupo.		()	
	19. Imita uma tarefa relativamente complexa várias horas após ter sido realizada por alguém.	()		
	20. Imita frases de adultos ouvidas em ocasiões prévias.	()		
	21. Empenha-se em criar situações de "faz-de-conta", só ou acompanhado.		()	
3	22. Demonstra preferência por alguns amigos em detrimento de outros.	()		
	23. Diz "Por favor" ao pedir algo.			()
	24. Qualifica felicidade, tristeza, medo e raiva em si mesmo.	()		
	25. Identifica pessoas por características outras que não o nome, quando solicitado.	()		
4	26. Compartilha brinquedos e objetos sem necessitar solicitação.		()	
	27. Nomeia um ou mais programas favoritos de televisão quando solicitado, e diz em que dias e canais os		()	

	programas são apresentados. N PODE SER PONTUADO.			
	28. Segue regras em jogos simples sem precisar ser lembrado.		()	
	29. Tem um amigo predileto de qualquer sexo.	()		
	30. Segue as regras e rotinas escolares.			()
5	31. reage verbalmente e positivamente ao bom resultado dos outros.	()		
	32. Pede perdão por erros involuntários.			()
	33. Tem um grupo de amigos.	()		
	34. Segue as regras da comunidade.			()
6	35. Joga mais de um jogo de mesa ou jogo de baralho que necessite habilidade e decisão.		()	
	36. Não fala com a boca cheia.			()
	37. Tem um amigo do peito do mesmo sexo.	()		
	38. Reage adequadamente quando apresentado a alguém.			()
7, 8	39. Faz ou compra pequenos presentes para o cuidador ou membro da família em datas festivas, por iniciativa própria.	()		
	40. Mantém segredos e confidências por mais de um dia.			()
	41. Devolve brinquedos, objetos ou dinheiro emprestado de um colega e devolve livros emprestados à biblioteca.			()
	42. Termina a conversa adequadamente.			()
9	43. Segue limites de tempo impostos pelo cuidador.			()
	44. Evita perguntas ou comentários que possam embaraçar ou magoar os outros.			()
	45. Controla raiva e mágoa quando lhe é negado.			()
	46. Mantém segredos e confidências tanto quanto for apropriado.			()
10, 11	47. Comporta-se adequadamente à mesa sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.			()
	48. Assiste TV ou ouve rádio em busca de informação sobre uma área de interesse em particular. N PODE SER PONTUADO.		()	
	49. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, quando acompanhado de um adulto. N PODE SER PONTUADO.		()	
	50. Pesa as conseqüências das ações antes de tomar decisões com independência.			()
	51. Pede perdão por erros em seu julgamento.			()
12, 13, 14	52. Lembra datas de aniversário de membros próximos da família e amigos em particular.	()		
	53. Inicia conversas sobre tópicos de especial interesse para os outros.	()		
	54. Tem um hobby.		()	
	55. Devolve dinheiro emprestado do cuidador.			()
15 a 18+	56. Reage a alusões e indiretas durante a conversação.	()		
	57. Participa de esportes extra-curriculares. N PODE SER PONTUADO.		()	
	58. Assiste TV ou ouve rádio para informações práticas e cotidianas. N PODE SER PONTUADO.		()	
	59. Agenda e respeita agendamentos.			()

	60. Assiste TV ou ouve rádio buscando notícias independentemente. N PODE SER PONTUADO.		()	
	61. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, sem acompanhamento de um adulto. N PODE SER PONTUADO.		()	
	62. Sai à noite com amigos, sem supervisão de um adulto.		()	
	63. Pertence a uma organização social ou de serviços, grupo de interesses ou clube organizado de adolescentes mais velhos.	()		
	64. Vai com uma só pessoa do sexo oposto a festas ou eventos públicos onde muitas pessoas estarão presentes.	()		
	65. Sai em grupos de dois ou três casais.	()		
	66. Sai para encontros a sós.	()		

DOMÍNIO HABILIDADES MOTORAS

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, freqüentemente.	G: Grosseira
1	Algumas vezes ou parcialmente.	F: Fina
0	Não, nunca.	
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		G	F
<1	1. Mantém a cabeça ereta pelo menos 15 segundos sem auxílio quando sustentado verticalmente pelos braços do examinador.	()	
	2. Senta com apoio por pelo menos 1 minuto.	()	
	3. Agarra pequenos objetos com as mãos, de qualquer jeito.		()
	4. Transfere objetos de uma mão para a outra.		()
	5. Agarra pequenos objetos com o polegar e os dedos.		()
	6. Soergue-se para a posição sentada e mantém a posição por pelo menos 1 minuto.	()	
	7. Engatinha pelo chão sobre as mãos e os joelhos, sem encostar a barriga no chão.	()	
	8. Abre portas que só necessitam ser empurradas ou puxadas.		()
1	9. Rola uma bola enquanto sentado.	()	
	10. Anda com o objetivo de explorar os arredores.	()	
	11. Sobe e desce da cama ou de uma cadeira grande.	()	
	12. Sobe em brinquedos baixos.	()	
	13. Rabisca com lápis, <i>crayon</i> ou giz em superfícies.		()
2	14. Sobe escadas, apoiando os dois pés em cada degrau.	()	
	15. Desce escada de frente, apoiando os dois pés em cada degrau.	()	
	16. Corre graciosamente, com mudanças de velocidade e direção.	()	
	17. Abre portas, girando e empurrando maçanetas.		()
	18. Pula sobre objetos pequenos.	()	
	19. Atarracha e desatarracha a tampa de um pote..		()
	20. Pedala triciclo ou outro veículo de três rodas por pelo menos três pés. N PODE SER PONTUADO.	()	
	21. Mantém-se sobre um só pé, enquanto se segura em outra pessoa ou objeto estável, sem cair.	()	
	22. Constrói estruturas em três dimensões, com no mínimo 5 blocos.		()
	23. Abre e fecha tesoura com uma mão.		()
3, 4+	24. Desce escada sem auxílio, alternando os pés.	()	
	25. Sobe em brinquedos altos.	()	
	26. Recorta papel com tesoura.		()
	27. Salta em um pé só pelo menos três vezes sem perder o embalo. NÃO PONTUE 1.	()	
	28. Completa quebra-cabeça de pelo menos 6 peças. NÃO PONTUE 1.		()
	29. Desenha mais de uma forma identificável com lápis ou crayons.		()
	30. Recorta papel seguindo uma linha com a tesoura.		()
	31. Usa a borracha sem rasgar o papel.		()
	32. Pula em um pé só com facilidade. NÃO PONTUE 1.	()	
	33. Destranca fechaduras.		()
	34. Recorta figuras complexas com tesoura.		()
	35. Apanha bola pequena arremessada de uma distância de 10 pés,	()	

	mesmo que necessite se mover para isso.		
	36. Anda numa bicicleta sem rodinhas de segurança, sem cair. N PODE SER PONTUADO.	()	

DOMÍNIO COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

PONTUAÇÃO DE ITENS:	
2	Sim, frequentemente.
1	Algumas vezes ou parcialmente.
0	Não, nunca.
N	Não teve oportunidade.
DK	Não sabe.

PARTE 1

1. Suga polegar ou dedos.	()
2. É dependente demais.	()
3. Esconde-se.	()
4. Urina na cama.	()
5. Apresenta distúrbio alimentar.	()
6. Apresenta distúrbio do sono.	()
7. Rói unhas.	()
8. Evita a escola ou o trabalho.	()
9. Demonstra acentuada ansiedade.	()
10. Apresenta tiques.	()
11. Chora ou ri muito facilmente.	()
12. Tem pouco contato com o olhar.	()
13. Apresenta infelicidade excessiva.	()
14. Range dentes durante o dia ou a noite.	()
15. É muito impulsivo.	()
16. Pouca capacidade de prestar atenção e concentração.	()
17. É demasiadamente ativo.	()
18. Tem crises de birra.	()
19. É negativista ou desafiador.	()
20. Atormenta ou ameaça.	()
21. Demonstra falta de consideração.	()
22. Mentira, trapaceia ou rouba.	()
23. É fisicamente muito agressivo.	()
24. Sua em situações inapropriadas.	()
25. Foge.	()
26. É teimoso ou mal-humorado.	()
27. É gazeteiro na escola ou trabalho.	()

PARTE 2**INTENSIDADE
CIRCUNDE UMA DELAS**

		GRAVE	MODERADO
28. Envolve-se em comportamento sexual inadequado.	()	S	M
29. Tem preocupações excessivas ou peculiares com objetos ou atividades.	()	S	M
30. Expressa pensamentos que não são sensatos.	()	S	M
31. Demonstra maneirismos ou hábitos extremamente peculiares.	()	S	M
32. Apresenta comportamentos lesivos contra si mesmo.	()	S	M
33. Destrói intencionalmente propriedade própria ou alheia.	()	S	M
34. Apresenta discurso bizarro.	()	S	M
35. Alheia-se do que se passa ao seu redor.	()	S	M
36. Balança o ronco para frente e para trás quando sentado ou parado.	()	S	M

SOMA (PARTE 1 e 2):

FONTE: Adaptado de SPARROW, D. A. et al. *Vineland adaptive behavior scales. Interview Edition - Survey Form*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 1984.

ANEXO F

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP Departamento de Psicologia Clínica Projeto “Distúrbios do Desenvolvimento”

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO

PACIENTE.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇONº

APTO:.....

BAIRRO:

CIDADE.....

CEP:.....TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

.....
BAIRRO: CIDADE:

.....
CEP: TELEFONE: DDD
(.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA O Conceito de Morte e a Síndrome de Asperger

PESQUISADOR: Letícia Calmon Drummond Amorim

CARGO/FUNÇÃO: mestranda

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL NºCRM107144

Departamento do IP-USP: PSC

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO **X** RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
 RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 1 a 3 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa: avaliar conceito de morte em autistas

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: Vineland, ATA (escala de traços autísticos), questionário de nível social de Pelotas, instrumento de sondagem de conceito de morte

3. desconfortos e riscos esperados: pensar na mortalidade e lembrar de entes falecidos

4. benefícios que poderão ser obtidos: esclarecimentos quanto a temporalidade e finitude

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: orientação relativa à perda

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

4. disponibilidade de assistência no IP-USP, por eventuais danos, decorrentes da pesquisa.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa.

V - INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS E REAÇÕES ADVERSAS.

VI - OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de .

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO G

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa desenvolver-se-á com base na resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, acerca das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos; na resolução do Conselho Federal de Psicologia, nº 016/2000, de 20/12/2000, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Sendo realizada de acordo com as seguintes considerações éticas:

- Os participantes serão todos voluntários, informados e esclarecidos dos objetivos e procedimentos da pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento;
- A pesquisadora se colocará a inteira disposição dos entrevistados para quaisquer informações adicionais ou esclarecimentos que queiram;
- Tendo consentido em participar, todos assinarão o termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Será garantido o sigilo das informações, bem como o anonimato dos entrevistados, através da omissão de nomes e dados que possam identificar os participantes ou pessoas por eles citadas;
- As informações obtidas serão utilizadas somente para fins acadêmico-científicos, não sendo divulgados dados de forma aleatória;
- A pesquisadora também tomará o cuidado de não levantar sofrimento emocional adicional aos participantes, assim como oferecerá apoio, orientação e acolhimento para aqueles que o desejarem, mesmo após o término das entrevistas;
- Atentará e respeitará a dor, o sofrimento e os sentimentos que os participantes estejam vivendo no momento, não emitindo juízos de valor, crenças e valores pessoais no decorrer da entrevista e na análise dos dados;

Será realizada devolutiva aos participantes que assim o desejarem, assim como às instituições colaboradoras.