

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Departamento de Educação

Mestrado em Educação Especial

Promoção de estratégias de inclusão de Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo no Jardim-de-Infância

Sandra Isabel Guilherme Mendes da Costa

Coimbra, 2018

Sandra Isabel Guilherme Mendes da Costa

Promoção de estratégias de inclusão de Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo no Jardim-de-Infância

Dissertação do Curso de Mestrado em Educação Especial - Especialização em Educação Especial – Domínio Cognitivo Motor, na Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutor(a) Paula Neves

Arguente: Prof. Doutor(a) Anabela Ramalho

Orientador: Prof. Doutor(a) Vera do Vale

janeiro de 2018

Agradecimentos

Este trabalho é o resultado de um grande investimento pessoal, só possível pelo inestimável contributo, direto e indireto, de várias pessoas e entidades, sem as quais a sua concretização não teria sido exequível. A todas, os meus agradecimentos mas não posso deixar de referir explicitamente:

À Doutora Vera Vale e à Mestre Isabel Borges orientadoras desta dissertação, pela preciosa orientação, ensinamentos, disponibilidade e as apreciações críticas construtivas fundamentais principalmente na sua fase final, que contribuíram de forma determinante para a concretização deste trabalho.

À criança, alvo deste estudo, à sua família, à colega educadora e ao Agrupamento de Escolas pela disponibilidade e encorajamento que possibilitaram a concretização deste estudo.

Ao meu querido pai (memória) que, não conseguiu ver o resultado deste trabalho mas desde o início me acompanhou, incentivou e deu força.

À minha mãe, irmã e cunhado pela cooperação, compreensão e apoio incondicional em todos os aspetos desde o primeiro dia.

Por fim, mas não por último, ao meu querido sobrinho, pelas horas que não deixámos de brincar.

Resumo

Este documento, elaborado no âmbito curso de Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo Motor, contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos na minha formação e enriquecimento pessoal na área da Educação Especial.

A temática desenvolvida alicerçou-se na promoção de estratégias de inclusão de uma criança de três anos com Perturbação do Espectro de Autismo (PEA) numa sala de jardim-de-infância do ensino regular, através da implementação de um plano de intervenção e de estratégias específicas.

Foi efetuada uma abordagem à especificidade da PEA e da problemática em estudo através de uma recolha de dados, da criança sobre a qual incidiu estudo, com recurso à metodologia de recolha de informações através das Entrevistas Baseadas nas Rotinas e Escala de Avaliação das Perceções dos Educadores acerca das Rotinas e do Envolvimento da Criança. Com estes instrumentos pretendeu-se traçar um plano de intervenção destinado propiciar a inclusão da criança com PEA no jardim-de-infância e deste modo melhorar as áreas do desenvolvimento nomeadamente onde apresentava mais dificuldades: autonomia, concentração, motricidade global e interação com os pares.

Este estudo inclui também um plano de intervenção com vista à capacitação do educador de infância do ensino regular, com a descrição de estratégias específicas que promovam a inclusão de crianças com PEA no jardim-de-infância.

Os resultados obtidos após a intervenção permitiram referir que a criança com PEA progrediu a nível da autonomia pessoal (da higiene oral), da capacidade de concentração, atenção, tempo de permanência e realização de atividades individuais propostas ou escolhidas por si, da coordenação motora global, da interação com os pares, o que nos leva a concluir que o plano de intervenção proposto contribuiu para o desenvolvimento e integração de uma criança de com PEA no ensino regular.

Palavras-Chave

Perturbação de Espectro de Autismo, jardim-de-infância, plano de intervenção.

Summary

This document, elaborated in the scope of Master's Degree in Special Education - Cognitive Motor Domain, contributed to the acquisition of new knowledge in my training and personal enrichment in the area of Special Education.

The developed theme was based on the promotion of strategies for the inclusion of a three-year-old Child with Autism Spectrum Disorder (ASD) in a regular kindergarten through the implementation of an intervention and specific strategies plan.

An analysis was made of the specificity of the ASD and the problem under study through an information collection of the child on which the study was conducted using the methodology of information collection through the Routine Based Interviews and the Educators' Perceptions Assessment Scale about Routines and Child Involvement. With these instruments, it was intended to draw up an intervention plan aimed at promoting the inclusion of children with PEA in kindergarten and thus to improve development areas, particularly where they presented more difficulties: autonomy, concentration, global motricity and interaction with peers.

This study also includes an intervention plan aimed at training the regular kindergarten teacher, with the description of specific strategies that promote the inclusion of children with ASD in kindergarten.

The results obtained after the intervention showed that the child with ASD progressed in terms of personal autonomy (oral hygiene), concentration, attention, length of stay and individual activities proposed or chosen by him / herself, of global motor coordination, of the interaction with the peers, which leads us to conclude that the proposed intervention plan contributed to the development and integration of a child with ASD in regular education.

Key words

Autism Spectrum Disorder, kindergarten, intervention plan.

Abreviaturas

ABA – Applied Behavior Analysis (Análise Comportamental Aplicada)

ABC- Autism Behaviour Checklist

ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

APA – Associação de Psiquiatria Americana

ATL – Atividades de Tempos livres

BLC3 – Plataforma de Desenvolvimento da Região Interior Centro.

CARS – Childhood Autism Rating Scale

CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF-CJ – Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde (versão crianças e Jovens)

DGIDC – Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DIR – Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação

DISCO – Diagnostic Interview of Social and Communication Disorders

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV – Text Review

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais V

EAPERE – Escala de Avaliação das Perceções dos Educadores acerca das Rotinas e do Envolvimento da Criança

EACPV – Escala de avaliação da comunicação pré verbal

EBR – Entrevista Baseada nas Rotinas da Família

ICID-10 – International Classification of Diseases, 10th edition,

LP2 – Língua Portuguesa/Português segunda língua, para alunos surdos

MAKATON - Programa de Comunicação Internacional de abordagem multimodal

M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEA – Perturbação do Espetro do Autismo

PEC'S – Sistema de Comunicação por Figuras

PEI – Programa Educativo Individual

PEP3 – Psychoeducational Profile–Third Edition Profil Psycho-Educatif

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

TALC - Teste de avaliação da Linguagem da Criança

TEACCH – Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e com Problemas de Comunicação Relacionados

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TOLP - Test of Pragmatic Language

WISC-III- Escala de Inteligência de Weschler para crianças

QCHAT – Quality Checklist for Autism in Toddlers

M-CHAT - Modification Checklist for Autism in Toddlers

Índice de Figuras

Figura 1 – Fotografia da prancha visual. - Página 53

Índice de gráficos

- Gráfico nº 1** – Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual com ajuda do adulto. - Página 53.
- Gráfico nº 2** – Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual sem ajuda do adulto. - Página 54
- Gráfico nº 3** – Associar imagem de cada símbolo às diferentes áreas de atividade da sala. - Página 56
- Gráfico nº 4** – Associar o símbolo à atividade possível de realizar na área. - Página 57
- Gráfico nº 5** – Escolher uma área da sala e realizar uma atividade/brincadeira na mesma. - Página 57
- Gráfico nº 6** – Brincar com colega na área escolhida. - Página 58
- Gráfico nº 7** – Ouvir a história durante 5 minutos e durante 10 minutos. - Página 60
- Gráfico nº 8** – Organizar sequencialmente a história utilizando três imagens. - Página 61
- Gráfico nº 9** – Executar as atividades motoras sugeridas na história. - Página 62
- Gráfico nº 10** – Realizar jogo de memória e ficha de trabalho. - Página 63
- Gráfico nº 11** – Realizar jogos de expressão físico motor com o seu par. - Página 64
- Gráfico nº 12** – Realizar um percurso gímnico com um par. - Página 65
- Gráfico nº 13** – Realiza atividades de “faz de conta” com um par. - Página 66

Índice de Tabelas

- Tabela nº 1** – Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual com ajuda do adulto. - Página 53
- Tabela nº 2** – Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual sem ajuda do adulto. - Página 54
- Tabela nº 3** – Associar imagem de cada símbolo às diferentes áreas de atividade da sala. – Página 56
- Tabela nº 4** – Associar o símbolo à atividade possível de realizar na área. - Página 57
- Tabela nº 5** – Escolher uma área da sala e realizar uma atividade/brincadeira na mesma. - Página 58
- Tabela nº 6** – Brincar com colega na área escolhida. - Página 58
- Tabela nº 7** – Ouvir a história durante 5 minutos e durante 10 minutos. - Página 60
- Tabela nº 8** – Organizar sequencialmente a história utilizando 3 imagens. - Página 61
- Tabela nº 9** – Executar as atividades motoras sugeridas na história. - Página 62
- Tabela nº 10** – Realizar jogo de memória e ficha de trabalho. - Página 63
- Tabela nº 11** – Realizar jogos de expressão físico motor com o seu par. - Página 64
- Tabela nº 12** – Realizar um percurso gímnico com um par. – Página 65
- Tabela nº 13** – Realiza atividades de “faz de conta” com um par. - Página 66

Introdução -----	1
CAPÍTULO I	
INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS E PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DE AUTISMO -----	3
1. – Inclusão Escolar perspetiva histórica -----	5
2. – Inclusão Escolar em Portugal -----	7
3. – Perturbações do Espectro de Autismo (PEA)	
3.1. – Evolução do Conceito -----	9
3. 2. – Definição -----	11
3. 3. – Etiologia -----	12
3. 4. – Características -----	14
3. 5. – PEA e comorbilidades -----	17
3. 6. – Prevalência -----	19
3. 7. – Diagnóstico -----	19
3. 8. – Avaliação - Instrumentos de avaliação -----	20
3. 9. – Modelos de intervenção com crianças com PEA -----	24
3. 9. 1 – Modelos de intervenção de natureza psicanalítica -----	24
3. 9. 2 – Modelos de intervenção de natureza comportamental -----	25
3. 9. 3 – Modelo DIR (Developmental, Individual-difference, Relationship-based) -----	25
3. 9. 4 – Abordagem Floortime -----	25
3. 9. 5 – Programa <i>Son-Rise</i> -----	26
3. 9. 6. – Modelo e ou programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) -----	27
3. 9. 7 – Movimento Applied Behavioural Analysis (ABA) -----	28
3. 9. 8 – Programa Portage -----	29
3. 9. 9 – Terapia Ocupacional -----	30
3. 10 – Musicoterapia -----	30
3. 11 – Equinoterapia -----	31
3. 12 – Makaton -----	32
3. 13 – Picture Exchange Communication System (PECS) -----	32
4. – Unidades de Ensino Estruturado param Alunos com Perturbação do Espectro de	

Autismo. -----	33
CAPÍTULO II	
IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DA PERTURBAÇÃO EM ESTUDO, CARACTERIZAÇÃO DO CASO E METODOLOGIA -----	35
1. – Inclusão no jardim-de-infância da criança com PEA -----	37
2. – Caracterização do caso em estudo e do contexto escolar da criança com PEA -----	38
2. 1. – Dados familiares -----	39
2. 2. – Dados clínicos -----	39
2. 3. – Perfil de Funcionalidade -----	40
3. – Metodologia utilizada -----	41
4. – Procedimentos e Instrumentos de recolha de dados -----	43
5. – Dados obtidos -----	46
CAPÍTULO III	
INTERVENÇÃO -----	49
1. – Plano de intervenção -----	51
2. – Intervenção realizada	
2. 1. – Domínio da Autonomia/independência na higiene pessoal -----	52
2. 2. – Domínio da Autonomia/oportunidade ou possibilidade de escolher áreas ou centro de aprendizagem na sala de atividades do jardim-de-infância para brincar ou efetuar atividade -----	54
2. 3. – Domínio da intervenção da concentração/dirigir a atenção e envolvimento na tarefa ou atividade orientada/proposta -----	58
2. 4. – Domínio da interação/relacionamento com os pares -----	62
2. 5. – Avaliação da intervenção -----	65
3. – Estratégias de capacitação para educadores de infância com crianças com PEA -----	66
CONCLUSÕES -----	69
Bibliografia -----	73
ANEXOS -----	79

Introdução

O presente trabalho, realizado no âmbito da dissertação do mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, teve como objetivo geral promover a inclusão de uma criança com Perturbação de Espectro do Autismo (PEA) em jardim-de-infância dinamizando estratégias que propiciassem a sua inclusão.

No primeiro capítulo deste trabalho procedeu-se a uma revisão da literatura: um breve enquadramento teórico sobre inclusão escolar (perspetiva histórica, inclusão escolar em Portugal - perspetiva histórica), enquadramento teórico sobre a PEA: perspetiva histórica, definição, etiologia, características, outras comorbilidades, prevalência, diagnóstico, avaliação, instrumentos de avaliação e modelos de intervenção em PEA.

O segundo capítulo deste trabalho comporta o enquadramento prático com a identificação da problemática em estudo, caracterização do caso em estudo, inclusão da criança com PEA no jardim-de-infância, caracterização da criança e, descrição da metodologia utilizada na recolha de dados.

No terceiro capítulo procedeu-se à descrição da planificação do plano de intervenção: os objetivos, as atividades, os procedimentos e, a avaliação da intervenção. Faz-se a descrição da implementação da intervenção e no final faz-se uma avaliação dessa intervenção.

Neste capítulo também são descritas várias estratégias sugeridas e aplicadas no contexto escolar para potenciar uma maior envolvência, participação e integração da criança com PEA na sala de jardim-de-infância de ensino regular.

Ainda neste capítulo procedeu-se à análise dos resultados da intervenção e à sua discussão.

Este trabalho termina com as conclusões evidenciando que a presença de crianças/alunos com PEA nos estabelecimentos de ensino é uma realidade para a qual os docentes e a comunidade educativa devem estar capacitados. Na sua prática pedagógica, o professor/educador da educação especial e o professor/educador do ensino regular têm como desafio a inclusão de alunos com PEA e com outras síndromes, patologias ou comorbilidades na sua sala de aula e assim aplicar o princípio preconizado na Declaração de Salamanca “Escolas para todos - Educação para todos”.

CAPÍTULO I
INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS E
PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DE AUTISMO

1. – Inclusão Escolar perspectiva histórica

As crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) foram alvo de exclusão durante muitos séculos por parte da sociedade. Nas sociedades antigas (Idade Média) era normal o infanticídio quando se observavam anormalidades nas crianças, estas eram consideradas possuídas pelo demónio.

Nos séculos XVII e XVIII, além das práticas de morte, era comum os deficientes mentais serem internados em manicómios, orfanatos, prisões e outros tipos de instituições estatais os quais ficavam junto de delinquentes, velhos e pobres (Correia, 1999, p.24).

No início do séc. XIX, acentua-se o período da institucionalização especializada de pessoas com deficiências. A partir deste século houve um esforço para ajustar estas crianças à sociedade. A partir desta altura iniciaram-se estudos sobre as mesmas, como é o exemplo da: “Criança Selvagem” de Itard, considerado o pai da Educação Especial, é a partir daqui que se pode considerar ter surgido a Educação Especial (Correia, 1999). A sociedade tomou consciência da crescente necessidade de apoiar este tipo de pessoas apesar de inicialmente este apoio ser mais assistencial do que educativo. A ideia que imperava era a necessidade de proteger as pessoas “normais” das “não normais”, pois estas representavam um perigo para a sociedade. Mas também existia a ideia inversa, isto é, pensava-se que era preciso proteger o deficiente de uma sociedade que só lhe poderia trazer danos e prejuízos. Ambas as premissas, embora com ideais diferentes, conduziram ao mesmo resultado: separar, isolar, discriminar, segregar o deficiente. Durante muitas décadas a intervenção junto das crianças com NEE foi desenvolvida” por pessoas individuais as quais abriram instituições onde os “deficientes” permaneciam em regime de internato, isolados da sociedade” (Correia, 1999, p. 21).

No início do séc. XX desenvolveram-se também técnicas de avaliação da inteligência muito usadas na classificação dos níveis de deficiência intelectual e na possibilidade da educação ou treino das pessoas com NEE. Ainda no início deste século, Montessori e Décroly contribuíram de forma decisiva para os processos de intervenção junto de crianças com NEE, através do desenvolvimento da “pedagogia científica”. Apesar de se debruçarem sobre o estudo dos alunos com deficiência, estes autores acabaram por contribuir também para as profundas reformas escolares que tiveram lugar por toda a Europa, nomeadamente através do movimento denominado “Educação Nova”.

Nas décadas de 30/40 expande-se nas sociedades ocidentais a escola básica pública e estabelece-se a sua obrigatoriedade, no entanto as escolas públicas começaram a aceitar parte

da responsabilidade na educação de algumas destas crianças tendo surgido uma prática segregacionista pois os alunos eram considerados “deficientes e atrasados mentais e colocados em classes especiais e separados das outras crianças da escola” (Correia, 1999, p. 29).

As modificações sociais, políticas, económicas e culturais a partir dos anos 60, na sociedade ocidental, iriam influenciar e desenvolver novas abordagens pedagógicas sobre a educação de crianças com NEE. Assim, a educação destas crianças e jovens, que até aqui foi marcadamente segregacionista passou a inserir-se de forma progressiva nas estruturas regulares de ensino. Nesta ótica, define-se a inclusão escolar como um processo que pretende unificar a educação, regular a educação especial, oferecer um conjunto de serviços a todas as crianças com base nas suas necessidades de aprendizagem. De facto, não se pretende que todos os indivíduos correspondam a uma normalidade padrão mas antes aceitar cada pessoa com as suas diferenças, particulares e direito a uma vida tão normal quanto possível. No entanto, embora integradas nas escolas regulares continuavam à margem. Perante este movimento de integração que se cingia apenas à integração física dos alunos com NEE, na década de 90 desencadeou-se o movimento de inclusão que se afirmou com a Declaração de Salamanca (1994). A qual afirma que “à escola compete, através de uma pedagogia centrada na criança, educar com sucesso crianças e jovens, incluindo os que apresentam graves incapacidades.”

Assiste-se, portanto, a uma abordagem mais centrada nas dificuldades educativas dos alunos, na organização, no desenvolvimento e na implementação de currículos que permitissem melhorar as condições de aprendizagem de todos e assim promover processos de mudança fundamentais a uma boa aprendizagem. Por isso “estar incluído é muito mais do que uma presença física: é um sentimento e uma prática mútua de presença entre a escola e a criança” (Rodrigues, 2003, p.95). De acordo com este autor, no que se refere à atuação educacional, exige-se uma escola aberta em interação com o contexto, a redefinição de papéis e das funções do professor do ensino regular e uma dinamização ativa de todos os intervenientes no processo educativo. Como tal “a atuação do professor na sala de aula tem de ser reestruturada em função da heterogeneidade do seu grupo” (Sanches, 2006, p. 41). Afigura-se a perspetiva da inclusão em que as dificuldades são entendidas como decorrentes das limitações existentes no currículo elaborado para todos os alunos, o que implica que a escola desenvolva processos

de inovação e de mudança curricular que respondam com eficácia a todos os alunos que a frequentam.

2. – Inclusão Escolar em Portugal

“As primeiras experiências de integração em Portugal surgem com as Classes Especiais criadas pelo Decreto-Lei 3/46, da responsabilidade do Instituto Aurélio da Costa Ferreira” (Correia, 1999, p.25). A primeira classe surgiu em 1947 e o seu principal objetivo era atender crianças com dificuldades de aprendizagem e inaptações escolares.

Inicia-se a reforma do ensino, denominada Reforma Veiga Simão, com o Decreto-Lei n.º 5/73, que alargou as responsabilidades do Ministério da Educação que passou a assumir a tutela da educação especial. Posteriormente o Decreto-Lei n.º 45/73 cria as Divisões do Ensino Especial e Profissional da Direção Geral do Ensino Básico e Secundário com a responsabilidade de organizar respostas educativas para as crianças com NEE.

A ideia de integração de crianças com NEE, nas escolas portuguesas, veio a ser uma realidade incontornável com as transformações políticas e sociais após o 25 de abril de 1974.

Até 1976 os alunos com NEE eram praticamente excluídos do sistema regular de ensino. A maioria das crianças e adolescentes com NEE, em idade escolar, de cariz moderado ou severo, tinha como recurso educativo a classe especial, a escola especial ou a Instituição Particular de Solidariedade Social. As sucessivas reformas educativas a partir desta data passaram a defender que os alunos com NEE frequentassem escolas regulares em vez de escolas especiais ou instituições. Inicia-se desta forma, um processo de criação de escolas integradoras,” numa primeira fase de caráter mais físico onde os alunos com NEE recebiam apoios específicos consoante as suas necessidades” (Correia, 2003, p.33).

Em 1979 o Decreto-Lei n.º 538/79, determina que “O Ensino Básico é universal, obrigatório e gratuito”, abrangendo os seis primeiros anos de escolaridade e fixando a idade escolar dos 6 aos 14 anos”. Só em 1986, com a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) através do Decreto-Lei n.º 46/86 de 14 de outubro, se assiste a transformações profundas na conceção da educação integrada, com um dos seus objetivos “assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas designadamente a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades” (art.º 7). Decorrente da LBSE, são criadas as Equipas de Educação Especial, entendidas como

serviços de educação especial a nível local, que abrangem todo o sistema de educação e ensino não superior.

O Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto, veio preencher uma lacuna legislativa há muito sentida no âmbito da educação especial, passando as escolas a dispor de um suporte legal para organizar o seu funcionamento no que diz respeito aos alunos com NEE. Esta lei, cujo impacto no sistema educativo foi notório, introduziu princípios e conceitos inovadores resultantes das práticas educativas de então e do desenvolvimento de experiências de integração, além de introduzir o conceito de “Necessidades Educativas Especiais”, baseado em critérios pedagógicos, proclama ainda o direito a uma educação gratuita, igual e de qualidade para estes alunos, estabelecendo a individualização de intervenções educativas através de Planos Educativos Individualizados (PEI) e de programas educativos com o objetivo de responder às necessidades educativas destes alunos. Além de abrir as portas da escola, da colocação física dos alunos com NEE nas escolas do ensino regular e da necessidade de dotar as escolas com recursos para trabalhar com estes alunos, “a inclusão centra-se no ajustamento das necessidades de aprendizagem dos indivíduos e adapta as perspetivas de ensino a essas necessidades” (Warnick, 2001, p.21).

Atualmente encontra-se em vigor o Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro. Este define os princípios, a organização e os apoios especializados a prestar aos alunos com NEE de carácter permanente. Define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo visando a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação em um ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente. Define as condições de inclusão da criança no sistema regular a qual está inerente a determinados procedimentos e modificações específicos a nível dos objetivos, conteúdos, atividades, metodologias, critérios, estratégias, recursos e procedimentos de avaliação. Envolve a interligação do professor com diversos profissionais. Instituiu a criação de Escolas e Agrupamentos de Referência para a Deficiência Visual e Auditiva e a criação de Unidades de Apoio Especializado para o Autismo e Multideficiência, as quais permitem oferecer uma resposta educativa específica nomeadamente no que respeita a introdução de áreas curriculares próprias que não fazem parte da estrutura curricular comum, entre outras, Língua Gestual Portuguesa, leitura e escrita em Braille, a orientação e mobilidade, o treino da visão, a

atividade motora adaptada, acesso a tecnologias específicas, sistemas de comunicação, ambientes estruturados, metodologias e estratégias diferenciadas

Todo este processo com estas respostas educativas constitui uma mudança de paradigma perspetivando e aplicando a inclusão.

“Na perspetiva inclusiva, é à escola no seu conjunto que cabe organizar a sua atividade de tal maneira que se evitem as estratégias menos inclusivas e de forma a potencializar o ensino de alunos com NEE” (Rodrigues, 2003, p. 21).

Rodrigues (2003) defende que temos de construir uma escola em que todos tenham lugar, em que todos se sintam bem-vindos, uma escola que seja uma efetiva comunidade de aprendizagem em que todos os professores e alunos aprendam e ensinem. Precisamos sim de outra escola e isso é largamente sentido por todas as pessoas que se relacionam com a educação, não só as crianças com NEE têm direito a ser educadas com os seus colegas sem NEE, como os alunos sem NEE têm direito a não ser privados do conhecimento, do convívio e da interação com os seus colegas que têm dificuldades. A inclusão na escola, para Rodrigues (2003), não pode ser “a sala 39”, pressupõe a adoção de valores e práticas que permitam a todos os alunos usufruir das vantagens de aprender em conjunto implicando uma diferenciação ao nível do currículo (estratégias, objetivos etc.).

Segundo Rodrigues (2003) “a Inclusão deve ser pensada e planeada ao nível de toda a escola (e mesmo para além da escola), defende Equidade e Inclusão que deve começar por a escola poder ensinar com qualidade todos os alunos e para ensinar todos é preciso usar: o que sabemos, a turma, os recursos da escola, usar adequada e criativamente o trabalho de grupo, usar os recursos da escola, não trabalhar sozinho (mas não trabalhar com todos...), oferecer ajuda e peça ajuda (os professores precisam mais de apoio do que de pregações) ”.

3. – Perturbações do Espectro de Autismo (PEA)

3.1. – Evolução do conceito

O psiquiatra alemão Eugene Bleuler, no início do século XX, mais precisamente em 1911, utilizou, pela primeira vez, a expressão “autismo” referindo-se: “a um conjunto de comportamentos básicos de esquizofrenia, que se caracteriza por um afastamento da estrutura de vida social para a individualidade e pela perda do contacto com a realidade, o que conduzia a uma grande dificuldade ou impossibilidade de comunicar” (Pereira, 1996, p.19).

Mas a primeira definição de Autismo foi proposta nos Estados Unidos, em 1943, pelo Psicanalista Leo Kanner no seu artigo intitulado “*Autistic Disturbances of Affective Contact*” “Alterações autistas do contacto afetivo”, observou, descreveu e caracterizou os comportamentos de 11 crianças (8 rapazes e 3 raparigas) que apresentavam uma série de características comportamentais, muito diferentes daqueles que havia encontrado até então e que se diferenciavam das de outros distúrbios psiquiátricos, incluindo: atitude distante em relação aos outros (um profundo afastamento); preocupação com a rotina (desejo obsessivo de preservação das mesmas coisas); problemas na linguagem e atrasos na sua aquisição (mutismo ou linguagem sem real intenção comunicativa); hipersensibilidade aos estímulos; relação obsessiva com objetos; uma boa memória mecânica; expressão inteligente e ausente; Intelectual normal (bom potencial cognitivo); desenvolvimento físico normal.

Em 1943 Kanner define, então, PEA como uma alteração do desenvolvimento com as seguintes características: incapacidade para estabelecer relações com outras pessoas; atrasos e alterações na aquisição da linguagem; o desejo obsessivo de imutabilidade no ambiente e tendência para atividades. Mais tarde, em 1977, em parceria com Susan Folstein, através do estudo realizado com gémeos verdadeiros e gémeos falsos com PEA, Rutter viria não só a comprovar a origem biológica como a contribuição genética para a natureza do PEA. Em 1979, Lorna Wing e Judith Gould, num estudo que realizaram, referiram que os indivíduos com PEA apresentam défices específicos em três áreas: comunicação, socialização e imaginação, o que ficou conhecido por “Tríade de Wing”. Segundo Pereira (1998) citando Wing e Gould, (1979) esta tríade, no seu conjunto, é que indica se a criança estará, ou não, a seguir um padrão de desenvolvimento anómalo e serve de base para diagnosticar a PEA. Mas foi Rutter (1978) que, através de uma vasta revisão da literatura, propôs que a PEA fosse concebida como uma perturbação do desenvolvimento e diagnosticado através da tríade de dificuldades que prevalece até aos dias atuais: interação social, comunicação, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades.

O termo PEA surgiu oficialmente pela primeira vez, em 1975, no *International Classification of Diseases-* (ICD-9) e foi categorizado como uma psicose da infância. Até então, o *Diagnostic and Statistical Manual I* (DSM- I) e o DSM-II, em 1952 e 1968, referiam-se apenas à esquizofrenia de tipo infantil.

A ICD-10, em 1993, refere a PEA como um transtorno global do desenvolvimento caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de 3

anos, apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes, interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo (Marques, 2000, p. 25).

Atualmente o termo PEA é usado para referir um espectro de síndromes com características em comum ou Perturbações Globais do Desenvolvimento. Tal como afirma Siegel “o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afeta múltiplos aspetos: a forma como a criança vê o mundo e aprende a partir das suas próprias experiências” (Siegel, 2008, p. 21).

3. 2. – Definição

Do ponto de vista etiológico o termo “Autismo” é uma palavra de origem grega “autos” que significa “Próprio ou em si mesmo” acrescido do sufixo “ismo”, que significa e remete para uma condição ou estado de alguém que tem tendência para se alienar da realidade exterior, a par de uma atitude permanente de concentração em si próprio.

A PEA inclui-se nas perturbações globais do desenvolvimento, vista como um distúrbio severo do neuro-desenvolvimento e do desenvolvimento social, manifestando-se através de dificuldades muito específicas, e por vezes muito graves, de comunicação e de interação social, associadas a dificuldades em utilizar o pensamento abstrato, em aceitar alterações de rotinas que se traduzem na exibição de comportamentos estereotipados e de interesses restritos.

A PEA é um distúrbio no desenvolvimento humano que tem vindo a ser estudado pela ciência há seis décadas, mas sobre o qual ainda permanecem divergências e questões.

De acordo com Correia, (1998) “a PEA é um problema neurológico que afeta a perceção, o pensamento e a atenção traduzido numa desordem desenvolvimental vitalícia que se manifesta nos três primeiros anos de vida” (p. 24). Já para Nielsen (1999) esta patologia constitui um problema neurológico que se caracteriza por um decréscimo da comunicação e das interações sociais.

A definição atribuída pela *International Association Autism - Europe* (2000) refere “as perturbações do espectro autista são perturbações do desenvolvimento de origem neurobiológica, de que a causa específica ainda é desconhecida” (p.14).

Frith (2003) resume PEA como uma perturbação específica do desenvolvimento, suscetível de ser classificada nas Perturbações Perversivas do Desenvolvimento afetando, qualitativamente,

as interações sociais recíprocas, a comunicação não-verbal e a verbal, a atividade imaginativa e expressando-se através de um repertório restrito de atividades e interesses.

Atualmente PEA, segundo a DSM-V é um transtorno que para ser diagnosticado deve apresentar os seguintes critérios: Deficiências persistentes na comunicação e interação social (limitação na reciprocidade social e emocional; Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social; Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar as diversas situações sociais); Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspetos observados ou pela história clínica (Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala; Insistência nas mesmas coisas, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais; Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco; hiper ou hipo reativo a estímulos sensoriais do ambiente) (Anexo I).

Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente evidentes. Estes sintomas causam prejuízo significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

Em suma, o universo autista é uma realidade complexa que engloba conceitos distintos, mas que se cruzam em determinados pontos pois a evolução que se tem verificado ao longo dos tempos relativamente á sua terminologia tem convergido para um esclarecimento da PEA, embora seja necessário ter em conta que as características identificadas não estão presentes em todos os indivíduos nem se manifestam do mesmo modo.

3. 3. – Etiologia

Os estudos sobre a etiologia apontam para um distúrbio com origens variadas.

Na opinião de Kolevzon, Gross, e Reichenberg (2007) existem estudos que demonstram que alguns fatores desfavoráveis, ocorridos nos períodos pré, peri, e pós-natal, podem estar associados com o autismo. Tais como hemorragias, após o primeiro trimestre de gravidez, uso de medicação, alterações no líquido amniótico e gravidez tardia.

Mas na opinião de Rivière (2002) a maioria dos casos poderá dever-se a uma má formação do sistema nervoso durante a neurogénese.

As três teorias fundamentais que procuraram descobrir quais são os fatores que estão na origem do PEA foram: as Teorias Psicogénicas, as Teorias Psicológicas e as Teorias Biológicas (Wing, 1997, referida por Pereira 2006).

As Teorias Psicogénicas têm as suas raízes nas teorias psicanalistas, defendem que as crianças com este tipo de patologia eram normais no momento do seu nascimento, mas que devido a fatores familiares adversos no decorrer do seu desenvolvimento desencadearam um quadro autista. Os estudos sobre o PEA infantil segundo Pereira (2006) baseavam-se nas anomalias de interação social, limitavam-se a observar os pais e as crianças após o surgimento da perturbação poderiam ser devidas às características de frieza emocional, perfeccionismo e rigidez dos pais. Seria uma perturbação emocional, atribuindo-se os défices cognitivos e linguísticos das crianças com PEA como o resultado de mecanismos de ordem fisiológica.

Hoje em dia, as reflexões sobre as teorias psicogénicas estão completamente colocadas de parte, pois todos os dados atuais não as suportam, pelo contrário, negam-nas (Bautista, 1997, p. 251).

As Teorias Psicológicas segundo Marques (2000) revelam que as crianças com PEA possuem défices cognitivos desde os estados precoces do seu desenvolvimento. Possuem um impedimento da sua competência humana fundamental de “ler a mente dos outros” Esta teoria tentou reconhecer os défices responsáveis pelas limitações sociais na PEA como falha no mecanismo mental que o indivíduo usa para compreender os estados mentais dos outros, como são o caso dos pensamentos, dos desejos e das crenças, permitindo a compreensão dos seus comportamentos. Esta teoria, segundo Marques (2000) sugere que as crianças com PEA não desenvolvem, ou desenvolvem tardiamente, a capacidade de perceberem os pensamentos dos outros, tendo competências sociais comunicativas e imaginativas bastante limitadas.

As Teorias Biológicas associam a PEA com vários distúrbios biológicos como a paralisia cerebral, rubéola pré-natal, toxoplasmose, infeções por citomegalovírus, encefalopatia, esclerose tuberculosa, meningite, hemorragia cerebral, fenilcetonúria, e vários tipos de epilepsia, está associada a outras anomalias genéticas, como é o caso da Síndrome de X Frágil (Bautista, 1997, p. 251). Como tal, é aceite que a PEA resulta de uma perturbação em algumas áreas do Sistema Nervoso Central que acabam por afetar o desenvolvimento cognitivo, a capacidade de estabelecer relações sociais e a linguagem (Marques, 2000, p. 32). Os estudos neuro químicos, apesar de inconclusivos, dão destaque ao papel dos neurotransmissores são os mediadores bioquímicos relacionados com a atividade nervosa. Com base nestas

fundamentações, é agora admitido que a PEA resulta de uma perturbação de determinadas áreas do desenvolvimento do sistema nervoso central, que afetam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações. Apesar dos dados que vão surgindo, nenhum parece ainda ser definitivo para a descoberta da origem da PEA.

Na perspetiva de Garcia e Rodrigues (1997) a PEA é uma disfunção cerebral, desconhecendo-se ainda a natureza do defeito base na PEA, seja ele definido a nível fisiológico, neuropatológico ou psicológico.

Em suma todas as teorias apresentadas permitem referir que não existem explicações claras, objetivas e verdadeiramente elucidativas que expliquem os fatores etiológicos, responsáveis pela PEA.

Nesta problemática, objeto de muitas investigações, é importante não descurar um bom diagnóstico para melhor o compreender a perturbação.

3. 4. – Características

A PEA segundo Hewitt (2006) apresenta um conjunto de características associadas a dificuldades que se podem manifestar com diferentes intensidades e em pessoas com níveis intelectuais variados. Além disso, nem todas as dificuldades se manifestam em todas as pessoas com PEA. Verificam-se diferentes combinações de características em cada pessoa.

A criança com PEA segundo Siegel (2008), e Lima (2012) evidencia disfunções específicas respeitantes aos processos relacionados com a responsabilidade a estímulos internos e externos, comportamentos disfuncionais que residem no domínio social. Manifestam comportamentos estereotipados e rígidos, maneirismos motores estereotipados e repetitivos, interesses restritos, repetitivos e estereotipados; rituais compulsivos; hiperatividade ou extrema passividade; comportamentos auto e hétero-agressivos; choros e risos sem fundamento aparentes; necessidade de se auto-estimular; resistência à mudança; dificuldades em expressar as suas necessidades, alheamento, dificuldades na compreensão e na comunicação expressiva, por vezes não possuem linguagem falada e recorrem à ecolalia e ou ao discurso na segunda ou na terceira pessoa; linguagem idiossincrática (significados próprios) ou rebuscada; híper ou hipo reatividade (reatividade flutuante). Alteração de sono/vigília, particularidade do padrão alimentar, dificuldade em descodificar expressões ou emoções (próprias ou no outro), limitação extrema na capacidade de se envolver em convívios

sociais que implicam interação mútua, *input* sensorial, dificuldades na capacidade de imaginação. Dificuldades em compreender, perceber a tarefa como um todo, dificuldades de concentração e atenção, generalização, abstração e simbolismo.

Segundo Lima (2012) a criança com PEA manifesta características muito específicas que se agrupam nos seguintes sintomas: livre expressão da comunicação quer receptiva quer expressiva; pouca capacidade de imaginar ou de fantasiar (jogo simbólico) manifestando um repertório restrito de comportamentos e interesses.

Para Bandura (1969) “Um autista evidencia disfunções específicas relativas aos processos relacionados com a responsabilidade a estímulos internos e externos. Os processos reposicionais são igualmente afetados, porque se encontram dependentes dos primeiros. No entanto, a área central de dificuldades do indivíduo autista e a sua evidência mais disfuncional reside no domínio social” (Pereira 2006, p.18).

Segundo Happé (1994) o aparecimento e desaparecimento de determinadas características significam apenas que existiram alterações globais no comportamento da criança.

As características determinam em muito o tipo e o grau de dificuldade que poderemos sentir ao trabalhar com indivíduos com a PEA e, desta forma, deverá ser realizado um trabalho orientado para as características específicas do indivíduo com o qual se trabalha de forma a responder o melhor possível às suas próprias necessidades.

É de salientar que “não existe uma característica que por si só possa determinar a PEA mas sim um conjunto de dificuldades nos domínios que a caracterizam tais como: uma perturbação na Interação Social, uma perturbação no jogo simbólico, uma Perturbação na Comunicação e também problemas de comportamento” (Nielsen, 1999, p. 40).

No domínio da Interação Social, estas crianças apresentam dificuldades na interação quer com os adultos quer com os seus pares. Podem possuir défice na interação social e na partilha podendo esse distúrbio traduzir-se na ausência de reações como, sorrir para os outros, não partilhar outros sentimentos, emoções ou gostos, ter tendência a isolar-se e interagir de forma estranha desviando-se dos padrões habituais, não participar ativamente em brincadeiras sociais preferindo atividades solitárias ou mecânicas. Estas crianças podem fechar-se e isolar-se daquilo que as rodeia, ou a tentar a interação social sem concretização ou a relacionar-se de forma desajeitada dada a sua inexperiência ou até mesmo ingenuidade nos relacionamentos sociais.

As crianças com PEA apresentam dificuldades na atividade imaginativa e em algumas por vezes até é ineficaz. Segundo Frith (2003) manifestam falta de imaginação e de jogo espontâneo e por isso estas crianças realizam sempre os mesmos jogos (bater ou rodopiar), basicamente com o intuito de se auto estimular criando um padrão rígido de comportamentos. Têm uma forma de brincar desprovida de criatividade e uma exploração peculiar de objetos e brinquedos que interfere na capacidade de brincadeira de faz-de-conta, pois esta implica o ato de imaginar-se em lugares e papéis diferentes, de vivenciar pensamentos e sentimentos existentes, apenas num plano imaginário. Devido a estas dificuldades a brincadeira de faz-de-conta das crianças com PEA assumem padrões estereotipados e repetitivos, ligação invulgar a objetos, uso repetitivo ou interesse em partes de objetos, etc.).

No domínio da Perturbação na Comunicação as pessoas com PEA têm dificuldade em comunicar com o mundo exterior através da linguagem verbal e não-verbal. Os problemas de Comunicação surgem desde cedo. Estas crianças podem nem conseguir pedir um objeto apontando-o com o dedo.

Segundo Siegel (2008), “a nível da comunicação verbal estima-se que cerca de 50% das pessoas Autistas nunca chegam a desenvolver uma linguagem eficaz apesar de poder existir linguagem verbal.” (p. 58). Podem demonstrar um défice na compreensão e revelar poucas competências de conversação, podem apresentar um défice na comunicação fazendo-o através de gestos ou símbolos, podem não ter capacidade para iniciar ou manter um diálogo e não compreender metáforas nem ironias, visto que a sua compreensão do discurso é literal.

Podem apresentar características muito particulares na fala como ecolalia, entoação monocórdica e uma linguagem repetitiva e estereotipada. Mesmo quando são dotadas de linguagem, estas crianças revelam grandes dificuldades em iniciar ou manter um diálogo usando um discurso monocórdico, de linguagem repetitiva, com uma incapacidade evidente para entender as frases ou questões mais simples. Nos casos de crianças com uma linguagem dentro da média o seu conteúdo está muitas vezes alterado, desajustado ao contexto, com um discurso pedante ou formal ou demasiado pormenorizado e exaustivo. “Quando a fala se desenvolve o timbre, a entoação, a velocidade, o ritmo ou a ênfase podem ser anormais (por ex: o tom de voz pode ser monótono ou elevar-se de modo interrogativo ao final de frases afirmativas)” (Siegel, 2008, p. 58).

No domínio do comportamento as crianças com PEA manifestam problemas de comportamento que se refletem na expressão das suas dificuldades, dos seus medos, das suas

necessidades e dos seus desejos. Podem tentar transmitir mensagens através dos seus comportamentos por exemplo um grito pode significar um pedido de ajuda, querer comer ou beber, ter uma dor, ou até estar contente. Por isso é fundamental, as crianças com PEA aprenderem regras e códigos sociais que possam facilitar a comunicação. Os comportamentos mais comuns na PEA são: os maneirismos das mãos, dos dedos; as birras muito frequentes e intensas; os interesses sensoriais (exploração visual invulgar); os interesses circunscritos ou obsessivos (intensidade exagerada e imitativa de outras atividades ou interesses); os comportamentos estereotipados e repetitivos e ritualizados e por vezes auto agressivo, adesão inflexível a rotinas manifestam reações exageradas face a qualquer alteração da rotina pois uma pequena mudança na rotina pode ser particularmente perturbadora, interesses específicos ou preocupações por determinados temas, mostram-se híper ou hipo sensíveis aos estímulos do tato, da audição e da visão, resistência às carícias; podendo revelar ainda, respostas pouco comuns ao calor, ao frio ou à dor; uma sensibilidade exagerada a certos estímulos; sentidos como penosos; tendência a repetir as mesmas atividades sem parar; desmotivação pelo exercício físico.

Apesar de existirem algumas funções alteradas os problemas não são globais, sendo estes: dificuldades de concentração, sequencialização, compreensão de regras e de comportamentos, tanto dos seus como dos outros, compreensão de estímulos sensoriais e compreensão de sequências temporais. Esta panóplia de características pode fazer diversas combinações, por isso se encontram crianças com PEA com comportamentos completamente diferentes.

As características também não são sempre as mesmas ao longo da vida, os sintomas podem ser diferentes em distintas fases da vida, o que não quer dizer que houve alteração no diagnóstico ou que a criança ficou curada da sua perturbação, apenas existiram alterações globais no seu comportamento, umas que aparecem, outras que desaparecem com a idade.

3. 5. – PEA e comorbilidades

Tendo presente informações de Kuperstein e Missalglia (2007) o diagnóstico diferencial da PEA deve estabelecer-se com outras Perturbações Globais do Desenvolvimento tais como: a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, a Perturbação de Asperger e com outras patologias como: a Esquizofrenia, a Perturbação da Linguagem Expressiva, a Perturbação Mista da Linguagem Recetiva-Expressiva, o Défice Intelectual, o Mutismo Seletivo, a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e a

Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Muitos dos indivíduos com PEA são afetados por outros problemas os quais são descritos como “comorbilidades” (co-ocorrência de duas ou mais disfunções no mesmo indivíduo).

A síndrome de Rett, é uma síndrome que só se observa em raparigas, que parecendo bem à nascença se desenvolvem normalmente pelo menos durante 5 meses. Entre os 6 meses e o primeiro/segundo ano de vida perdem o uso das mãos, assim como, o interesse pelos outros e consecutivamente pela interação social. A cabeça cresce de forma lenta, bem como o seu desenvolvimento cerebral. As capacidades específicas ao nível da linguagem, cognição e ao nível motor, podem-se perder ou até nunca se desenvolver, tal depende da idade em que se inicia o processo de regressão.

A Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância segundo Kuperstein e Missalglia (2007), é um estado raro que se inicia com um período de desenvolvimento normal, resultando em graves défices das capacidades cognitivas, de autoajuda, etc. Pode ocorrer em rapazes e em raparigas sendo mais comum nos rapazes. Após dois anos de desenvolvimento normal, dá-se uma regressão repentina e grave, em que a criança perde as capacidades sociais, cognitivas, de autoajuda, isola-se, deixa de comunicar e perde capacidades motoras. É um cenário pouco conhecido e envolve uma perda de recursos e capacidades adquiridas anteriormente pela criança. Antes da regressão, as crianças apresentam um desenvolvimento normal das habilidades de linguagem, comunicação não-verbal, jogo, relacionamentos, comportamentos sociais e adaptativos.

A Síndrome do X Frágil, segundo Kuperstein e Missalglia (2007), engloba uma anomalia do cromossoma X, detetável através da análise ao sangue, transmitido aos indivíduos do sexo masculino através das mães que podem não apresentar quaisquer dificuldades ou até apresentar dificuldades de aprendizagem ligeiras. As crianças com a síndrome por vezes respondem a critérios de diagnóstico do PEA gerando confusão nos pais acerca do diagnóstico. Se por um lado dizem que a criança tem uma PEA, também dizem que poderá ter a Síndrome do X Frágil.

A Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, segundo Kuperstein e Missalglia (2007), tem menor compromisso ao nível cognitivo e atraso mental, apresentam comportamentos e dificuldades de tipo autístico embora tenham menos sintomas ou apresentem um padrão diferente.

Como se pode constatar as PEA podem convergir com uma variedade de outras perturbações.

Também subsistem outros distúrbios que podem estar associados à PEA dos quais destaca-se: o défice intelectual, défices cognitivos, a epilepsia, os problemas auditivos e visuais, os problemas sensoriomotores, os problemas neuropsiquiátricos (sendo os mais comuns a PHDA, a depressão e a ansiedade), os problemas do sono, do comportamento e da alimentação, problemas, no entanto são raras as anomalias do controlo motor com significado funcional e, habitualmente, o exame neurológico clássico não revela défices motores significativos (contudo algumas crianças com PEA desenvolvem alterações na marcha: marcham em bicos de pés, apresentam inabilidade motora, movimentos atáxicos e desajeitados, hipotonia, apraxia dos membros e laxidão ligamentar. Manifestam possuir tiques e a síndrome de Gilles la Tourette também são descritas com frequência em indivíduos com PEA.

As comorbilidades surgem, na grande maioria das vezes, como “complicações” e a elevada taxa de comorbilidade verificada nas PEA complicam o diagnóstico diferencial, agravam o prognóstico e exigem medidas de intervenção específicas. É essencial tê-los em consideração no processo de avaliação e no plano de tratamento.

3. 6. – Prevalência

A prevalência da PEA é de uma em cada mil crianças, sendo que em cada quatro há três rapazes afetados e apenas uma rapariga afetada, ou seja, há uma maior predominância no sexo masculino” (Gillet, 2015, p.22).

Nos dias que correm, o autismo afeta 0,2% da população em geral, sendo cinco a dez vezes mais comum no sexo masculino, na proporção de 4:1 (Gillet, 2015, p.22).

A prevalência de crianças com PEA em idade escolar é de 9,2 em Portugal Continental, de 15,6 nos Açores, por cada 10000 crianças.

Revelou-se ainda que o PEA apresenta menor expressividade no norte do país, 0,92 por cada 1000 crianças, sendo no Centro, Sul e Açores, 1,15 por 1000 crianças.

3. 7. – Diagnóstico

O diagnóstico desta perturbação continua a ser realizado através do historial clínico e de desenvolvimento, da observação e da análise do comportamento do indivíduo, segundo determinados critérios clínicos presentes nos sistemas de classificação da DSM-V (Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders) American Psychiatric Association, e da ICD10 (International Classification of Disease 10th edition, OMS, 1992).

A PEA não pode ser diagnosticada à nascença tal como afirmam Willins e Wright (2008) “não existem características óbvias e nem exame de sangue para detetar esta condição” (Chris. p. 4). É a partir dos dezassete meses que os pais devem estar em alerta. Os primeiros sinais aparecem por volta dessa idade. O rastreio poderá ser feito por volta dos 18 meses e uma avaliação diagnóstica completa aos 30 meses.

O diagnóstico descreve os sintomas do PEA mais marcantes e os mais moderados assim como uma descrição dos pontos fortes e fracos das crianças diagnosticadas. O diagnóstico desta perturbação é fundamental pois permite explicar à família o que a criança tem, descrevendo todos os sintomas da problemática. Numa segunda instância e após o diagnóstico deve-se desencadear outra fase: traçar um plano de tratamento o qual deve encaminhar a criança para os serviços que esta poderá necessitar para tentar ultrapassar e colmatar as suas necessidades e dificuldades.

3. 8. – Avaliação - Instrumentos de avaliação

A avaliação deve incluir a história do desenvolvimento, a história anterior e pré-natal familiar relevante; exame físico/do desenvolvimento, avaliação do desenvolvimento físico, cognitivo e da linguagem; exploração de outras possíveis perturbações genéticas tais como síndrome X-Frágil, esclerose tuberosa, avaliação das circunstâncias familiares e necessidades sociais.

Atualmente o processo de atribuição de um diagnóstico correto de PEA tornou-se facilitado com o aparecimento do DSM-V ou da ICD-10, no entanto, com o decorrer do tempo, foram sendo desenvolvidos escalas e questionários dirigidos para a avaliação psicológica e comportamental destas crianças. São instrumentos que têm como principal função assegurar um exame completo aquando do exame inicial, definindo um perfil particular e o estado exato das dificuldades e das competências da criança. Através destes, é possível também delinear objetivos de tratamento e avaliar a eficácia das ações terapêuticas planeadas. Para servir os fins da avaliação, o indivíduo deve idealmente ser observado em diferentes contextos (por exemplo: no hospital, em casa, Jardim de Infância/Escola, etc.).

A avaliação propriamente dita deve incluir o contributo de psicólogos, educadores, terapeutas da fala, pediatras e/ou pedopsiquiatras, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e apoio dos serviços sociais.

Os instrumentos de avaliação estandardizados específicos da PEA validados são: *O Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*, *O Diagnostic Interview of Social and Communication Disorders (DISCO)*, *O Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)*, *o Childhood Austims Rating Scale (CARS)*.

A *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)* foi publicada por Catherine Lord, em 1989, tendo sido já revista em 1995 e em 1998. Esta última versão pode ser aplicada desde a idade pré-escolar em crianças não-verbais até aos adultos verbais. As atividades desenvolvidas por quem investiga são essencialmente dirigidas para uma avaliação da comunicação, da socialização, da imaginação e ainda dos comportamentos estereotipados. Portanto “é um teste constituído por varias atividades que permitem observar comportamentos sociais e o nível de comunicação é constituído por quatro módulos que são escolhidos em função do nível de linguagem e de desenvolvimento: modulo 1 (sem linguagem ou com linguagem pouco consistente), modulo 2 (usam frases mas não são verbalmente fluentes), modulo 3 (linguagem fluente) modulo 4 (adolescentes e adultos fluentes)” (Lima, 2012, p. 60).

O *Diagnostic Interview of Social and Communication Disorders (DISCO)* constitui uma alternativa à ADIR adota uma abordagem mais dimensional ao diagnóstico. Foi criado de forma a englobar diversos domínios do desenvolvimento (motor, linguagem, autocuidados, imitação, comunicação), bem como comportamentos. O DISCO destina-se a compilar a história do desenvolvimento segundo uma maior variedade de comportamentos típicos e atípicos.

O *Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)* consiste numa entrevista completa, semiestruturada, feita aos pais, utilizando sintomas de autismo. Através do ADIR-R obtêm-se informações sobre os pais acerca do comportamento atual da criança (Gillet, 2015, p.33).

O *Childhood Austims Rating Scale (CARS)* desenvolvido por Schopler et all em 1988 é um instrumento baseado na observação com 15 questões, indicado para crianças com mais de 24 meses. Estas questões baseiam-se nas três características nucleares da PEA, sendo classificadas numa escala de 7 pontos, que vão do típico a gravemente desviante. Após a soma dos valores das questões, o resultado final é comparado com uma escala, que vai distinguir o comportamento típico autístico entre ligeiro e moderado grave. Esta técnica foi elaborada para classificar o comportamento, que se observa durante a avaliação do desenvolvimento da criança, e envolve mais ou menos 30 minutos, inclui quinze itens comportamentais: Relação

com pessoas; Imitação; Resposta emocional; Uso do corpo; Uso de objetos; Adaptação à mudança; Resposta visual; Resposta auditiva; Resposta e uso do paladar, cheiro e tato; Medo ou nervosismo; Comunicação verbal e comunicação não-verbal; Nível de atividade; Nível e consistência de resposta intelectual; Impressões gerais. As avaliações são feitas a partir de diferentes fontes de observação, tais como: testes psicológicos ou participação na sala de aula; entrevistas com os pais; anamnese (Lima, 2012, p. 61)

O *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) foi elaborado por Baron-Cohen, Alen Giliberg 1992, o seu objetivo é ajudar a identificar, aos 18 meses de idade, crianças com perturbações da relação e comunicação do espectro autista. Uma nova versão da CHAT, designada por QCHAT, sendo o Q de quantitativa, está a ser desenvolvida atualmente no sentido de aumentar a sensibilidade e especificidade na despistagem. A M-CHAT é outra modificação deste instrumento, que se traduz em 23 questões dirigidas aos pais, eliminando a parte dirigida à criança. É utilizada nas consultas de rotina na pediatria até aos 24 meses. Existem 6 questões críticas, onde qualquer criança que falhe 2 irá receber um contacto telefónico que seguirá para posterior referenciação e avaliação.

A *Autism Behaviour Checklist* (ABC) visa diferenciar crianças autistas de crianças com deficiência mental severa, cegas-surdas e com perturbações emocionais. É preenchida por profissionais e consiste em cinquenta e sete descrições do comportamento, subdivididas em cinco áreas sintomáticas: sensorial, relacional, uso de objetos e conhecimento corporal, linguagem e sociabilidade.

A *Psycho-Educational Profile* (3ªed.) (PEP – III) de Eric Schopler, Margaret D. Lansing, Robert J. Reichler, e M. Marcus, 2005, “é um teste que abrange diferentes áreas específicas, como a Imitação; Perceção; Motricidade Global; Motricidade fina; Coordenação Visuomanual, Comportamento, etc...) e que os outros testes não aprofundam” (Lima, 2012, p. 60).

É dirigido a crianças com idades dos 6 meses aos 7 anos. É ainda constituído por um questionário para os pais de forma a averiguar o nível de desenvolvimento do seu filho.

A escala de Desenvolvimento Griffiths (Ruth Griffiths, 1996), segundo Lima (2012) dirige-se a crianças com idades entre os 0 e 8 anos,” avalia o nível de desenvolvimento da criança relativa à sua idade em 6 áreas: Motricidade grosseira; Autonomia; Linguagem, Motricidade fina; Realização, Cognição Verbal. Está traduzida e aferida para a população portuguesa.

Permite-nos a obtenção de um Quociente Geral, podemos quantificar o nível cognitivo da criança em função dos graus existentes no DSM-IV-TR” (p. 60).

A Escala de Inteligência de Weschler (WISC- III) para crianças (D. Weschler, 1991) é destinada a crianças entre os 6 e os 16 anos de idade, está aferida para a população portuguesa. Possibilita segundo Lima (2012), alcançar um quociente de inteligência e três índices fatoriais: “compreensão verbal, organização perceptiva e velocidade de processamento. A sua limitação é que não pode ser utilizada em crianças que não tenham linguagem verbal” (p. 61).

A Vilenand Adaptive Behavior Scales (Sparrow et al., 1984; 12), é uma escala que permite complementar a informação quando existe um atraso no desenvolvimento.

O Teste de avaliação da Linguagem da Criança (TALC) de Eileen Sua – Kay e Maria Dulce Tavares, é um teste de avaliação da linguagem da criança, destinado a crianças dos 2 anos e meio aos 6 anos, avalia a compreensão e a expressão da linguagem. Recorre a objetos reais, o que motiva a criança.

A Escala de avaliação da comunicação pré verbal (EACPV) de Chris Kiernan e Barbara Reid, 1987, é uma escala de avaliação não-verbal, dirigida a crianças com reduzida ou sem oralidade, é aplicada através de perguntas aos pais e através da avaliação direta com a criança, no entanto este teste não está validado em Portugal.

A Test of Pragmatic Language (TOPL) de Diana Phelps, Terasaki e Trisha Phelp- Gunn, (1992), avalia a criança do pré-escolar até ao adulto, tem um conjunto de imagens que são apresentadas e em que se enquadra uma situação e colocada uma questão ao indivíduo que terá de resolver. O teste é composto por 42 questões que envolvem os modos pragmáticos (expressão e receção) (Lima, 2012, p. 62).

Para a avaliação da linguagem está também disponível uma grande variedade de testes dependendo a escolha da idade e das capacidades da pessoa.

Para a avaliação física e médica cada criança deve passar por um exame médico completo que deve incluir a avaliação da acuidade visual e auditiva, altura, peso e perímetro cefálico. Também se deve obter a informação sobre a alimentação o sono e o controle dos esfíncteres e dos intestinos e também de possível epilepsia. Também deve ser realizado um exame neurológico completo se houver sinais de regressão, crises, lesões da pele ou dificuldades significativas de audição, visuais ou de aprendizagem.

Para a avaliação do comportamento e saúde mental deve cobrir sintomas de comportamento e psiquiátricos (por exemplo, ansiedade, perturbações de humor, hiperatividade, impulsividade, perturbações do comportamento (Gillet, 2015, p.33).

A finalidade da avaliação não é só estabelecer, com tanta certeza quanto possível se um indivíduo preenche ou não critérios da PEA, mas assegurar que este processo leva a programas de intervenção e educação que são adequados às necessidades da criança e dos membros da sua família.

3. 9. – Modelos de intervenção com crianças com PEA

Segundo Marques (2003) “os principais objetivos na intervenção com crianças com PEA consistem em melhorar as suas capacidades, tornando-as mais competentes e funcionais, e em adaptar o meio ambiente, tornando-o mais estruturado de modo a facilitar a orientação, assimilação e acomodação da informação, possibilitando uma cada vez maior inclusão social” (p. 104).

No domínio da intervenção na PEA é possível encontrar diversas técnicas, abordagens, modelos e programas que podem ser um contributo importante para esta problemática. A sua escolha deve ser ponderada caso a caso, segundo as capacidades, desejos e interesses da criança com PEA nunca negligenciando o papel da família, da escola, dos terapeutas e outros técnicos.

Existem modelos de Intervenção de Natureza Cognitivo comportamental que se podem definir como programas transitórios entre os modelos comportamentais tradicionais e os modelos cognitivos. Estes modelos são aplicados tendo em conta as características específicas das crianças com PEA pois estas crianças apresentam défices de diferente ordem: cognitivas, sensoriais, comunicacionais e comportamentais. Alguns destes modelos implicam ambientes educativos estruturados e a aplicação de outras técnicas de recursos específicos.

Em seguida irá proceder-se a uma breve explanação de alguns deles.

3. 9. 1 – Modelo de intervenção de natureza psicanalítica

Este modelo contempla a PEA como uma perturbação emocional, tem como objetivo encontrar o equilíbrio, através da reconstrução do mundo afetivo, ou seja, transportar o medo, a ansiedade e a tensão para o terapeuta, reconstruindo-se assim o «eu», através da intervenção no inconsciente, pois os desejos inconscientes atualizam-se face as modalidades de

intervenção que passam pelo estabelecimento de contacto corporal, através de massagens. Esta terapia é baseada na intervenção terapeuta/criança onde os pais não assumem qualquer tipo de papel participativo.

3. 9. 2 – Modelo de intervenção de natureza comportamental

Surge no início dos anos sessenta quando se procedia ao estudo dos problemas presentes na PEA, isto é, procurava-se estudar qual o tratamento em função do controlo e manipulação dos fatores ambientais. Este programa pretendeu ensinar várias competências que permitiam ao aluno com PEA funcionar em casa ou na escola, de forma adequada. Com este modelo o grau de exigência vai aumentando, consoante a aquisição de competências, por um período de 40 horas semanais durante dois ou mais anos. Para se atingir sucesso com esta intervenção é fundamental a participação dos pais, pois estes têm de utilizar de forma persistente e continua esta abordagem em casa.

3. 9. 3 – Modelo DIR (Developmental, Individual-difference, Relationship-based)

Este modelo foi desenvolvido por Standley Greenspan e Serena Wieder e apoia-se na teoria de que as crianças com PEA podem vivenciar uma grande variedade de desafios biológicos nas áreas de processamento sensorio motor que as impede de interagir, comunicar e aprender. O “D” significa desenvolvimento e remete à evolução da criança por etapas graduais que a ajudam a gerir capacidades para envolver-se e relacionar-se com os outros; o “I”, refere-se as diferenças Individuais e às características biológicas, e o “R” refere-se as Relações e apontam para os relacionamentos como fonte de aprendizagem afetando diretamente a capacidade de desenvolvimento da criança.

3. 9. 4 – Abordagem Floortime

Encontra-se dentro do modelo DIR como principal estratégia para sistematizar a brincadeira com a criança e proporcionar a sua progressão nas diferentes etapas do seu desenvolvimento. O modelo D.I.R com a abordagem Floortime segundo Lima (2002) “um modelo de intervenção intensiva e global que alia a abordagem Floortime ao envolvimento e participação da família (devido à sua importância na relação emocional com a criança) e as diferentes especialidades terapêuticas existentes numa equipa interdisciplinar (terapia ocupacional,

terapia da fala, psicólogo, etc.) e a articulação e integração nas estruturas educacionais” (p.43).

Esta abordagem é baseada na crença de que a emoção é fundamental para o crescimento do cérebro e evolução mental e que tal desenvolvimento é conseguido através de interações (brincadeiras) no chão. O programa de intervenção baseado no modelo DIR com abordagem Floortime inclui os seguintes componentes: Programa dirigido a casa Sessões de Floortime: onde se encoraja a tomada de iniciativa, o comportamento adequado e o desenvolvimento de capacidades simbólicas através do jogo simbólico/dramático ou através de conversas, sempre seguindo a liderança da criança. Resolução de problemas semiestruturado: através de desafios dinâmicos e com significado para serem resolvidos de modo a ensinar algo novo à criança. Atividades motoras, sensoriais, viso-espaciais, auditivas e de integração sensorial: Estas atividades são adequadas às diferenças individuais da criança, construindo capacidades básicas de processamento.

As características típicas deste modelo são: uma terapia que cria interações entre a criança e um adulto através de brincadeiras baseadas num desenvolvimento sequencial, segundo Mello (2005) “este modelo em relação a outros é basicamente destinado aos interesses da criança é efetuado por profissionais ou pessoas treinadas com muita experiência embora os princípios do Floortime possam ser aprendidos e integradas por qualquer pessoa que se interesse e pratique e que tenha apoio e supervisão” (p. 23).

3. 9. 5 – Programa *Son-Rise*

Foi criado nos EUA na década de 70 por Barry e Samahria Kaufman após ter sido diagnosticado ao seu filho Raun autismo severo e um QI abaixo de 40. Os especialistas diziam que não havia esperança de recuperação e os pais determinados em ajudar o filho decidiram procurar uma forma de se aproximarem do filho e aplicaram este programa que tem como base uma abordagem relacional, onde a relação entre as pessoas é muito valorizada, e implica o conhecimento profundo das características da criança, nomeadamente: o seu comportamento nos diversos contextos, como comunica, como interage e quais os seus gostos e interesses.

Esta metodologia é descrita como o “ir até ao mundo da criança” (Hewitt, 2006, p. 22).

Este programa permite estabelecer a ponte entre o mundo convencional e o mundo de cada criança com PEA. Foi criado por pais e para pais, pois os pais aprendem a interagir de uma

forma divertida e dinâmica com o filho, encorajando, assim o seu desenvolvimento a nível social, emocional, cognitivo e também a nível da comunicação. A criança é o foco central e neste modelo utiliza-se a motivação da própria criança para a ajudar a construir e a adquirir competências e o ensino é realizado recorrendo a jogos e brincadeiras interativas.

3. 9. 6 – Modelo e ou programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children)

Teve origem em 1966, nos Estados Unidos, na Universidade de Carolina do Norte, Escola de Medicina, divisão de Psiquiatria, a partir de investigações realizadas pela equipa do Dr. Eric Schopler. Surgiu com o objetivo de dar resposta às necessidades dos pais das crianças com PEA com os quais o professor Eric Schopler e a sua equipa tinham contactado durante a sua investigação sobre o autismo.

Os principais pontos ou prioridades da metodologia TEACCH são: Compreender a “cultura de Autismo”; Focalização no portador de PEA; Avaliação individualizada para determinar a intervenção; Elaboração de um programa de intervenção individualizado centrado na criança e na família, em torno das suas potencialidades, interesses e necessidades; Reforço das capacidades no portador de PEA.

Este modelo de intervenção assenta num tipo de trabalho específico que se aplica nos seguintes elementos: organização e estruturação do ambiente físico com espaços bem definido, ajustado às necessidades de cada criança e às áreas curriculares de modo que a criança compreenda onde cada área se inicia, as rotinas são organizadas em quadros, painéis ou agendas os designados horários ou planos ou calendários (que são bastante estruturados, claros a nível visual, utilizam fotos, pictogramas, imagens concretas e imaginativas. São organizado de cima para baixo, ou da esquerda para a direita, afixados num local visível para a criança, devem apresentar atividades mais interessantes, alternadas com atividades menos interessantes, assim com atividades que exigem maior esforço físico com atividades mais serenas). Estes horários variam ao nível da duração (semanal, diário, meio dia, etc.).

Utiliza-se com este modelo o sistema individual de trabalho com base em atividades simples e organizadas que devem dar à criança com PEA a noção bem clara do “começo” e do “fim” da tarefa. Utiliza a comunicação pela linguagem ou pelos sistemas alternativos.

Neste modelo os pais apresentam um papel extremamente ativo desde o procedimento da avaliação inicial até ao processo interventivo continuado, permitindo que a criança obtenha informações e se consiga organizar o mais autonomamente possível.

Como conclusão pode afirmar-se que este modelo de intervenção através de uma “estrutura externa”, organização de espaço, materiais e atividades, possibilita a criação mental de “estruturas internas” que devem ser transformadas pela própria criança, em “estratégias” e, mais tarde, automatizadas de modo a funcionar fora da sala de aula, em ambientes menos estruturados.

Segundo Carvalho e Onofre (2007), este modelo traz várias vantagens para as crianças com PEA pois referem que, através da criação de situações de ensino estruturado apoiado em estruturas visuais (plásticas, gráficas, lúdicas, didáticas, pedagógicas,) se procura potenciar a motivação destas crianças para explorar e aprender e desta forma, aumentar os tempos de desenvolver os tempos de atenção, concentração e de interesse pelas tarefas propostas, atenção partilhada, desenvolver a interação, ajuda a diminuir as dificuldades a nível da linguagem recetiva e assim sempre que é necessário ou possível usa-se o programa de linguagem do vocabulário Makaton.

Segundo Simpson (1997) deste modelo é respeitar e adequar-se as características de cada criança, centrar-se nas áreas fortes e adaptar-se à funcionalidade e necessidades de cada criança, envolver a família e todos os outros que intervêm no processo educativo.

Outra vantagem da utilização da metodologia TEACCH com crianças com PEA ocorre a nível do comportamento pois baseia-se no uso de estratégias, de ajudas e uso de reforços positivos no caso de comportamento desejado e negativo os quais são usados para diminuir a ocorrência de comportamentos indesejados.

Esta metodologia, segundo Jordan (2000) ajuda e investe na autonomia da criança com PEA na aquisição flexível para responder a mudanças que poderão ocorrer na escola e/ou na sociedade e ajuda no desenvolvimento da autoestima.

3.9.7 – Movimento Applied Behavioural Analysis (ABA)

É uma abordagem da psicologia comportamental que foi adotado e aplicado ao ensino da criança com PEA. Foi desenvolvido nos anos sessenta por Loovas e seus colaboradores com o objetivo de ser utilizado na intervenção precoce, pois a intervenção com este modelo deve iniciar-se prematuramente logo que é diagnosticada à criança PEA. Esta intervenção deve ser

intensiva, deve durar pelo menos dois anos e vinte e cinco horas por semana. Tem como principal objetivo ensinar comportamentos apropriados que permitam à criança com PEA uma vida autónoma e a sua integração na comunidade. Este modelo advém da corrente behaviorista na qual o comportamento é modificado através de estímulos/reforços aplicados intensivamente. Com a aplicação do modelo ABA tentam-se desenvolver comportamentos sociais adequados (contacto visual, comunicação funcional), pré-requisitos para a leitura, escrita e matemática e atividades da vida diárias como a higiene pessoal. Pretende-se também a diminuição de comportamentos desajustados como as lesões autoinfligidas, os movimentos estereotipados e o (s) comportamento (s) mais agressivos (Lima, 2012, p.42).

No caso das crianças com PEA, a aplicação deste modelo baseia-se em várias etapas: avaliação inicial, definição de objetivos a serem alcançados, elaboração de programas, ensino intensivo e avaliação do progresso. Estas etapas podem ser agrupadas em duas fases distintas: a primeira fase em que se faz a avaliação (conhecer as competências iniciais do indivíduo) e a segunda fase em que se realiza a intervenção e avaliação da intervenção.

3. 9. 8 – Programa Portage

É um modelo de Intervenção de Natureza Cognitivo-Comportamental que teve a sua origem nas comunidades rurais do estado Wisconsin, E.U.A. onde levar uma criança a uma escola ou outra instituição implicava longas e difíceis deslocações e a escassez de recursos em intervenção precoce também levou igualmente à criação deste tipo de programa. O Programa Portage é um sistema de ajuda à educação precoce, domiciliário e dirigido aos pais de crianças com NEE, "(...) os pais são envolvidos, desde o início, no processo de seleção das áreas de intervenção. Regra geral, pretende-se fomentar uma espécie de «negociação» entre as prioridades dos pais e as necessidades que o «visitador» domiciliário considera relevantes para a criança. Em casa, é deixado um quadro de referências, de recomendações e metas a atingir, que será alvo de análise na visita seguinte. A filosofia de base é tornar os pais mais competentes para lidar, eficazmente, com os problemas do seu filho" (Marques, 2000, p. 25). Assim, os pais têm de ser preparados para anular os comportamentos inadequados e estimular respostas momentâneas, tendo uma função demasiado pedagógica. Estes assumem um papel em que há uma aceitação obrigatória, imposta por pessoas exteriores à família, ou seja, os técnicos. Na Inglaterra, o modelo passou a ser utilizado a partir de 1976 observou-se resultados positivos devido às estratégias educativas e ao ensino individualizado, sempre com

a presença do agente educativo. Em 1992, criou-se em Portugal a Associação Portage, para divulgar entre as famílias de crianças com necessidades educativas este modelo de intervenção. Este Programa Portage de Educação Precoce tem os seguintes componentes: lista de registo de Comportamentos (composta por seiscentos e dezanove comportamentos divididos em seis áreas); ficha de atividades é uma ficha que fornece sugestões de pelo menos três atividades, para determinado comportamento; as folhas de registo de atividades são folhas utilizadas de forma conjugada com a Lista de Registo de Comportamentos e estão divididas em seis áreas de desenvolvimento: estimulação do bebé; socialização; linguagem; Autonomia; Cognição e desenvolvimento Motor.

3. 9. 9 – Terapia Ocupacional

Teve origem nos Estados Unidos da América no início do séc. XX, o nome foi atribuída pelo arquiteto George Barton em 1914 e em 1917 formou a Associação Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional. Em 1921, foi alterado o nome para Associação Americana de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association). A terapia ocupacional consiste na utilização de técnicas terapêuticas que estabelecem a estimulação sensorial utilizando atividades lúdicas selecionadas como: jogos e brincadeiras que gradativamente se tornam mais desafiadoras e complexas e que se integram em atividades tendo em conta o objetivo que se pretende abordar com a criança com PEA.

O objetivo principal da Terapia Ocupacional é promover uma melhor qualidade de vida dentro das capacidades e limitações de cada indivíduo. O trabalho é desenvolvido com várias faixas etárias, os locais da prática profissional são: escolas, faculdades, ambulatórios, clínicas, hospitais, centros comunitário empresas, entre outros, podendo muitas vezes, se estender ao domicílio. Segundo Carvalho e Onofre (2007), de um modo geral, a terapia ocupacional consiste em melhorar as capacidades motoras finas nas atividades da vida diária (como escovar os dentes, comer sozinho, escrever, etc.) ou capacidades sensoriomotoras que incluem o equilíbrio (sistema vestibular), perceção da posição do corpo no espaço (sistema propriocetivo) e toque (sistema táctil), favorecer o seu convívio social, ensinando-lhe também os limites dos quais deve obedecer.

3. 10 – Musicoterapia

É uma técnica de terapia que recorre à música com o objetivo de ressaltar as potencialidades por meio da aplicação de métodos e técnicas, juntamente com outras capacidades, incluindo a cognição. O musicoterapeuta poderá fazer uso de diferentes ferramentas, tais como a voz, o som, o timbre, o ritmo. Tal como afirmam vários autores (Litchman, 1976; Baker e Bruscia, 1982; Soraci, et al;1982 e Thaut, 1984) existem diversos estudos que demonstram os efeitos positivos e significativos da utilização da música nas crianças com PEA ou seja afirmam que as técnicas de terapia musical podem ajudar a romper o padrão de isolamento, ajudar a reduzir a ecolália, ajudar na comunicação, ajudar à socialização e a compreenderem melhor a linguagem, ajudam a atenuar comportamentos patológicos nas áreas motoras e de percepção, a aumentar a atenção, incentivam a verbalização e a estimulação dos processos mentais referentes à conceptualização, simbolização e compreensão, ajudam a criar um contexto essencial ao desenvolvimento da curiosidade e do interesse exploratório.

3. 11 – Equinoterapia

É uma terapia que remonta à Antiguidade, pois já na Grécia Antiga a equitação era vista como elemento regenerador de saúde exercitando o corpo e dos sentidos. Esta terapia procura promover a saúde humana e funciona como terapia específica utilizando o cavalo. A utilização do cavalo como recurso terapêutico em crianças com PEA segundo alguns autores Bastos, Sabato e Marra (2004) para além da função cinesioterápica ajudam no aspeto psíquico, ajudam a desenvolver e modificar atitudes e comportamentos, podem favorecer uma melhor percepção do mundo externo, ajudam no ajuste tónico-postural adequado, regenerador de saúde, exercitam o corpo e os sentidos, permitem uma grande diversidade de estímulos sensoriais, através da visão, tato, olfato e audição, algo que incrementa a consciencialização corporal, ajudam no desenvolvimento da força muscular no aperfeiçoamento da coordenação motora e o equilíbrio. O cavalo é aqui utilizado como agente promotor de ganhos físicos e psicológicos, e o terapeuta como agente facilitador, onde as formas de socialização são uma constante, potenciando o desenvolvimento da confiança e auto-estima.

A equinoterapia surge como forma de tratamento complementar às terapias convencionais, assumindo-se como uma abordagem interdisciplinar nas áreas da saúde, educação e equitação-pode ser um importante meio terapêutico complementar no entanto ainda terá um longo caminho a percorrer em virtude de existirem poucos centros especializados para o efeito,

necessitar de profissionais e meios específicos e carecer de uma fundamentação empírica mais aprofundada.

3. 12 – Makaton

É um sistema alternativo e aumentativo de comunicação desenvolvido em Inglaterra nos anos 70 pela terapeuta da fala Margaret Walker, para ajudar as pessoas com problemas de comunicação e hoje em dia ainda é utilizado com crianças com essas mesmas dificuldades, é um programa de linguagem completa, do qual faz parte um corpo de vocabulário básico que é ensinado através de gestos e símbolos, o contacto ocular e a linguagem corporal em simultâneo com a fala, e pressupõe a utilização de estratégias estruturadas de ensino. A utilização do Makaton como sistema alternativo e aumentativo de comunicação é uma mais-valia para colmatar as dificuldades de comunicação tão presentes na criança com PEA pois o uso do gesto/imagem e expressão facial vão ajudar a estruturar a linguagem falada ou a iniciação de aprendizagem para não falantes.

3. 13 – Picture Exchange Communication System (PECS)

É um Sistema de Comunicação Aumentativo e Alternativo baseado na troca funcional de figuras. Teve origem na década de 80. Este modelo segundo Mello (2015) “O PECS proporciona progressos nas habilidades de comunicação, na independência, na redução de comportamentos inadequados e melhora a abordagem social e interação, incluindo interação com colegas” (p.23). Embora se deva estimular a linguagem oral numa criança com PEA o método PECS ao ser utilizado com crianças com PEA como primeiro passo pode proporcionar o desenvolvimento de um sistema efetivo de comunicação da criança com PEA. Este programa pode ser aprendido e utilizado pelas pessoas que convivem com a criança com PEA tais como professores, terapeutas, pais e tem um ótimo índice de motivação por parte da criança pois ao utilizarem o PECS as crianças com PEA aprendem como é importante ter uma pessoa a ajudá-las na aprendizagem e aprendem a confiar no outro.

Como síntese pode afirmar-se que nos últimos anos, desde que a PEA foi descrita pela primeira vez em 1943, diferentes formas e filosofias procuram compreender e tratar a PEA.

As diversas linhas de investigação atuais parecem sugerir uma etiologia multifatorial da PEA com intervenção de fatores genéticos e ambientais, como de fatores psicológicos e biológicos,

como tal é importante proceder a uma avaliação rigorosa de cada indivíduo fazer um diagnóstico diferencial para depois se traçar e aplicar o melhor modelo de intervenção (Marques (2003) e Lima (2012)).

4. – Unidades de Ensino Estruturado param Alunos com Perturbação do Espetro de Autismo.

Presentemente, a nível legislativo, o Decreto-Lei n.º 3/2008, define que o sistema educativo deve dar respostas educativas diferenciadas e especializadas no processo de aprendizagem aos alunos com PEA em Unidades de Ensino Estruturado.

Estas Unidades de Ensino Estruturado para Alunos com Perturbação do Espetro de Autismo obedecem as Normas da DGIDC. Existem em escolas ou agrupamentos de escolas que concentram alunos com PEA, não devem ser frequentadas por um número superior a seis alunos de um ou mais concelhos, tem um espaço físico específico e apropriado que garantem o prosseguimento de estudo ou seja o processo de transição entre ciclos. Estes alunos frequentam e acompanham a sua turma do regular, contudo podem usufruir desta resposta educativa específica.

Segundo o Decreto-Lei nº 3, de 7 de Janeiro de 2008 a organização destas unidades assenta num trabalho de equipa e deve incluir sempre que possível: Família dos alunos; os órgãos de gestão dos agrupamentos de escolas, professores de Educação Especial; os docentes de turma, diretores de turma e outros envolvidos no processo ensino/aprendizagem do aluno; técnicos, como Terapeutas da Fala, Psicomotricista, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e outros, caso seja necessário; serviços da comunidade que se julguem necessários para responderem às necessidades pormenorizadas dos alunos com perturbação do Espetro de Autismo (PEA).

Os objetivos das Unidades de Ensino Estruturado são dar resposta individualizada no que concerne ao ensino através de uma organização espacial e temporal específica, tem um plano de trabalho individual com um horário individual, utiliza suportes visuais, para desta forma apoiar a rotina e informar o aluno sobre a sequência das atividades que irá realizar. Procuram desenvolver a comunicação, interação e autonomia, diminuir birras e ajuda à interiorização dos conceitos.

A sala de uma unidade de ensino estruturado tem uma estrutura física apropriada, cujo espaço ou ambiente de ensino/aprendizagem devem ser organizado visualmente de forma clara, com áreas bem definida e esta estrutura física que pode ser maior ou menor em função das

necessidades de cada criança pelo que não deve ser igual para todos. Algumas áreas destas salas são: área de trabalho de um para um ou área do aprender; área trabalho independente/trabalhar; área de transição; área de grupo; área de grupo, área do computador, área de brincar; área da refeição. A área de um para um para um ou área do aprender é uma área de ensino individualizado um para um onde a criança irá realizar novas aprendizagens devendo estar sentado de frente para o adulto e de costas para fatores de distração, esta área privilegia o desenvolvimento de novas aprendizagens facilita interação, e a focalização do olhar com o interlocutor. É uma área fundamental para promover atenção concentração e assim permitir aprendizagem da criança. A área de trabalho independente/autónomo é uma área de trabalho individualizado e autónomo onde a criança aprende a trabalhar com autonomia para que possa estar integrado numa sala de aula com outras crianças sem necessitar do apoio constante do professor. A área de transição é um local onde se encontram os horários individuais de cada aluno, e para onde se dirige sempre que termina uma atividade e tem de consultar o seu horário, pode ser encaminhada utilizando um cartão de transição que indica ao aluno que se deve dirigir a esta zona. Outras áreas são a área do brincar, a área de trabalho de grupo, área do acolhimento, a área de atividades de expressão plástica e a área do computador.

Nestas salas da unidade de ensino estruturado também existe a estruturação de materiais que devem estar organizadas e separadas em caixas devidamente identificados colocados sempre no mesmo lugar para que a criança saiba onde os encontrar. As atividades também devem ser estruturadas, ou seja, devem ser construídas ou adotadas especificamente às necessidades de cada criança de preferência utilizando materiais apelativos com informação suficiente para que cada criança consiga aprender e não ficar confusa com o excesso de informação.

CAPÍTULO II
IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO,
CHARACTERIZAÇÃO DO CASO E METODOLOGIA

Neste capítulo identifica-se e caracteriza-se a criança em estudo, a problemática, o contexto escolar, a metodologia utilizada na recolha de dados/informações.

1. – Inclusão no jardim-de-infância da criança com PEA

O conceito de escola inclusiva, como já foi abordado no ponto 2 do capítulo I, envolve equidade educativa que se traduz na garantia da igualdade de acesso, de oportunidades e de resultados para todos os alunos, ou seja, a escola deve procurar dar resposta educativa adequada à diversidade de características e necessidades de todos os alunos, promovendo o sucesso educativo e a inclusão efetiva das crianças e jovens com NEE.

Em 2016, o Ministério da Educação reeditou as Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar.

Estas orientações como próprio nome indica, são um instrumento orientador fundamental na elaboração do ambiente educativo ou seja, constituem um conjunto de princípios que pretendem apoiar o educador nas decisões sobre a sua prática e conduzir o processo educativo a desenvolver com as crianças. “Diferenciam-se também de algumas conceções de currículo, por serem mais gerais e abrangentes, isto é, por incluírem a possibilidade de fundamentar diversas opções educativas e, portanto, vários currículos” (Lopes, 1997, p. 38).

O educador de infância enquanto gestor do processo educativo deve organizá-lo, desenvolvê-lo tendo em conta as características, interesses, necessidades e vivências das crianças do seu grupo. É importante que o educador olhe para a criança com um olhar único, pois cada uma é diferente da outra. Para isso, o educador tem de planificar, organizar e avaliar o ambiente educativo, (atividades, projetos) visando a construção de aprendizagens integradas Assim, a criança, mesmo sendo “diferente” é incluída no grupo e beneficiará das oportunidades educativas que são proporcionadas a todos.

É fulcral que o educador de infância que recebe no seu jardim-de-infância uma criança com PEA tenha conhecimento da problemática da PEA para depois proporcionar uma resposta educativa adequada pressupondo alguma individualização e personalização de estratégias educativas no sentido de promover o seu desenvolvimento global e harmonioso.

Existem estratégias que podem facilitar o processo de inclusão no ensino regular designadamente, a preparação (formação) de professores/educadores e comunidade educativa que trabalha com crianças com PEA, o apoio da educação especial com equipas de intervenção multidisciplinares constituídas por professores/educadores e outros técnicos,

disponibilizar informações sobre os seus pontos fortes, preferências e dificuldades ao professor/educador que recebe a criança com PEA, providenciar para que os professores/educadores colaborem na definição de objetivos, estratégias e atividades para o programa educativo individual (PEI), traçar e aplicar estratégias específicas de ensino congruentes com as necessidades educativas das crianças com PEA, modificar o ambiente educativo, empregar pistas visuais, estruturar espaços, propiciar momentos de aprendizagem individuais, utilizar equipamentos e sistemas aumentativos e/ou alternativos de comunicação, implicar os pais no processo de inclusão bem como os outros alunos/colegas de criança com PEA.

2. – Caracterização do caso em estudo e do contexto escolar da criança com PEA

A criança com NEE, sobre a qual incidiu este estudo, é uma criança com PEA que frequenta o jardim-de-infância da rede de ensino oficial do Agrupamento de Escolas de Oliveira Hospital. (Anexo II).

O jardim-de-infância que esta criança frequenta funciona desde 2000 num edifício construído de raiz para este fim educativo. É um edifício com boas condições quer a nível de interiores quer de exterior.

No espaço interior existem duas salas de atividades, uma sala para as atividades de acompanhamento à família, três casas de banho para crianças (uma equipada para crianças com necessidades especiais), duas casas de banho para adultos, um vestiário, um refeitório, uma cozinha, uma dispensa e um gabinete de educadores. Tem boas condições de iluminação natural, bom sistema de aquecimento central, salas amplas com acesso direto ao exterior, equipadas com material didático atualizado e diversificado. A nível de espaço exterior está devidamente vedado, possui uma caixa de areia e equipamentos de exterior diversificado (casa de plástico, baloiços, escorrega, etc.).

A nível de recursos humanos existem duas educadoras de Quadro de Agrupamento e cinco assistentes operacionais municipais. A criança em estudo, como já foi mencionado, está integrada numa sala com 20 crianças com idades dos 3 aos 5 anos (4 de três anos, 4 de quatro anos e 12 de 5 anos). A referenciação para a educação especial (Decreto-Lei nº 3/2008) implicou que ela usufrua das medidas educativas: a) apoio pedagógico personalizado como reforço e estimulação das competências e estratégias envolvidas na aprendizagem e utilizadas no grupo a nível da organização do espaço e das atividades, antecipação e reforço de

aprendizagem de conteúdo no seio da própria turma, reforço e desenvolvimento de competências específicas, adequações curriculares individuais (artigo 18º) a nível da autonomia, desenvolvimento pessoal e social e de sistemas alternativos de comunicação (Makaton; PECS, SPC).

Esta criança usufrui de educação especial (duas vezes por semana), de terapia da fala (duas vezes por semana) de terapia ocupacional (uma vez por semana). Também em contexto de jardim-de-infância usufrui de aulas de natação (uma vez por semana). Participa nas atividades extra curriculares do jardim-de-infância de expressão musical e expressão físico motora (uma vez por semana). É acompanhada por uma assistente operacional (por um período de 8 horas/dia).

2. 1. – Dados familiares

A nível familiar a criança é filha única de um casal com uma média de idades de 30 anos, vive com o pai e mãe em casa própria, com boas condições de habitabilidade. Os pais possuem habilitações literárias de nível superior e ambos estão empregados. Não possuem qualquer tipo de problemas físicos ou mentais A gravidez foi planeada, decorreu com normalidade, foi vigiada com exames e ecografias médicas. O parto ocorreu às trinta e nove semanas por cesariana, sem recurso a oxigénio. Bebeu leite materno até aos cinco meses. Nunca fez recusa ou alergia de nenhum tipo de alimento. Atualmente os seus alimentos preferidos são iogurtes sopa e massa. Não toma nenhum medicamento.

Frequentou creche a partir dos oito meses onde foi acompanhada por uma equipa de Intervenção Precoce desde os vinte meses, duas vezes por semana, também em contexto de domicílio. Usfrui de terapia da fala desde os vinte e quatro meses.

2. 2. – Dados clínicos

A nível clínico e desenvolvimental: aos catorze meses, na consulta de desenvolvimento, no Hospital Pediátrico de Coimbra a criança foi avaliada através da escala *Growing Skills* tendo-lhe sido diagnosticado atraso global de desenvolvimento, com as seguintes características: Locomoção situava-se nos oito meses; Manipulação e visão nos dez meses; Audição e linguagem nos oito meses; Fala e linguagem nos oito meses; Interação social e da autonomia nos oito meses; Cognição nos dez meses.

Foi encaminhada para a consulta da PEA a qual ocorreu aos vinte meses. Nas várias consultas que frequentou foram realizados alguns testes e escalas de avaliação tais como escala ADIR, ADOS e CARS. Aos vinte e oito meses foi-lhe diagnosticado PEA com comorbilidade de síndrome de Rett, apresentando uma deficiência mental moderada e graves dificuldades na área da linguagem e comunicação.

Aos trinta e seis meses realizou reavaliação ao seu desenvolvimento utilizando a mesma escala, *Growing Skills*, cujos valores foram: os seguintes: Locomoção nos vinte meses; Manipulação nos vinte e quatro meses; Visão nos vinte e oito meses; Audição e linguagem nos doze meses: Fala e linguagem nos quinze meses; Interação social nos vinte meses; Autonomia nos dezoito meses; Cognição nos vinte meses. Manifestando assim, atraso global de desenvolvimento.

2. 3. – Perfil de Funcionalidade

Os dados apresentados a seguir foram retirados do Programa Educativo Individual (PEI) e também dos relatórios. No seu PEI, em termos de perfil de funcionalidade de acordo com a CIF-J a criança X apresenta os seguintes dados: nível das funções do corpo b117.2 ligeira deficiência nas funções intelectuais; b126.2 deficiência ligeira a nível das funções de temperamento e de personalidade; b140.2 deficiência ligeira a nível das funções da atenção; b167.3 deficiência grave nas funções de mentais da linguagem; b1671.3 deficiência grave nas funções de expressão da linguagem oral. A nível das atitudes e participação apresenta com base na CIF-J os seguintes indicadores: d.110.2 dificuldade moderada no observar; d.130.2 dificuldade moderada no imitar; d131.2 dificuldade moderada na aprendizagem através da ação e manipulação de objetos; d.134.3 dificuldades graves na aquisição da linguagem; d.137.3 dificuldade graves na aquisição de conceitos; d160.3 dificuldades graves na concentração atenção; d.230.3 em levar a cabo uma tarefa única; d230.3 dificuldade grave em levar a cabo a rotina; d250.3 dificuldade grave em controlar seu próprio comportamento; d.310.3 dificuldade grave em comunicar e receber mensagens; d.330.3 dificuldade em falar; d.440.2 dificuldade moderada na mão motricidade fina; d.530.3 dificuldade grave na higiene pessoal e relacionada com as excreções.

Na recolha de informações através do PEI foi possível verificar que a criança apresenta como facilitadores e.310+ família próxima; e.325+ conhecidos e pares e.330+ pessoas em posição de autoridade.

Em termos escolares as informações apresentadas foram facultadas pela educadora de infância e evidenciam que a criança a nível da atenção e concentração revela dificuldade em dirigir, prestar, manter a atenção e concentração em estímulos específicos e nas atividades propostas. Ainda manifesta dificuldade em executar e concluir tarefas escolhidas por si ou propostas pelo adulto.

Em termos de comportamento manifesta baixa tolerância à frustração faz birras quando contrariada ou quando tem de realizar e cumprir atividades e rotinas da sala. Possui alguns maneirismos ou estereotípias nomeadamente abanar braços, rodar mãos e gritar ou guinchar se contrariada faz birras deita-se no chão e guincha.

Na motricidade global executa a marcha de uma forma descoordenada, caminhando com os pés voltados para fora e a sua corrida ainda é descoordenada.

Na motricidade fina apresenta dificuldades na coordenação óculo manual, na agilidade e precisão. Apresenta algumas dificuldades em executar de forma correta o pegar, agarrar e encaixar, dificuldade nas atividades de preensão e pinça.

Na autonomia e da higiene pessoal necessita de ajuda para efetuar a sua higiene pessoal: lavar e limpar as mãos, assoar-se e revela dificuldades no controlo de esfíncteres.

Na alimentação/refeições gosta de comer, não rejeita nenhum alimento. Ainda necessita de ajuda para usar os talheres de forma coordenada e para beber sem entornar. A imitação revela ser a sua área mais forte, executa muitas atividades a partir da imitação.

Na linguagem apresenta uma perturbação específica de linguagem estando comprometidas as áreas da expressão e comunicação. Manifesta uma boa compreensão oral, mas maiores dificuldades na expressão oral pois realiza pequenos balbucios de sons nem sempre perceptíveis, não pronuncia nenhuma palavra utilizando por isso como linguagem alternativa o sistema de comunicação Makaton, introduzido pela terapeuta da fala.

Na interação com os pares já aceita a presença dos outros pois, consegue estar sentada perto dos pares, e estar perto dos outros quando brinca mas ainda não interage com eles. Em relação aos adultos manifesta uma empatia e um bom relacionamento com todos os adultos com que se relaciona.

3. – Metodologia utilizada

Segundo Gil (1995): “a metodologia consiste, essencialmente, num conjunto de organizar, planificar e desenvolver todo o trabalho de projeto” (p.23). Também Rey (1999) afirma que “o

conhecimento é uma produção construtiva e interpretativa, visto que o conhecimento não se baseia apenas no conhecimento que o investigador tem à partida para o estudo, mas vai-se construindo ao longo do estudo” (p. 12).

Como refere Stake, 1995 “numa investigação qualitativa a fonte direta dos dados é o ambiente natural (estudar os elementos no seu contexto natural) e o investigador é o principal agente e instrumento na recolha desses mesmos dados. Os dados que emergem são, essencialmente, de carácter descritivo. O investigador interessa-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados a investigação ocorre em contextos naturais e sociais específicos onde se desenrola a ação humano, explora a prática baseada nas evidências e procura interpretar as ações e os fenómenos do ponto de vista dos intervenientes” (p. 34).

A apresentação de dados na investigação qualitativa poderá ser efetuada com recurso ao estudo de caso por permitir uma descrição mais detalhada de todo o estudo.

Segundo Yin (1994): “o estudo de caso é uma investigação que se baseia no trabalho de campo, estudando uma pessoa, um programa ou instituição no seu contexto, utilizando para tal, entrevistas, observações, documentos, questionários e artefactos” (p. 25).

Já para Stake (1995) “o estudo de caso é o estudo das particularidades e complexidades de um caso único, procurando compreender a sua atividade dentro de determinadas circunstâncias. Para se elaborar um estudo de caso é necessário selecionar qual o caso a estudar, a investigar, isto é, deverá definir-se qual a questão a tratar no estudo de caso. É necessário obter documentos de todos os documentos disponíveis e estudá-los cuidadosamente para a recolha de uma parte dos dados. O investigador deverá realizar uma visita ao local pois deverá deslocar-se onde irá realizar o estudo de caso. É conveniente construir instrumentos para a entrevista planificação prévia, tão específica quanto possível.” (...) A utilização do estudo de caso permite fornecer uma informação detalhada sobre uma determinada situação num determinado contexto; comunicar sobre a realidade, sobre as interações entre investigador e investigado, sobre os valores dos diferentes intervenientes e constituir um veículo ideal para transmissão do que se passa na experiência” (Stake, p.23).

De acordo com Yin (2001): “os estudos de caso apresentam as seguintes vantagens e limitações. As vantagens são o material descritivo (o produto) é extremamente rico e permite reinterpretações; devido à sua natureza são estudos mais acessíveis ao leitor em geral; o conhecimento intenso de determinada realidade permite traçar planos de ação e de intervenção promovendo a cooperação entre os professores e os investigadores. No que se

refere às limitações são estudos muito morosos, complexos e difíceis de concretizar; o acesso à informação e à recolha de dados pode constituir um problema sendo necessário acautelar o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas; são estudos em relação aos quais se levanta o problema da generalização, já que o estudo pode incidir num único caso, pondo-se o problema da representatividade” (p. 26).

No presente estudo recorreu-se ao estudo de caso utilizando uma metodologia qualitativa, tentando dar resposta à questão: que estratégias se podem utilizar para facilitar a inclusão de um acríança com PEA no jardim-de-infância?

4. – Procedimentos e Instrumentos de recolha de dados

Efetuuou-se a pesquisa bibliográfica e documental para obter informação empírica e teórica acerca da problemática em questão – PEA, procedeu-se à recolha de informações sobre a criança (nos documentos disponibilizados pelos médicos, família e pela educadora de infância). Também se procedeu à recolha de dados junto da família mais especificamente procedeu-se ao levantamento das rotinas, do funcionamento, das necessidades, interesses e pontos fortes da família e da criança utilizando a Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR). Procedeu-se ainda a um levantamento de informação que permitiu compreender melhor a criança no contexto escolar: as rotinas, a sua realização utilizando a entrevista/Escala de Avaliação das Perceções dos Educadores acerca das Rotinas e do Envolvimento da Criança – EAPERE.

Tal como afirma Almeida, (2010) a EBR possibilita então, a organização de "uma lista de eventos diários da família mas sabendo que nem tudo é relevante para o desenvolvimento da criança ocorre nas rotinas" (p. 24), é importante no decorrer da entrevista questionar a família primeiramente sobre preocupações que tem e no fim criar espaço para a família poder ainda referir o que desejar, em género de pergunta aberta.

A Entrevista Baseada nas Rotinas – EBR (Routines Based Interview) é uma ferramenta desenvolvida por McWilliam em 1992, para trabalhar em colaboração com a família na área da intervenção precoce. Esta entrevista visa perceber como são organizadas as rotinas na família, com o objetivo de recolher informação que possibilite planear estratégias de intervenção. É um instrumento em formato de entrevista semiestruturada, com vista a estabelecer uma relação positiva com a família, parte integrante de um processo de intervenção funcional, um procedimento que deve ser aplicado de uma forma informal

dependendo das características de cada família e obedecendo a uma determinada estrutura que deverá ser respeitada.

Antes da aplicação da EBR foi explicado à família que esta seria uma conversa informal, com intenção de compreender a sua dinâmica familiar. Num primeiro momento a família identificou as suas rotinas, falou sobre as mesmas referindo o que cada um dos elementos da família faz, o que a criança faz e como a família se sente em relação a essa rotina, as suas preocupações. Posteriormente fez-se as anotações respeitantes a cada uma das rotinas, as preocupações que foram emergindo e fez-se uma revisão das áreas fortes.

Na primeira etapa da entrevista propriamente dita, pretendeu-se perceber quais as preocupações e necessidades gerais sentidas pela família e pela criança, as quais foram abordadas a quando da discussão de cada uma das rotinas. Posteriormente, abordou-se as diferentes rotinas familiares, questionando a família sobre a forma como habitualmente costumam decorrer ao longo do dia. Cada rotina foi discutida tendo em conta 6 áreas: (a) o que faz cada elemento da família naquele momento da rotina; (b) o que faz a criança naquela rotina; (c) qual o seu envolvimento ou participação naquele momento; (d) qual o grau de autonomia da criança; (e) como se desenvolvem as relações interpessoais da criança; (f) em que grau se encontra a família satisfeita com aquela rotina e o que gostaria de ver mudado. O grau de satisfação com a rotina é medido através de uma escala com valores de 1 a 5 em que 1 corresponde a nada satisfeito e o 5 a muito satisfeito.

Após esta visão das principais rotinas e atividades diárias da criança e da família e do que esta gostava que fosse diferente, são abordadas as preocupações e necessidades (que foram sendo indicadas pela família e/ou que suscitaram algum cuidado por parte dos profissionais ao longo da abordagem das rotinas) e foram assinalados os objetivos funcionais como sendo possíveis de trabalhar/intervir.

A definição destes objetivos funcionais contempla cinco aspetos: 1) - Abordar a participação da criança nas rotinas domésticas, da escola e da comunidade, a sua autonomia para com essas rotinas e as relações sociais da criança no âmbito dessas rotinas. Trata-se de domínios transversais. 2) - A necessidade de levar em conta efetivamente as prioridades da família, contrapondo algumas práticas em que as contribuições das famílias para estes planos são feitas meramente de duas formas: perguntando à família quais são as respetivas prioridades e se as aceita ou os profissionais sugerem objetivos e resultados desejáveis à família e estas concordam; 3) - Os objetivos ou metas devem ser específicos, podendo atingir-se um

equilíbrio através de um planeamento no contexto do funcionamento durante as rotinas. 4) - A necessidade de estratégias concretas e direcionadas para o problema funcional concreto; 5) - os prestadores de cuidados que não fazem parte do agregado familiar, também são integrados porque o que se pretende é que os cuidadores também coadjuvem na execução dos objetivos funcionais que foram assinalados e possíveis de trabalhar/intervir.

Por último, após a entrevista, os objetivos selecionados pela família são descritos, informalmente e transcritos para um registo formal, em forma de objetivos funcionais posteriormente apresentados à família. Os objetivos funcionais devem especificar o que a criança e/ou a família devem realizar e de acordo com as necessidades expressas pela família e que são prioridades para a criança.

No jardim-de-infância com a educadora de infância procedeu-se a um levantamento de informação relativa às rotinas utilizando a entrevista/Escala de Avaliação das Perceções dos Educadores acerca das Rotinas e do Envolvimento da Criança – EAPERE este instrumento permitiu compreender melhor a criança no contexto escolar.

A entrevista EAPERE é utilizada conjuntamente com a EBR pois faz parte do mesmo processo de recolha de dados é aplicada em outros contextos onde a criança se insere: no contexto escolar/educativo. Esta entrevista é efetuada a educadores e procura conhecer as rotinas dos contextos de jardim-de-infância. A informação recolhida nas rotinas do contexto educativo deve ser detalhada: o que faz a criança durante a rotina, o que fazem os seus pares, como é que a criança está envolvida na atividade o seu grau de autonomia e interações sociais. Na EAPERE incide-se no grau de ajustamento entre a rotina e o funcionamento da criança, isto é, como funciona a rotina para a criança (McWilliam, Casey, & Sims, 2009: p. 224-233). Os objetivos e resultados conseguidos através desta avaliação são funcionais na medida em que abordam competências que são úteis à criança para a resolução de múltiplas situações diárias. Para cada rotina, esta entrevista tem incluído um conjunto de perguntas, que servem meramente para orientar os profissionais durante o processo de avaliação, podendo, contudo, serem formuladas por cada profissional, questões adicionais, na sequência das experiências específicas de cada educador. É importante recolher informação acerca do que a criança faz durante cada rotina, o que as outras crianças fazem durante cada rotina e a perceção do educador acerca do ajuste entre a rotina e o funcionamento da criança. Na identificação da rotina, pode fazer-se uma breve descrição desta e do envolvimento da criança. Em seguida verifica-se o nível de independência na realização da rotina e no final e faz-se a codificação

do ajuste da criança à rotina cujo os valores vão de 1 a 5 (em que 1 corresponde a insuficiente, 2 e 3 a médio e 4 e 5 a excelente).

Após a entrevista o entrevistador revê, as preocupações mencionadas no que diz respeito às rotinas em contexto de jardim-de-infância, relembrando as principais questões discutidas, permitindo clarificar as preocupações do educador e as prioridades que foram escolhidas por este e as quais serão os objetivos a definir no plano de intervenção a elaborar para a criança com PEA.

5. – Dados obtidos

Os dados recolhidos através da entrevista EBR possibilitaram identificar as rotinas da família e da criança, o seu funcionamento, os pontos fortes e as necessidades e expectativas da família e da criança. As informações foram retiradas da análise efetuada as principais rotinas da família abordadas: acordar/dormir/vestir; controlo dos esfíncteres; alimentação/refeições; saída para a escola; tempo livre em casa; tomar banho; sesta/hora de dormir; brincar e saída para o exterior. Conseguiu-se identificar como áreas fortes da criança em estudo: a independência, autonomia na hora de se preparar e sair para o jardim-de-infância (ex: veste o casaco e coloca a mochila a tiracolo), na capacidade de permanecer algum tempo a ver televisão, a fazer legos (torre) e a brincar no jardim (jogar à bola, rebolar na relva, jogar a bola com o pai ou avô), conseguir colaborar na rotina sesta/hora de dormir (já adormece com facilidade). Foi possível também perceber as preocupações da família para com a criança, nomeadamente a nível da autonomia e independência (conseguir que ela colabore no vestir e o faça sem ajuda), no controlo dos esfíncteres (conseguir deixar a fralda e indicar quando quer ir a casa de banho), nas refeições (conseguir comer sem ajuda do adulto e controlar o uso dos talheres e do copo), na hora de tomar banho (colaborar no banho), na capacidade de conseguir interagir com outras crianças (brincar com outras crianças pois ainda só brincar com adultos seus conhecidos) (Anexo III).

Com a entrevista EAPERE, efetuada à educadora de infância em contexto de jardim-de-infância, foi possível identificar as rotinas, o funcionamento do jardim-de-infância, os pontos fortes da criança, as suas necessidades e expectativas e também as expectativas da educadora para com a criança. As principais rotinas do jardim-de-infância abordadas e que permitiram a recolha de dados foram: chegada ao jardim-de-infância; acolhimento; momento de grande

grupo (roda); momento do conto; atividade de música/atividade de expressão motora ou de movimento; atividades de escolha livre ou jogos livres; lanche e refeição do almoço; atividade estruturada ou orientada na área ou centros de aprendizagem; atividades ao ar livre ou recreio; higiene pessoal; saída da sala.

A recolha de dados, através dos métodos acima mencionados, permitiu verificar que a criança em estudo, em contexto de jardim-de-infância, apresenta como pontos fortes: boa integração na sala, aceita estar perto de outras crianças, consegue por curtos períodos de tempo permanecer e prestar atenção na realização das atividades diárias do jardim-de-infância (marcação de presenças, cantar dos bons dias e nas atividade de expressão musical). Com esta entrevista verificou-se que a criança em estudo ainda manifesta algumas dificuldades: na área da autonomia e independência no vestir bibe, na higiene pessoal, no controlo dos esfíncteres, no uso dos talheres e do copo, na escolha de atividades para efetuar ou na execução de atividades propostas, na capacidade de prestar atenção, na motricidade fina, na coordenação óculo manual, na capacidade de interagir e brincar com os pares (Anexo IV).

As entrevistas permitiram constatar que as dificuldades, preocupações e receios eram mais veementes no contexto de jardim-de-infância. Assim, procedeu-se à elaboração de um plano de intervenção que será apresentado no capítulo III. O referido plano aborda o domínio de autonomia e independência, o domínio da capacidade de concentração e de prestar atenção na realização de atividades livres ou orientadas, o domínio da interação com os pares.

CAPÍTULO III
INTERVENÇÃO

Neste capítulo efetua-se a descrição da intervenção efetuada com a criança com PEA em contexto de jardim-de-infância bem como a posterior avaliação dessa intervenção.

Sugerem-se algumas estratégias e atividades de capacitação para educadores de infância, para implementar com crianças com PEA em contexto do jardim-de-infância.

1. – Plano de intervenção

A recolha de informações sobre a criança com PEA efetuada junto da família e da educadora de infância, através das escalas EBR e EAPERE, permitiu conhecer as áreas fortes e as áreas onde a criança ainda manifesta algumas dificuldades. Tendo presente estas informações planificou-se uma intervenção que teve como objetivo principal responder à questão principal deste trabalho: que estratégias se podem utilizar para facilitar a inclusão de uma criança com PEA numa sala de jardim-de-infância.

O plano de intervenção delineado constituiu um elemento fundamental orientando e guiando a nossa intervenção. Esta planificação abrangeu: domínios ou conteúdos a trabalhar, objetivos, atividades, estratégias, metodologia, recursos, materiais bem como o processo de avaliação (Anexo V).

Os domínios de intervenção, de acordo com os dados recolhidos da avaliação diagnóstica, foram: Autonomia/independência na higiene pessoal; Autonomia/oportunidade ou possibilidade de escolher áreas ou centro de aprendizagem na sala de atividades do jardim-de-infância para brincar ou efetuar atividade; concentração/dirigir a atenção e envolvimento na tarefa ou atividade proposta; interação/relacionamento com os pares.

Os objetivos da intervenção foram: fomentar a autonomia/independência ao nível da higiene pessoal (lavar as mãos sem necessitar de recorrer à utilização de recurso visual e sem necessitar da ajuda do adulto); conhecer os espaços da sala de atividades (fomentar de forma gradual a autonomia na escolha das áreas ou centro de aprendizagem na sala de atividades; melhorar e ampliar, gradualmente, os períodos de atenção/concentração na realização da tarefa proposta); interagir com os pares na concretização de atividades de expressão físico motor, nos jogos de roda e nas atividades lúdicas livres.

As atividades foram organizadas e elaboradas especificamente para esta intervenção, algumas realizadas individualmente outras em grupo, outras a pares, partindo de situações do interesse da criança, sempre com uma componente lúdica. A nível das estratégias existiu uma individualização, sequencialização, persistência e divisão de tarefas por passos. Utilizaram-se

recursos diversificados e materiais específicos adotados à problemática da criança e recorreu-se a estratégias comportamentais de modulação, imitação e reforço positivo.

A intervenção teve lugar uma a duas vezes por semana durante 37 sessões entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017.

No final da implementação das atividades procedeu-se à avaliação da intervenção, de caráter qualitativo, utilizando grelhas específicas com a seguinte cotação: iniciado (0% a 10%), parcialmente atingido (11% a 99%) e atingido (100%) (Anexo VI).

2. – Intervenção realizada

2. 1. – Domínio da Autonomia/independência na higiene pessoal

Os objetivos destas atividades prendiam-se com: Lavar as mãos com a ajuda do adulto cumprindo diferentes passos da prancha visual. Lavar as mãos cumprindo a visualização dos passos da prancha visual sem ajuda ou apoio do adulto.

As atividades concretizadas: Lavar as mãos visualizando e cumprindo os diferentes passos da prancha visual com ajuda do adulto e lavar as mãos visualizando e cumprindo os diferentes passos da prancha visual sem ajuda do adulto.

Estas atividades concretizaram-se nos durante sete sessões, uma a duas vezes por semana, nos dias: 29/11/2016 (terça-feira); 14/12/2016 (segunda-feira); 05/01/2017 (quinta-feira); 10/01/2017 (terça-feira); 13/01/2017 (sexta-feira); 07/02/2017(terça-feira); 10/02/2017 (sexta-feira).

A primeira fase da intervenção decorreu nos dias 29/11/2016; 14/12/2016; 05/01/2017. Nesta fase de intervenção a atividade realizada foi: lavar as mãos utilizando como recurso uma prancha visual (imagem da sequência de lavagem das mãos, fig.1) e utilizando a ajuda física e verbal por parte do adulto.

A prancha visual foi colocada na parede da casa de banho por cima do lavatório. Em seguida procedeu-se à exploração da prancha visual em três diferentes passos: inicialmente foi-lhe mostrada, depois explicada e em seguida exemplificada respeitando a ordem sequencial. Esta atividade foi executada diariamente pela criança com a ajuda física e verbal do adulto.



Figura 1 - Fotografia da prancha visual

À medida que se ia desenvolvendo a intervenção ia-se também procedendo à avaliação da mesma utilizando uma grelha de avaliação construída para o efeito (Anexo VII). Os resultados encontram-se transcritos no gráfico nº 1 e na tabela 1:

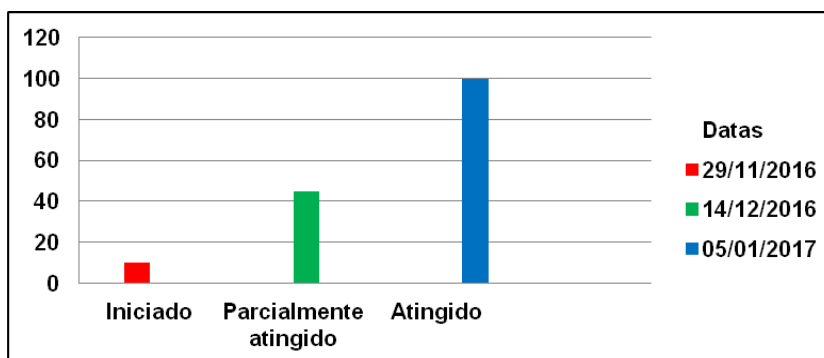


Gráfico 1 – Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual com ajuda do adulto.

Tabela 1 – Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual com ajuda do adulto

Datas	Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
29-11-2016	10		
14-12-2016		45	
05-01-2017			100

Na análise dos resultados acima apresentados concluiu-se que o objetivo da tarefa foi atingido. A criança conseguiu realizar a tarefa: lavar as mãos seguindo a ordem sequencial da prancha visual e as instruções físicas e verbais do adulto.

Numa segunda fase, nos dias: 10/01/2017; 13/01/2017; 07/02/2017 e 10/02/2017, depois de verificar que a criança já conseguia realizar a atividade da rotina diária recorrendo à

visualização da prancha visual com ajuda física e verbal do adulto, executou-se a mesma atividade mas suprimindo a ajuda do adulto (este passou a observar e supervisionar).

Foi efetuada a avaliação da atividade utilizando uma grelha de avaliação (Anexo VII), cujos resultados se encontram reproduzidos no gráfico nº 2 e na tabela 2.

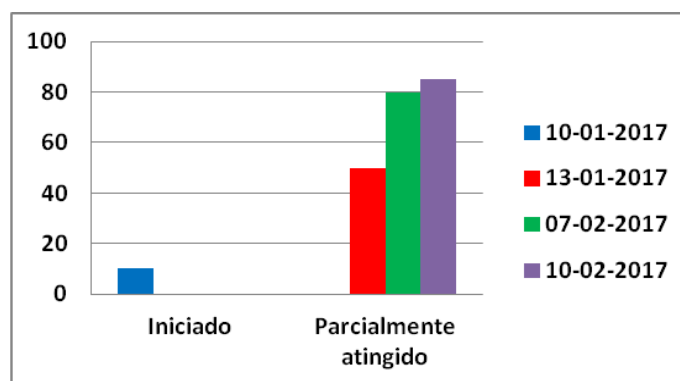


Gráfico 2 – Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual sem ajuda do adulto.

Tabela 2 – Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual sem ajuda do adulto

Datas	Iniciado	Parcialmente atingido
10/01/2017	10	
13/01/2017		50
07/02/2017		80
10/02/2017		85

Os resultados permitiram concluir que a criança compreendeu a tarefa: lavar as mãos, cumprindo a ordem sequencial da prancha visual mas não conseguiu executá-la sem a ajuda/modelo do adulto.

2. 2. – Domínio da Autonomia/oportunidade ou possibilidade de escolher áreas ou centro de aprendizagem na sala de atividades do jardim-de-infância para brincar ou efetuar atividade

Os objetivos destas atividades desejavam: Conseguir encontrar, na parede, o símbolo da área que escolheu. Conseguir associar os símbolos a uma atividade que se pode realizar naquela área. Conseguir identificar objetos e/ou brinquedos para realizar a atividade. Brincar na área escolhida ou realizar a atividade na área escolhida. Permanecer na área ou centro de atividade por um certo período de tempo. Interagir com os pares.

As atividades realizadas: Conhecer e identificar símbolos. Associar símbolo a cada área. Escolher área onde pode brincar ou realizar atividade e interagir com os pares.

Estas atividades executaram-se durante doze sessões, uma vez por semana, nos dias 14/12/2016 (quarta-feira); 06/01/2017 (sexta-feira); 24/01/2017 (terça-feira); 30/01/2017 (segunda-feira) e 07/02/2017 (terça-feira).

O objetivo da intervenção foi ajudar a criança a perceber os espaços da sala de atividades; fomentar, de forma gradual, a sua autonomia na escolha desses espaços e fomentar a interação com os pares.

Esta atividade foi integrada nas rotinas do jardim-de-infância e concretizada individualmente. Numa primeira fase mostrou-se e explicou-se os símbolos à criança e posteriormente esta teve de os associar aos que estão colocados nas diferentes áreas da sala (área da biblioteca, área da manta, área do médico, área do computador, área da casinha, área dos jogos, área de trabalho individual, área de pintura). (Anexo VIII).

No final da implementação da atividade procedeu-se à avaliação da intervenção aplicando a grelha de avaliação (Anexo VII). Os resultados da avaliação encontram-se retratados no gráfico 3 e tabela 3.

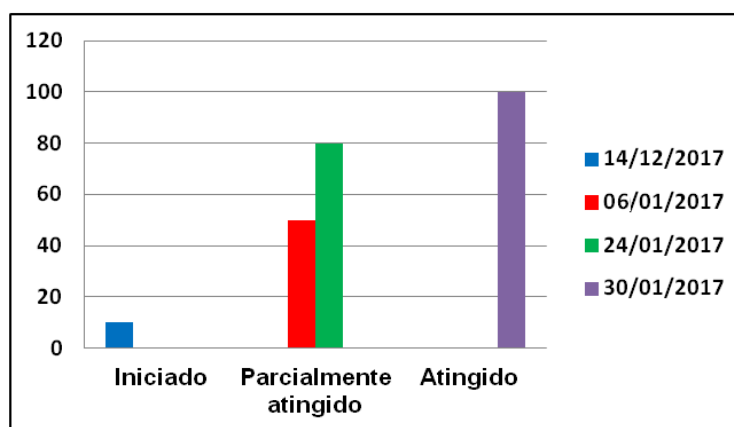


Gráfico 3 – Associar imagem de cada símbolo às diferentes áreas de atividade da sala

Tabela nº 3 – Associar imagem de cada símbolo às diferentes áreas de atividade da sala

Datas	Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
14/12/2016	10		
06/01/2017		50	
24/01/2017		80	
30/01/2017			100

De acordo com os resultados constantes do gráfico 3 concluiu-se que a criança atingiu o objetivo delineado. Conseguiu associar a imagem de cada símbolo às diferentes áreas de atividade existentes na sala.

Na fase seguinte, depois de associar cada símbolo à área da sala, a criança teve de associar os símbolos a uma atividade que podia realizar naquela área.

No final da implementação da atividade procedeu-se à avaliação da intervenção aplicando a grelha de avaliação (Anexo VII) e os resultados foram transcritos no gráfico nº 4 e tabela nº 4.

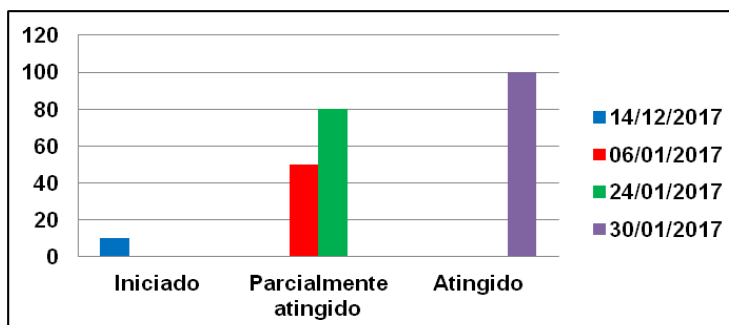


Gráfico nº 4 – Associar o símbolo à atividade possível de realizar na área.

Figura nº 4 – Associar o símbolo à atividade possível de realizar na área.

Datas	Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
14/12/2016	10		
06/01/2017		50	
24/01/2017		80	
30/01/2017			100

Pelos dados reproduzidos podemos afirmar que a criança conseguiu associar a imagem de cada símbolo às diferentes áreas de atividade existentes na sala. De igual modo conseguiu

associar a cada símbolo uma atividade possível de concretizar na respetiva área concluindo-se que o objetivo traçado foi atingido.

Na fase subsequente, depois de a criança ter atingido o objetivo anterior procurou-se que a mesma escolhesse uma área e realizasse uma atividade ou brincadeira na mesma. No final da implementação desta tarefa, aplicou-se as grelhas de avaliação (Anexo VII), cujos resultados se encontram explanados no gráfico n.º 5 e tabela n.º 5.

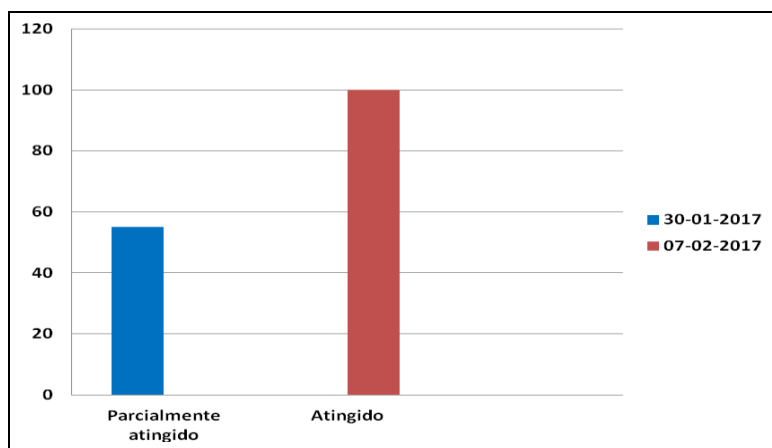


Gráfico n.º 5 – Escolher uma área da sala e realizar uma atividade/brincadeira.

Figura n.º 5 – Escolher uma área da sala e realizar uma atividade/brincadeira.

Datas	Parcialmente atingido	Atingido
30/01/2017	55	
07/02/2017		100

Os resultados permitem mencionar que a criança conseguiu brincar na área escolhida, embora por pouco tempo, atendendo à sua perturbação. Por conseguinte o objetivo foi atingido.

Posteriormente, estimulou-se a criança no sentido de realizar a atividade numa área escolhida durante algum tempo, com outra criança/colega (fomentando a interação).

No final da atividade foi efetuada a avaliação com base nas grelhas de avaliação (Anexo VII), sendo os resultados ilustrados no gráfico n.º 6 e tabela n.º 6.

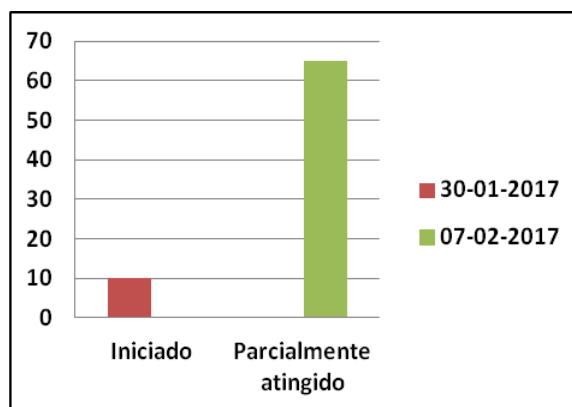


Gráfico n.º 6 – Brincar com um colega na área escolhida.

Figura n.º 6 – Brincar com um colega na área escolhida.

Datas	Iniciado	Parcialmente atingido
30-01-2017	10	
07-02-2017		65

Face aos resultados apresentados pode afirmar-se que a criança conseguiu compreender e executar as várias etapas da atividade com algum sucesso, interesse e empenho. Efetuou todas as etapas da tarefa sem necessitar da ajuda do adulto, e já consegue interagir, por curtos períodos de tempo, com um colega/par.

2. 3. – Domínio da intervenção da concentração/dirigir a atenção e envolvimento na tarefa ou atividade orientada/proposta

Os objetivos desta intervenção ambicionavam: aumentar gradualmente os períodos de atenção/concentração na realização da tarefa proposta. Ouvir a história durante 5 minutos. Ouvir a história durante 10 minutos. Recontar a história utilizando livro ou imagens da história. Organizar sequencialmente a história utilizando livro ou imagens da história (3 imagens). Executar as atividades motoras sugeridas na história Realizar jogo/loto de memória de associação de imagens iguais e uma ficha de trabalho.

As atividades operadas: Exploração da história “Sem rumo pelo mundo: o Urso e Catarina” de Christiane Pieper.

Esta atividade foi realizada em nove sessões, duas vezes por semana, nos dias: 31/01/2017 (terça-feira); 03/02/2017 (sexta-feira); 07/02/2017 (terça-feira); 10/02/2017 (sexta-feira); 13/02/2017 (segunda-feira) e 17/02/2017 (sexta-feira).

Com esta atividade pretendeu-se aumentar gradualmente os períodos de atenção/concentração da criança na realização da tarefa proposta.

Na primeira fase da intervenção, no dia 31/01/2017, procedeu-se à leitura da história “Sem rumo pelo mundo: o Urso e Catarina”, observando se a criança permanecia atenta à história por um período de cinco minutos.

Na sessão seguinte dia 03/02/2017, efetuou-se a leitura da mesma história observando se a criança permanecia atenta à história por um período de dez minutos.

No final da intervenção procedeu-se à sua avaliação através das grelhas de avaliação (Anexo VII) estando os resultados reproduzidos no gráfico 7.

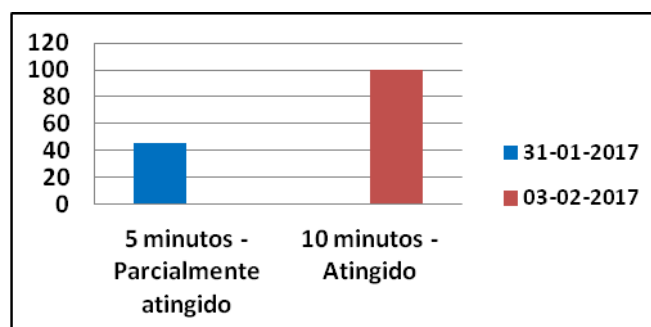


Gráfico 7 – Ouvir a história durante 5 minutos e durante 10 minutos

Tabela 7 – Ouvir a história durante 5 minutos e durante 10 minutos

Datas	5 minutos - Parcialmente atingido	10 minutos - Atingido
31-01-2017	50	
03-02-2017		100

Tendo presente as grelhas de avaliação e os gráficos acima apresentados, concluiu-se que a atividade teve um resultado positivo pois a criança manteve um período de atenção de dez minutos, meta estabelecida como objetivo.

Na tarefa seguinte, efetuou-se o reconto da história utilizando imagens. Depois requereu-se à criança que ordenasse sequencialmente a história facultando-lhe três imagens.

Durante a realização da atividade foi-se interpelando a criança no sentido de a levar a responder algumas questões sobre a história (ex: Onde está o urso? Onde está a Catarina? Onde está o urso a saltar? Mostra a imagem X? etc....).

No final da atividade foi efetuada avaliação, através das grelhas de avaliação (Anexo VII), e resultados ilustrados no gráfico e tabela 8.

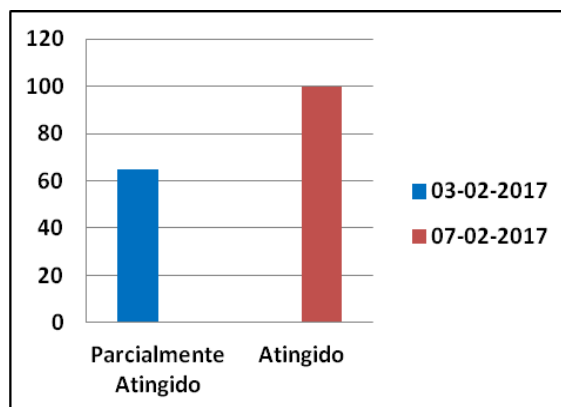


Gráfico nº 8 – Organizar sequencialmente a história utilizando 3 imagens.

Tabela nº 8 – Organizar sequencialmente a história utilizando 3 imagens.

Datas	Parcialmente Atingido	Atingido
03-02-2017	65	
07-02-2017		100

Tendo presente os dados apresentados concluiu-se que a atividade implementada teve um resultado positivo. A criança conseguiu concretizar a atividade proposta: ordenar sequencialmente a história utilizando imagens e respondendo a questões sobre a mesma.

Outra atividade realizada com a criança e com o grupo, utilizando o mesmo recurso: a história “Sem rumo pelo mundo: o Urso e Catarina”, foi a execução dos movimentos/ações descritas na história: avançar, recuar, rebolar; saltitar, andar erguidos, andar encolhidos; rastejar, andar para a direita, andar para a esquerda, andar pé-coxinho, utilizando cada criança o seu corpo.

No final da atividade foi efetuada avaliação das atividades motoras, através das grelhas de avaliação (Anexo VII), e os resultados expostos no gráfico nº 9 e na tabela nº 9 subsequentes.

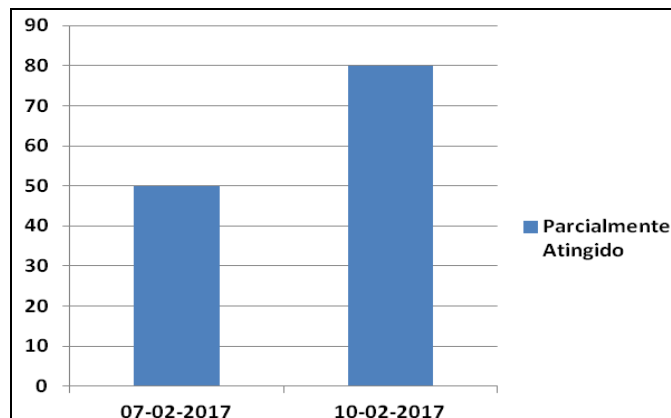


Gráfico nº 9 – Executar as atividades motoras sugeridas na história

Tabela nº 9 – Executar as atividades motoras sugeridas na história

Datas	Parcialmente Atingido
07-02-2017	50
10-02-2017	80

De acordo com os resultados evidenciados a criança colaborou com agrado e concretizou sozinha os movimentos: avançar, recuar, saltitar, rastejar. Os outros movimentos só conseguiu executá-los com a ajuda do adulto.

Utilizando ainda o mesmo recurso, foram propostas e concretizadas outras atividades individuais na sala, na área de trabalho individual tais como: um jogo/loto de memória de associação de imagens iguais e uma ficha de trabalho. (Anexo IX).

No final da implementação procedeu-se à avaliação das atividades, (Anexo VII) cujos resultados são apresentados no gráfico nº 10 e tabela nº 10 decorrentes.

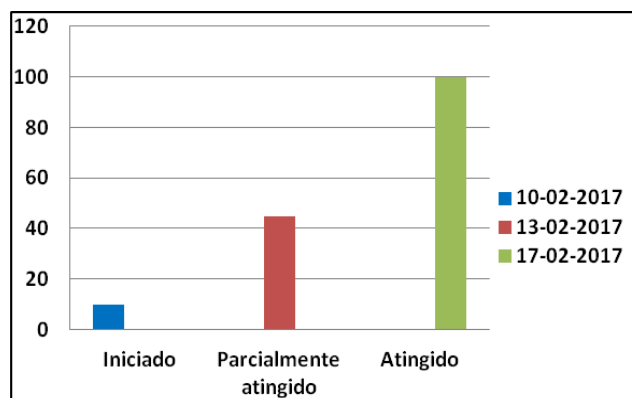


Gráfico nº 10 – Realizar jogo de memória e ficha de trabalho.

Tabela nº 10 – Realizar jogo de memória e ficha de trabalho.

Datas	Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
10-02-2017	10		
13-02-2017		45	
17-02-2017			100

Face aos resultados apresentados pode mencionar-se que a atividade foi positiva. O objetivo traçado foi atingido. A criança compreendeu e concretizou as atividades propostas com facilidade e interesse.

2. 4. – Domínio da interação/relacionamento com os pares

Os objetivos destas atividades ambicionavam: Interagir com um par. Estabelecer interações com os pares na realização de atividades de expressão físico motora e jogos de roda. Realizar um percurso gímnico com um par. Realizar atividades de brincar ao faz de conta com um par.

As atividades efetuadas: Realizar atividades físico motor com um par: dançar a pares ao som da música, caminhar com o braço dado, correr a pares, fazer jogos de roda (Linda Falua). Concretizar um percurso gímnico com um par utilizando material de expressão motora diversificado (pinos, colchões, bastões, arcos, banco, etc.). Efetuar atividades de “faz-de-conta” (brincar) na casinha das bonecas com um par.

Estas atividades foram executadas em nove sessões, uma a duas vezes por semana nos dias: 07/02/2017 (terça-feira); 10/02/2017 (sexta-feira) e 17/02/2017 (sexta-feira).

A intervenção teve como objetivo conseguir que a criança interagisse com o par na concretização de jogos de roda, atividades livres e atividades de expressão físico motor.

A primeira atividade implementada foi a realização de jogos motores a pares, tais como: dançar com um par ao som de uma música; caminhar de braço dado; correr de braço dado, fazer jogos de roda como a “Linda Falua” (cancioneiro tradicional).

Estas atividades foram desenvolvidas ao longo de vários dias no exterior e interior da sala.

No final da intervenção foi realizada a avaliação (Anexo VII), cujos resultados constam do gráfico nº 11 e tabela nº 11.

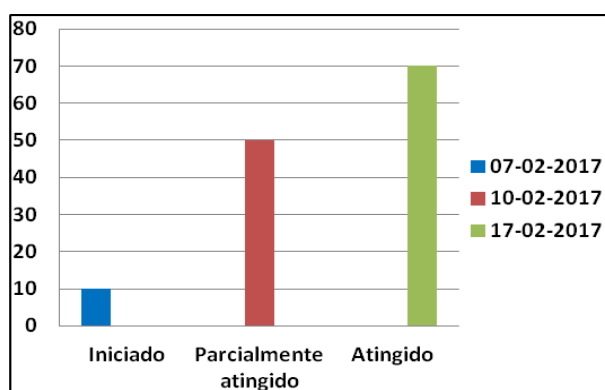


Gráfico nº 11 – Realizar jogos de expressão físico motores com o seu par.

Gráfico nº 11 – Realizar jogos de expressão físico motores com o seu par.

Datas	Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
07/02/2017	10		
10/02/2017		50	
17/02/2017			100

Segundo os resultados da avaliação pode afirmar-se que inicialmente a criança exibia alguma relutância em concretizar a atividade com o par, no entanto, com a repetição das atividades alterou o seu comportamento no final da intervenção. A criança evoluiu colaborando na realização de atividades de expressão motora a pares.

Outra das atividades realizada, nos dias 07/02/2017, 10/02/2017 e 17/02/2017, foi a realização de um percurso de gímico, com um par, utilizando material de expressão motora diversificados: pinos, colchões, bastões, arcos, banco, etc... (Anexo X)

No final da atividade procedeu-se à sua avaliação através das grelhas de avaliação (Anexo VII), cujos resultados constam do gráfico nº 12 e tabela nº 12 abaixo expostos.

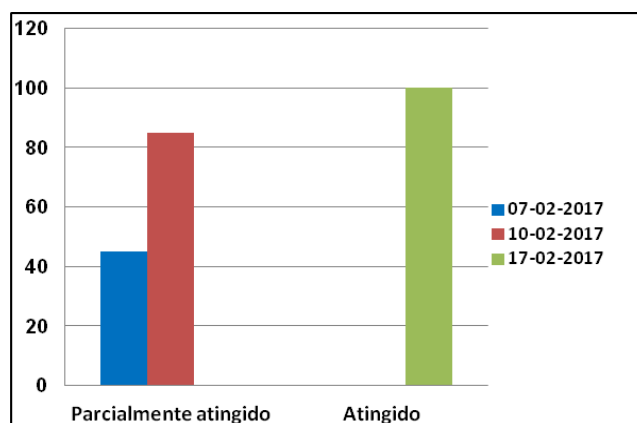


Gráfico nº 12 – Realizar um percurso gímico com um par

Tabela nº 12 – Realizar um percurso gímico com um par

Datas	Parcialmente atingido	Atingido
07-02-2017	45	
10-02-2017	85	
17-02-2017		100

Perante os resultados concluiu-se que a atividade teve um resultado positivo. Dado tratar-se de uma atividade motora, repetida por vários dias com o mesmo percurso e o mesmo par, a criança colaborou e concretizou o percurso com o par com êxito.

Fez ainda parte da intervenção o desenvolvimento de atividades de “faz de conta” com os pares: brincar na área do “faz de conta”/casinha das bonecas da sala do jardim-de-infância com os pares.

A atividade foi desenvolvida durante a rotina diária do jardim-de-infância.

Após a implementação desta atividade procedeu-se à avaliação da intervenção utilizando a grelha de avaliação (Anexo VII) cujos resultados foram transcritos no gráfico nº 13 e na tabela nº 13.

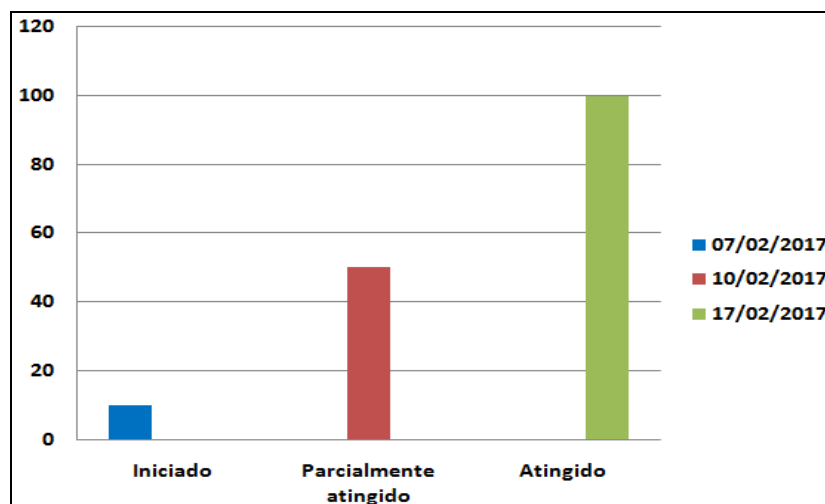


Gráfico n° 13 – Realiza atividades de “faz de conta” com um par.

Tabela n° 13 – Realiza atividades de “faz de conta” com um par.

Datas	Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
07-02-2017	10		
10-02-2017		60	
17-02-2017			100

Os resultados da intervenção demonstram que o objetivo traçado foi atingido. Tendo presente as características da criança em estudo, verificou-se que esta conseguiu brincar em interação com um par durante algum tempo.

Constatou-se que houve uma evolução significativa na capacidade de interação com um par. Inicialmente a criança apenas observava o par a brincar na área “do faz de conta/casinha”, mais tarde começou a interagir com ele e a participar. Pese embora a evolução positiva, ainda apresenta algumas dificuldades em interagir com outros pares e por longos períodos de tempo, situação que pode advir do facto de ainda não ter adquirido a linguagem oral.

2. 5. – Avaliação da intervenção

A implementação do plano de intervenção e os resultados obtidos com a intervenção permitiram afirmar que o resultado foi positivo. No decorrer das atividades observou-se um desenvolvimento da criança em estudo permitindo contribuir para a sua inclusão na sala do jardim-de-infância.

Os objetivos planejados foram atingidos, as atividades, as estratégias e os recursos foram adequados às características pessoais da criança com PEA.

A nível da autonomia/independência pessoal verificaram-se progressos ao nível da visualização da prancha visual. A criança conseguiu realizar a sequência da tarefa (lavar as mãos) embora ainda necessite de alguma ajuda e apoio verbal do adulto.

Progrediu gradualmente a nível da capacidade de concentração, atenção, tempo de permanência e realização de atividades individuais propostas ou escolhidas por si (ex: brincar na área escolhida, realizar atividades relacionada com a história explorada, atividades motoras).

Constatou-se na criança uma evolução ao nível da coordenação motora global, da coordenação óculo manual e da coordenação óculo pedal na realização de exercícios motores. A nível da interação com os pares observaram-se progressos significativos. Consegue aceitar o outro, brincar junto dos outros e já procura um par para realizar atividades livres na sala, designadamente, brincar na área do faz de conta.

Melhorou ao nível da concretização das atividades livres no exterior e nas atividades de expressão motora. Brinca com outros e os outros integram-na nas atividades.

Com esta intervenção foi ainda possível verificar progressos a nível do seu desenvolvimento global: a nível da sua capacidade de memorização, perceção visual, intenção comunicativa e motricidade fina.

A nível do comportamento diminuíram as birras e passou a cumprir regras simples.

Salienta-se que os progressos verificados e o sucesso da intervenção só foram possíveis devido ao trabalho persistente de articulação e envolvimento de todos os intervenientes que trabalham com a criança com PEA.

3. – Estratégias de capacitação para educadores de infância com crianças com PEA

Para além do plano de intervenção atrás mencionado, sugerem-se algumas estratégias e atividades de capacitação para a educadora de infância do ensino regular que pode utilizar com a criança com PEA no jardim-de-infância.

Algumas das atividades e estratégias sugeridas foram concretizadas com a criança com PEA no jardim-de-infância por todos os intervenientes que diariamente com ela interagem. De entre as estratégias salientamos:

- ✓ Na estruturação da sala a criança com PEA deve ser incluída em todas as tarefas e atividades do jardim-de-infância. Sempre que necessário procedeu-se à reformulação de objetivos, atividades, estratégias, adaptação de material e do processo de avaliação.
- ✓ As atividades planificadas devem ser diversificadas, apelativas, divididas em pequenos passos e trabalhar poucos aspetos de cada vez. A avaliação das atividades deve ser efetuada com todos os intervenientes educativos que trabalham com a criança com PEA, quer através de conversas informais ou formais e sempre que se ache pertinente.
- ✓ Na planificação de atividades deve existir sempre o cuidado de recorrer à realização de atividades diversificadas como: cantar, ouvir ou contar histórias simples, recitar lengalengas, realizar jogos rítmicos, explorar objetos e brinquedos, ouvir e seguir instruções, ordens e jogos, executar atividades de fazer de conta, atividades de motricidade fina, de expressão plástica diversificada (como rasgar, recortar com a tesoura livremente, colar materiais, modelar com as mãos e com rolos em plasticina na massa de farinha, pintura com as mãos, dedos e pincel). Realização de jogos de encaixes, puzzles, construções com cubos, legos e com outros objetos, materiais e jogos. Realizar atividades de expressão motora diversificadas, atividades do domínio de interação e socialização com os pares.
- ✓ Para a criança com PEA deve ser elaborado um horário simples, a nível visual das atividades diárias, organizadas de cima para baixo, com atividades alternadas entre mais e menos interessante e atividades que exijam maior atenção, concentração, esforço físico e atividades mais calmas.
- ✓ Ter o cuidado de explicar a alteração das atividades à criança com PEA podendo recorrer inclusive à visualização de imagens. Também ter o cuidado de quando se iniciam novos conteúdos e temas recorrer a ajudas visuais: cartazes, fotografias, cartões, livros, símbolos, computador, etc.
- ✓ O educador de infância deve ajustar a sua atuação pois deve utilizar uma linguagem simples, pouco figurada e confusa. Recorrer aos gestos, à imitação, exemplificação, modelagem, repetição, privilegiando o contacto visual, as variações no tom de voz, o reforço positivo e o elogio.
- ✓ O espaço físico e alguns materiais da sala de jardim-de-infância, que a criança com PEA frequenta, poderá ser organizada de acordo com o modelo TEACCH, deve existir uma divisão clara e bem delimitada da sala em diversas áreas de trabalho tais como:

área de aprender ou área de um para um ou área de ensino individualizado; área de trabalho autónomo; área do brincar; área de transição; área de trabalho de grupo ou área de acolhimento; área de atividades de expressão plástica; área do computador.

- ✓ Os estímulos visuais e sonoros da sala também devem ser diminuídos.
- ✓ No caso de a criança com PEA ainda não ter adquirido a linguagem deve utilizar-se o gesto natural e por vezes do sistema de comunicação alternativos Makaton e/ou SPC
- ✓ Implementar uma metodologia de ensino individualizado e o recurso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC): computador e Internet.
- ✓ Atendendo a que por vezes, em determinadas situações a criança com PEA a nível comportamental apresenta alguns comportamentos desajustados o educador de infância deve evitar o confronto, zangar-se, adotando uma postura calma, de serenidade, paciência, persistência, consistência, de negociação e apresentação de escolhas (Correia, 2008).

As estratégias sugeridas pretendem enriquecer a ação educativa do educador do ensino regular. E, no caso concreto da intervenção explanada nesta dissertação, a educadora titular da sala referiu que algumas das estratégias acima sugeridas foram por si aplicadas e constituíram uma mais-valia na sua prática docente, pois permitiram para si melhorar a sua ação educativa e ajudaram a incluir a criança com PEA na sala e no dia-a-dia do jardim-de-infância.

CONCLUSÕES

As crianças/jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) manifestam, segundo o DSM V, características muito específicas designadamente, défices persistentes na comunicação, na interação social, problemas de comportamento, dificuldades ao nível da funcionalidade, uma participação reduzida nas atividades da vida diária, educação e lazer com implicações sérias nas suas aprendizagens e desenvolvimento. A longo prazo as lacunas ao nível das competências sociais poderão afetar a sua independência e a transição para a vida adulta.

Este estudo de caso, efetuado com uma criança com PEA, pretendeu evidenciar que a planificação e a concretização de uma intervenção e ensinamento específico, personalizado, e ajustado às características e necessidades desta criança possibilitaram o seu desenvolvimento. A informação teórica sobre a PEA recolhida foi fundamental para compreender a PEA. Permitiu identificar as características específicas da criança em estudo, identificar e determinar as suas potencialidades (áreas fortes) no sentido de, a partir destas áreas, organizar o plano de intervenção individualizado ajustado as suas necessidades/dificuldades com atividades traçadas e congruentes das áreas onde se pretende intervir (nas áreas onde manifestava mais dificuldade).

Foi relevante proceder à recolha de dados com recurso a uma metodologia de carácter qualitativa utilizando as entrevistas EBR e a EAPERE pois esta metodologia revelou-se útil e funcional na medida em que possibilitou proceder ao levantamento de informações sobre as rotinas da criança com PEA no contexto familiar e no contexto de jardim-de-infância, permitiu identificar as áreas fortes e as áreas em que a criança apresentava dificuldades, conhecer as suas necessidades e a partir destes dados organizar um plano de intervenção e dinamizar atividades e estratégias que norteassem o intuito deste trabalho: a inclusão da criança com PEA no contexto de jardim-de-infância.

Esta intervenção contribuiu positivamente para o desenvolvimento e evolução da criança com PEA sendo esta evolução também um resultado do envolvimento de todos que trabalham com esta criança: educadora, assistentes operacionais, professores, técnicos, médicos e família.

Para a educadora de infância do ensino regular, sem formação específica na área das necessidades educativas especiais, esta intervenção foi uma mais-valia uma vez que a capacitou na área da educação especial e na sua ação pedagógica com a criança com PEA.

Para mim, a realização deste trabalho foi muito gratificante e enriquecedor. Propiciou o meu crescimento pessoal e profissional. Facultou a aquisição de novos conhecimentos e

experiências sobre PEA, proporcionou a reflexão sobre a educação especial e a inclusão de crianças com necessidades educativas especiais no ensino regular.

Evidenciou que a inclusão ajudou a criança em estudo a aprender e melhorar as suas capacidades, a lidar com as suas dificuldades e a conviver com os seus pares e que os outros elementos do jardim-de-infância também aprendem a lidar com as diferenças individuais, aprendem a compreender e aceitar os outros e a partilhar processos de aprendizagem.

Enquanto docente corroboro com Rodrigues (2003) quando este afirma “a profissão de professor exige uma versatilidade, uma aquisição contínua de competências que lhe permitem trabalhar com crianças com necessidades educativas especiais e inclui-las na turma do ensino regular e atingir a meta da equidade educativa pois exige a mudança do sistema de ensino fixo para um sistema flexível que garanta a oportunidade de aprender para todos os alunos na mesma sala.”

Não posso deixar de referir que como fatores condicionantes a esse estudo foi o curto período de tempo de intervenção que não permitiu verificar resultados mais evidentes. Os progressos da intervenção e da criança com PEA poderiam ser maiores se fossem alargados a outras áreas e rotinas e também se poderia aplicar esta intervenção ao contexto familiar.

Bibliografia

- Ajuriaguerra, J. (2000). *Manual de Psiquiatria Infantil (2ª ed.)* Paris: Masson Éditeur. American Psychiatric Association.
- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., et al. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, XXIX (1), pp. 83-98.
- Alves, M. M. (2009). *Intervenção Precoce e Educação Especial. Práticas de Intervenção Centradas na Família*. Viseu: Psicossoma.
- APPDA (s.d.). *Projecto Pedagógico*. Lisboa: Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo. Delegação Regional de Lisboa.
- Associação Nacional de Educação (2006). *O quebra-cabeças do Autismo*. Retrieved from: <http://www.google.pt/>
- Bastos, J., Sabato, L., & Marra, S. (2004). *Equoterapia com Autistas*. Retrieved 20/11/2016, from: <http://www.autismo-br.com.br>.
- Bautista, Rafael (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro
- Bertram, T. e Pascal, C. (2009). *Manual DQP- Desenvolvendo a Qualidade em Parceria*. Lisboa: DGIDC
- Boavida, J. F. (1994). Revista Integrar nº 4. *Intervenção Precoce em Crianças com Perturbações do Desenvolvimento*. 9-16
- Bogdan R.C.e Biklen S.K. (1994). *Investigação Qualitativa e Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Braga, C. (2010). *Perturbações do Espectro do Autismo e Inclusão: atitudes e representações dos pais, professores e educadores de infância*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Carvalho, A. e Onofre, C. (2007). *Aprender a Olhar para o Outro: Inclusão da Criança com Perturbação do Espectro Autista na Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico*. Lisboa. DGIDC - Ministério da Educação.
- Cavaco, N. (2009). *O Profissional e a Educação Especial. – Uma abordagem sobre o Autismo*. Porto: Editorial Novembro.
- Clingenpeel, & McWilliam. (2003). *(EAIERE) - Escala de Avaliação das Impressões dos Educadores acerca das Rotinas e do Envolvimento*. ANIP.

- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (1998). *Intervenção Precoce centrada na família: uma Perspectiva Ecológica de Atendimento*. In *Envolvimento Parental na Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (2000). *Reflexões para a construção de uma escola inclusiva*. *Inclusão*, 1, 34-56.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2003). *Educação Especial e Inclusão*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para professores e educadores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, M. C. & Serrano, A. M. (1999). *Envolvimento parental na educação do aluno com Necessidades Educativas Especiais*. In *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Declaração de Salamanca (1994). *A Ciência e a Cultura*. Salamanca: Ministério da Educação e Ciência em Espanha e Organização das Nações Unidas para a Educação.
- Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2008). *Educação Especial. Manual de Apoio à Prática*. Estoril: DGDIC.
- Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2011). *Educação Inclusiva e Educação Especial – Indicadores -chave para o desenvolvimento das escolas: um guia para diretores*. Lisboa: Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Socioeducativo.
- DSM-IV-TR - *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Texto Revist.* 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira, A. S. C. (2011). *Uma Criança com Perturbação do Espectro do Autismo – Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado em ciências da Educação, Especialização em Educação Especial). Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Ferreira, I (2011). *Uma criança com perturbação do espectro do autismo – Um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Castelo Branco: Retrieved from http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/700/1/Tese_Isabel_Ferreira.pdf

- Figueiredo, M. A. (2005). *Um novo olhar sobre as rotinas*. Vol. Coleção Inovação nº5. Lisboa: Edições “Bola de Neve”.
- Frith, U. (2003). *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University.
- Garcia, T. B. e Rodriguez, C. M. (1997). *A Criança Autista*. In R. Bautista (coord.), *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro. 249-270.
- Gillet Patrice, (2015). *Neuropsicologia do autismo na criança*. Edições Piaget.
- Gonçalves, C. F. & Correia, L. M. (1993). *Envolvimento parental e intervenção precoce*. Revista Portuguesa de Educação. 671-80.
- Gonçalves, Carvalho, Mota, Lobo, Correia, Monteiro, Soares & Miguel (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações de espectro do autismo*. Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Happé, F. (1994). *Autism: an introduction to psychological theories of autism: the theory of mind account and rival theories*. Journal of Child Psychology and psychiatry. 35, 2, 215-229.
- Hewitt, Sally, (2006). *Compreender o autismo - estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*. Porto: Porto Editora.
- Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Lisboa: Instituto da Inovação Educacional – Ministério da Educação.
- Kolevzon A, Gross R, Reichenberg A (2007) *Prenatal and perinatal risk factors for autism: a review and integration of findings*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 161, pp. 326-333.
- Lima, Cláudia (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo. Manual prático de intervenção*. Lisboa - Porto: Lidel.
- Lopes da Silva, M. I. (1997). *Orientações curriculares para a educação pré-escolar*. Lisboa: Editorial Ministério da Educação.
- Madureira, I. P., Leite, T. S. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo: Ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, C. (2003). *Autismo e Aprendizagem: Linhas Orientadoras para Trabalhar com Crianças com o Espectro Autista*. Coimbra: Hospital Pediátrico de Coimbra.

- McWilliam, P. J.; Winston, J. P. & Crais, E. R. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora, Lda.
- McWilliam, R. A., Casey, A. M., Sims, J. (2009). *The Routnes-Basead Interview: A Method for Gathering Information and Assessing Needs*. *Infants e Young Children*, 22(3), 224-233. Retrieved 14/12/2016, from: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=572748
- McWilliam, R. A. (2012). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais (Vol. 20)*. Porto Editora.
- Mello, A. (20015). *Autismo: guia prático* (4ª ed.). São Paulo: AMA - Associação de Amigos do Autista.
- Ministério da Educação (2001). *Aprendizagem ativa na criança com multideficiência. Guia para educadores*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Morgado, V. (2011). *Estratégias a utilizar para promover a inclusão escolar de um aluno com autismo*. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
- Neusa, Cristina Costa Cardoso Correia. (2011). *A Importância da Intervenção Precoce para as Crianças com autismo na perspetiva dos educadores e professores de Educação Especial*. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Retrieved from <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1489/Neusa%20Correia.pdf.pdf?>
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula. Um guia para Professores*. Porto: Porto Editora.
- Oliveira, E. (2011). *A Criança e o Mundo do Autismo*. Tese de Pós-Graduação em Educação Especial. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Retrieved 29/10/2016, from <http://repositorio.esepf.pt/handle/10000/501>.
- Pereira, A. P. S. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo nacional sobre Práticas Profissionais*. Tese de Doutoramento. Instituto de Estudos da Criança. Braga: Universidade do Minho.
- Pereira, E. (1996). *Autismo: do Conceito à Pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pereira, M. & Serra, H. (2006). *Autismo - Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.

- Pimentel, J. S. (2004). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade. Perceções de pais e profissionais sobre as crianças de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias*. Lisboa: Edições SNR.
- Preto, C. I. (2010). *Prática de Ensino Supervisionada em Educação Pré-Escolar*. Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Educação Pré-Escolar. Bragança: Escola Superior de Educação. Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6840/1/RELATO%CC%81RIO%20DE%20ESTA%CC%81GIO%20%20MESTRADO%20EM%20EDUCAC%CC%A7A%C%83O%20PRE%CC%81-ESCOLAR.pdf>.
- Rey, F. L. G. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: Rumbos y desafíos*. São Paulo: EDUC.
- Rodrigues, D. (2003). *Perspectivas sobre Inclusão. Da Educação à Sociedade*. Porto: Porto Editora.
- Sanches, I; Teodoro, A. (2006). “*Da Integração á inclusão Escolar: Cruzando perspectivas e conceitos*”, in Revista Lusófona de Educação, nº 8. 63-83.
- Santos S. (2012). *Perturbação do espectro do autismo: estratégias inclusivas na sala regular do 1º CEB*. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial no Curso de Mestrado em Ciências da Educação na área de Educação Especial e Domínio Cognitivo e Motor. Lisboa. Escola Superior de Educação Almeida Garrett Retrieved from: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3052/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20SUSANA%20B.%20SANTOS.pdf?sequence=1>.
- Santos, F. D. (2005). *Autismo e psicologia clínica de abordagem dinâmica numa sala teacch: reflexões e partilha duma prática*. Revista Portuguesa de Psicossomática, 7. 207-217.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo. Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Coleção Referência. Porto: Porto Editora.
- Sim-Sim, Inês. (2005). *Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da criança ou da escola?*. Texto Editores.
- Stake, Robert E (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Vários (2008), *Unidades de Ensino Estruturado Para Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo, Normas Orientadoras*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de

Desenvolvimento Curricular, Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.

Walter, C. (2000). *Os efeitos da adaptação do PECS associada ao curriculum funcional natural em pessoas com autismo infantil*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Carlos. S. Carlos.

Warwick, C. (2001). *O apoio às escolas inclusivas*. In D. Rodrigues (Ed.), *Educação e diferença: Valores e práticas para uma educação inclusiva* (pp. 109-123). Lisboa: Porto Editora.

Yin, R. (1994). *Case study research: design and methods*. 2ª edição. Thousand Oaks. CA: Sage Publications.

Yin, R. (2003). *Case Study Reseach – Design and Methods*. London: Sage Publications.

Outros tutoriais de apoio

Decreto- Lei n.º 87/2008, de 28 de maio.

Decreto-Lei n.º 281/09, de 6 de outubro.

Decreto-Lei n.º 3, de 7 de Janeiro de 2008 (Educação Especial – Manual de Apoio à Prática. Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular).

Despacho Conjunto n.º 891/99, de 13 de Agosto.

Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto. Regime Educativo Especial

Lei n.º 6/71 de 8 de novembro

Organização Mundial de Saúde (1993) - Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionadas à Saúde. ICD-10. Décima Revisão. S. Paulo: Editora Pioneira.

Ministério da Educação. *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar* - Despacho n.º 9 180/2016, de 19 de Julho.

ANEXOS

ANEXO I – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DE AUTISMO - SÍNTESE DO DSM- V

DSM-V: Critérios diagnósticos dos Transtornos do Espectro Autista 299,00 (F84.0)	
A	Deficiências persistentes na comunicação e interação social: <ol style="list-style-type: none">1. Limitação na reciprocidade social e emocional;2. Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social;3. Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar as diversas situações sociais.
B	Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos observados ou pela história clínica: <ol style="list-style-type: none">1. Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala;2. Insistência nas mesmas coisas, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais;3. Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco;4. Hiper ou hiporreativo a estímulos sensoriais do ambiente.
C	Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente manifestos até que a demanda social exceder suas capacidades ou podem ficar mascarados por algumas estratégias de aprendizado ao longo da vida
D	Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento atual do paciente.
E	Esses distúrbios não são melhores explicados por deficiência cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.

Fonte: DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.

ANEXO II – AUTORIZAÇÕES

Pedido e Autorização ao Diretor do Agrupamento de Escolas de Oliveira do Hospital

Exmo. Senhor

Diretor do Agrupamento de Escolas de Oliveira do Hospital

Assunto: Pedido de Autorização para Recolha de Dados.

O meu nome é Sandra Costa, estou a exercer funções docentes no Agrupamento de Escolas de que V/ Ex^a é Diretor e estou a fazer o Mestrado em Educação Especial - Especialização em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação de Coimbra.

O tema do estudo que pretendo levar a cabo é: "Promover estratégias de inclusão de Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo no Jardim-de-Infância”.

Para que possa realizar esse estudo e fazer a respetiva recolha de dados, é necessário proceder ao envio de questionário ao docente do jardim-de-infância onde pretende promover o estudo, bem como à recolha de informações constantes do processo individual da criança objetivo desse estudo, do Agrupamento de Escolas. Assim venho por este meio solicitar a sua prestimosa colaboração no sentido de me autorizar a recolha dos dados necessários junto do jardim-de-infância e da secretaria.

Com os melhores cumprimentos

(Sandra Costa)

Pedido e Autorização ao Encarregado de Educação para apresentação do Estudo do educando.

Exmo.(a) Senhora(a) Encarregado(a) de Educação

Eu, Sandra Isabel Guilherme Mendes da Costa, docente do Agrupamento de Escolas de Oliveira do Hospital, encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito Mestrado em Educação Especial - Especialização em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor.

Pretendo com este trabalho abordar a problemática da Perturbação do Espectro de Autismo implementando algumas estratégias de inclusão no jardim-de-infância para ajudar a uma intervenção mais eficiente em crianças com esta perturbação.

Para possibilitar a realização deste trabalho é necessário estudar crianças e realizar uma narrativa minuciosa das características, comportamento, limitações dependências, sentimentos, emoções situações vividas em contexto de sala com crianças com PEA.

Assim, venho por Ester meio solicitar a V/ Exa. colaboração no sentido de me facultar autorização para que possa abordar do caso do seu educando/filho assim como analisar relatórios médicos.

Os dados recolhidos serão utilizados segundo as regras éticas, características dos trabalhos científicos garantindo-se a confidencialidade dos mesmos.

Grata pela atenção e colaboração dispensada, apresento os meus melhores cumprimentos.

Oliveira do Hospital, ____ de maio de 2016.

(Sandra Isabel Guilherme Mendes da Costa)

ANEXO III – ENTREVISTA BASEADA NAS ROTINAS DA FAMÍLIA COM A EBR

Entrevista Baseada nas Rotinas da família - EBR
<p>Nome da criança - Criança com PEA</p> <p>Entrevistado: Mãe da criança com PEA</p> <p>Entrevistador: Sandra Costa</p>
<p>1 – Rotina: Acordar/dormir</p> <p>Envolvimento: A criança durante a semana e aos fins-de-semana é a primeira a acordar. Algumas noites, os sonos mais agitados implicam a deslocação da mãe para junto dela e, por vezes, levá-la para a cama dos pais.</p> <p>Independência: revela pouca independência.</p> <p>Relações sociais: criança afetiva com mãe.</p> <p>Satisfação: grau 2 de satisfação.</p>
<p>2 – Rotina: Vestir e controlo dos esfíncteres</p> <p>Envolvimento: A criança ainda não consegue vestir-se sem ajuda da mãe.</p> <p>A nível do controlo dos esfíncteres ainda usa fralda e ainda não indica quando quer ir a casa de banho.</p> <p>Independência: revela pouca independência.</p> <p>Relações sociais: manifesta alguma relação afetiva com a mãe.</p> <p>Satisfação: grau 2 de satisfação.</p>
<p>3 – Rotinas: Alimentação/refeições</p> <p>Envolvimento A mãe tem a ajuda dos pais na confeção das refeições, sobretudo ao fim de semana. A criança come um pouco de tudo (iogurtes, leite, sopa - principalmente canja, carne, peixe e fruta -por vezes cozida e triturada, não gosta muito de puré).</p> <p>Ainda não come sozinha, necessita de ajuda para utilizar corretamente os talheres, ainda manifesta dificuldade no beber – entorna, necessitando de ajuda. Come com a família, utiliza alguns gestos do Makaton para pedir alguns alimentos sobretudo a fruta ou para beber água.</p> <p>Independência: A criança já tenta utilizar os talheres e já utiliza alguns gestos para fazer pedidos.</p>

<p>Relações Sociais: Participa com a família nas refeições.</p> <p>Satisfação: grau 2 de satisfação.</p>
<p>4 - Rotina: Saída para o jardim-de-infância</p> <p>Envolvimento: A mãe preferiu que antes era difícil a saída da criança para a escola (ficava agitada, gritava), agora já não acontece porque antecipadamente explica à criança a rotina e pede a sua colaboração solicitando-lhe que vá buscar a mochila e se dirija para a porta.</p> <p>Independência: revela alguma independência pois colabora na rotina.</p> <p>Relações Sociais: boa relação com a mãe.</p> <p>Satisfação: grau 3 de satisfação.</p>
<p>5 – Rotina: Tempo livre em casa</p> <p>Envolvimento: A criança gosta de ocupar os tempos livres a ver televisão por curtos períodos de tempo (os mesmos os desenhos animados). Também gosta muito de fazer construções com legos (torres). Gosta de ouvir música: canções do Panda executando alguns dos gestos que observa aquando da visualização das mesmas. Também gosta de brincar no jardim da casa: deitar-se e rebolar na relva, jogar a bola com o pai e os avós e balançar-se no cavalo de madeira.</p> <p>Independência: já segue instruções e imita alguns gestos e brincar.</p> <p>Relações sociais: Bom relacionamento com a família</p> <p>Satisfação: grau 3 de satisfação.</p>
<p>6 – Rotina: Tomar banho</p> <p>Envolvimento A criança já gosta de tomar banho - antes chorava muito e não se sentava na banheira. Já se senta enquanto lhe toma banho e gosta de brincar com patos e rãs de borracha (enche e esvazia).</p> <p>Independência: Pouca autonomia na atividade do banho ainda não colabora.</p> <p>Relações sociais: bom relacionamento com os pais.</p> <p>Satisfação: grau 2 de satisfação.</p>
<p>7 – Rotina: Sesta/Hora de dormir</p> <p>Envolvimento: A mãe afirma ser a rotina preferida da criança pois esta sempre gostou de dormir (adormece com facilidade).</p> <p>Á noite na hora de ir dormir o adulto apenas necessita de alertar que é hora de dormir e</p>

explicar as tarefas a realizar antes de deitar: ir à casa de banho, lavar os dentes, vestir pijama, ouvir história e deitar, tarefas que a criança já vai cumprindo dormindo em seguida.

Independência: já colabora nas tarefas.

Relações sociais: bom relacionamento com os pais.

Satisfação: grau 3 de satisfação.

8 – Rotina: Brincar e sair para o Exterior

Envolvimento: A criança gosta de sair e ir ao parque infantil. Ainda brinca sozinho (não se sente seguro). Gosta de brincar com a bola com os pais ou avô. Não gosta de interagir com outras crianças preferindo observá-las.

Independência: manifesta alguma dificuldade brincar sozinho.

Relações sociais: prefere interagir com os adultos que com outras a crianças.

Satisfação: grau 2 de satisfação.

ANEXO IV – ENTREVISTA BASEADA NAS ROTINAS À EDUCADORA DE INFÂNCIA COM A EAPERE

Entrevista baseada nas rotinas à educadora de infância com a EAPERE
Nome da criança - Criança com PEA Entrevistado: Educador de infância Entrevistado: Sandra Costa
1 - Rotina: Chegada ao jardim-de-infância <u>Envolvimento:</u> A criança desloca-se para no jardim-de-infância com a mãe ou com o pai que lhe vestem o bibe sem a sua colaboração. Depois de vestir o bibe dirige-se para a sala de prolongamento onde já estão alguns colegas, a assistente operacional e a tarefeira (que acompanha diariamente esta criança). A criança choraminga ao separar-se dos pais ficando com a tarefeira. Esta procede à escolha de uma atividade ou jogo a realizar uma vez que sozinha a criança ainda não escolhe. Caso não tenha ajuda a criança senta-se. <u>Independência:</u> manifesta pouca autonomia para vestir bibe, deixar os pais sem chorar, ainda não consegue efetuar a rotina sem ajuda do adulto. <u>Relações sociais:</u> Possui uma boa relação com adultos. <u>Grau de ajuste:</u> Ajuste: 2 médio.
2- Rotina: Acolhimento momento de grande grupo (roda) momento de diálogo, cantar, história, jogo, cantar os bons dias e marcar presenças <u>Envolvimento:</u> Às 9:00 h as crianças vão para a sala de jardim-de-infância em fila. A criança com PEA entra na sala de forma tranquila e senta-se no tapete. A educadora, no tapete, executa as atividades da rotina diária - cantar bons dias, marcar presenças - demonstrando a criança interesse por estas atividades. Participa na marcação de presenças e gosta de ouvir cantar os bons dias emitindo inclusive alguns dos sons da música. Denota interesse por ouvir a educadora contar histórias conseguindo permanecer atenta por curtos períodos de tempo. Quando a educadora efetua um diálogo com o grupo sobre determinados assuntos a criança mostra ausência.

<p><u>Independência:</u> participa em algumas atividades da rotina diária.</p> <p><u>Relações sociais:</u> esta sentada ao lado dos colegas mas não interage com eles.</p> <p><u>Grau de ajuste:</u> ajuste 3 - médio</p>
<p>3 - Rotina: Momento do conto</p> <p><u>Envolvimento:</u> A criança gosta de ver livros e ouvir contar histórias. Quando é lida a sem recurso nomeadamente visuais, a criança alheia-se</p> <p>A criança mostra-se calmo neste tipo de atividade pois é uma atividade do seu agrado.</p> <p><u>Independência:</u> Revela alguma independência.</p> <p><u>Relações sociais:</u> Está sentada ao lado dos colegas mas não interage com eles. Mantém algum contacto ocular com o adulto, com o livro ou material físico usado.</p> <p><u>Grau de ajuste:</u> ajuste 3 - médio</p>
<p>4 - Rotina: atividade de música/atividade de expressão motora ou de movimento</p> <p><u>Envolvimento:</u> A criança gosta de participar nas atividades de expressão musical, gosta de ouvir cantar e em algumas canções já balbucia alguns sons, participa executando alguns dos gestos das músicas com que se identifica ou lhe interessam. Gosta de tocar instrumentos musicais.</p> <p>Nas atividades de movimento ainda necessita de ajuda do adulto para realizar as atividades motoras propostas</p> <p><u>Independência</u> mostra alguma independência na música, mas ainda pouca independência nas atividades de movimento.</p> <p><u>Relações sociais:</u> ainda não interage com os colegas</p> <p><u>Grau de ajuste:</u> Ajuste: 2 médio.</p>
<p>5 - Rotina: atividades de escolha livre ou jogo livre</p> <p><u>Envolvimento:</u> A criança ainda não consegue escolher uma atividade ou jogo livre a efetuar na sala. É o adulto que o ajuda a escolher. Já consegue fazer alguns jogos ou atividades muito simples, por um curto período de tempo, sem ajuda do adulto sendo sempre os mesmos.</p> <p>Em relação às outras crianças ainda não interage ou brincar com elas. Já aceita a interação destas na área da casinha das bonecas.</p> <p><u>Independência</u> - pouca independência</p> <p><u>Relações sociais</u> - pouca interação com as outras crianças só com os adultos.</p>

Grau de ajuste: Ajuste: 2 médio.

6 - Rotina: Lanche e refeição do almoço

Envolvimento: Na refeição do lanche e almoço está na mesa com mais cinco crianças evidenciando estar integrado.

Na hora do lanche já come o pão sem ajuda e já tenta abrir o iogurte necessitando da ajuda do adulto.

Na refeição do almoço ainda necessita de ajuda do adulto. Já come a sopa com colher utilizando pouca ajuda do adulto. No segundo prato come todo o tipo de comida. Já tenta utilizar o garfo apesar de ainda demonstrar dificuldades em pegar-lhe de forma correta e coordenada. Revela dificuldade em beber pelo copo sem entornar.

Independência: mostra pouca independência.

Relações sociais: Está ao lado dos colegas e mantém interesse em tê-los a almoçar consigo.

Grau de ajuste: Ajuste: 2 médio.

7 - Rotina: Atividade estruturada ou orientada

Envolvimento: Na realização de atividades estruturadas ou orientadas manifesta dificuldades. Apresenta tempos de atenção e concentração muito curtos. Na execução das atividades ainda manifesta dificuldades necessitando de um trabalho mais específico. Ainda demonstra dificuldades na motricidade fina, coordenação motora, óculo manual manipulação e na expressão plástica.

Independência: pouca independência.

Relações sociais: pouca interação com os colegas.

Grau de ajuste: Ajuste: 1 insuficiente

8 - Rotina: Áreas ou centros de aprendizagem

Envolvimento: A criança ainda não consegue escolher a área em que brincar e quando o faz escolhe sempre a mesma área: área dos jogos de encaixe ou as áreas das construções. Ainda não conhece bem as áreas da sala nem o que pode fazer em cada uma.

Independência: Pouca independência.

Relações sociais: permanece ao lado dos colegas mas não brinca ou interage com eles.

Grau de ajuste: Ajuste: 1 insuficiente

9 - Rotina: Atividades ao ar livre ou recreio

Envolvimento: A criança gosta de realizar atividades no exterior. Gosta de correr e brincar rua com as bolas e de brincar na caixa de areia. Já começa a interagir com alguns colegas nas atividades do exterior.

Independência: alguma independência.

Relações sociais: Já começa a interagir com alguns colegas.

Grau de ajuste: ajuste 3 - médio

10 - Rotina: Higiene pessoal

Envolvimento: a criança ainda não é autónoma, ainda não controla os esfíncteres usando fralda. Não indica quando tem “xixi” ou “coco” tendo o adulto que verificar. Na sala já existe uma rotina de higiene.

Ainda manifesta dificuldades a nível da higiene em lavar as mãos necessitando da ajuda do adulto.

Independência: pouca independência.

Relações sociais: pouca interação.

Grau de ajuste: Ajuste: 1 insuficiente

11 – Rotina: Saída da sala

Envolvimento: A saída da sala jardim-de-infância para a sala da Componente de Apoio à Família com normalidade. Já compreendeu que quando tira o bibe é para ir embora.

Independência: pouca independência.

Relações sociais: pouca interação com os colegas só com os adultos.

Grau de ajuste: ajuste 3 - médio

ANEXO V – PLANO DE INTERVENÇÃO

Plano de Intervenção			
Domínios: Autonomia/independência na higiene pessoal			
Datas: 29/11/2016; 14/12/2016; 05/01/2017; 10/01/2017; 13/01/2017; 07/02/2017; 10/02/2017			
Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Estratégias/Atividades	Material/Recursos
Autonomia na higiene pessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos com a ajuda do adulto cumprindo diferentes passos da prancha visual. - Lavar as mãos cumprindo a visualização dos passos da prancha visual sem ajuda ou apoio do adulto. 	<p>Atividade a realizar gradualmente:</p> <p>Mostrar e explicar e exemplificar à criança as imagens da prancha visual.</p> <p>Numa primeira fase levar a criança a lavar as mãos com a ajuda do adulto visualizando e cumprindo os diferentes passos da prancha visual;</p> <p>Numa segunda fase levar a criança a lavar as mãos visualizando e cumprindo os diferentes passos da prancha visual sem a ajuda do adulto.</p>	<p>Prancha visual com imagens soltas.</p> <p>Prancha visual completa.</p>
Observação/Reflexão			
Avaliação das atividades será efetuada através observação direta e de um registo em gelha de avaliação.			

Plano de Intervenção			
Domínio: Autonomia/oportunidade ou possibilidade de escolher as áreas ou centro de aprendizagem na sala de atividades do jardim-de-infância			
Datas: 14/12/2016; 06/01/2017; 24/01/2017; 30/01/2017; 07/02/2017			
Objetivos Geral	Objetivos Específicos	Estratégias/Atividades	Material/Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os espaços. - Fomentar a autonomia gradual na escolha das áreas ou centro de aprendizagem na sala de atividades. - Interagir com os pares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Associar cada símbolo à área e atividade que se pode realizar nas áreas ou centro de aprendizagem da sala de jardim-de-infância. - Associar o símbolo à atividade possível de realizar na área. - Escolher uma área da sala e realizar uma atividade/brincadeira. - Brincar com um 	<p>Numa primeira fase conseguir que a criança conheça e identifique os símbolos de cada área.</p> <p>Numa fase seguinte associar símbolo a cada área identificando-o na parede o símbolo igual</p> <p>Na fase posterior a criança escolhe uma área onde pode brincar ou realizar atividade e interagir com os pares</p> <p>Na fase subsequente</p>	<p>Símbolos/cartões de cada área.</p>

	colega na área escolhida - Interagir com os pares.	estimular a criança no sentido de realizar uma atividade na área escolhida durante algum tempo, com outra criança/colega.	
Observação/Reflexão Avaliação das atividades s será efetuada através observação direta e de um registo em gelha de avaliação.			

Plano de Intervenção			
Domínios: Concentração/dirigir a atenção e envolvimento na tarefa ou atividade proposta.			
Datas: 31/01/2017, 03/02/2017, 07/02/2017, 10/02/2017, 13/02/2017 e 17/02/2017.			
Objetivos Geral	Objetivos Específicos	Estratégias/Atividades	Material/Recursos
- Aumentar gradualmente os períodos de atenção/concentração na realização das tarefas propostas.	- Ouvir a história durante 5 minutos - Ouvir a história durante 10 minutos - Recontar a história utilizando livro ou imagens da história. - Organizar sequencialmente a história utilizando 3 imagens. - Executar as atividades motoras sugeridas na história - Realizar jogo/loto de memória de associação de imagens iguais e uma ficha de trabalho.	Numa primeira fase da intervenção proceder à leitura da história “Sem rumo pelo mundo: o Urso e Catarina”, observando se a criança permanecia atenta à história por um período de cinco minutos Na sessão seguinte efetuar a leitura da mesma história observando se a criança permanece atenta à história por um período de dez minutos. Na tarefa seguinte, efetuar o reconto da história utilizando imagens. Depois pedir à criança que ordenasse sequencialmente a história facultando-lhe três imagens. Durante a realização da atividade vai-se interpelando a criança no sentido de a levar a responder algumas questões sobre a história (ex: Onde está o urso? Onde está a Catarina? Onde está o urso a saltar? Mostra a imagem X? etc...). Outra atividade a realizar com a criança e com o grupo, utilizando o mesmo recurso - a história “Sem rumo pelo mundo: o Urso e Catarina”, foi a execução dos movimentos/ações descritas na história avançar, recuar, rebolar; saltitar, andar erguidos, andar encolhidos; rastejar, andar para a direita, andar para a esquerda, andar pé-coxinho, utilizando cada criança o seu corpo. Utilizando o mesmo recurso vão-se realizar com a criança outras atividades individuais na sala, na área	Livro de Sem rumo pelo mundo: o Urso e Catarina” de Christiane Pieper Imagens da história Loto de imagens da história Ficha de trabalho

		de trabalho individual tais como: um jogo/loto de memória de associação de imagens iguais e uma ficha de trabalho.	
Observação/Reflexão			
Avaliação das atividades s será efetuada através observação direta e de um registo em gelha de avaliação.			

Plano de Intervenção			
Domínio: Interação/relacionamento com os pares			
Datas: 07/02/2017, 10/02/2017 e 17/02/2017.			
Objetivos Geral	Objetivos Específicos	Estratégias/Atividades	Material/Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Interagir com um par - Estabelecer interações com um par na realização de atividades de expressão físico motora e nos jogos de roda - Interagir com os pares na realização de atividades de brincar ao faz de conta um par. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interagir com os pares - Estabelecer interações com os pares na realização de atividades de expressão físico motor e jogos de roda. - Realizar um percurso gímnico com um par. - Realizar atividades de brincar ao faz de conta com um par. 	<p>As atividades serão desenvolvidas ao longo de vários dias no exterior e interior da sala</p> <p>A primeira atividade implementada será levar criança a realizar jogos motores com um par, tais como: dançar com um par ao som de uma música; caminhar de braço dado; correr de braço dado, fazer jogos de roda como a “Linda Falua” (cancioneiro tradicional).</p> <p>Outra das atividades a realizar é efetuar um percurso de gímnico, com um par, utilizando material de expressão motora diversificados: pinos, colchões, bastões, arcos, banco, etc...</p> <p>Outra atividade a realizar integrada na rotina diária do jardim-de-infância foi levar a criança a brincar na área do “faz de conta”/casinha das bonecas da sala do jardim-de-infância com os pares.</p>	<p>Rádio CD balões</p> <p>Material de expressão motora, pinos, colchões, bastões, arcos, banco, etc...</p> <p>Área da casinha das bonecas e material lúdico da casinha das bonecas (ex: pratos talheres copo, toalha tacho, alimentos, etc).</p>
Observação/Reflexão			
Avaliação das atividades s será efetuada através observação direta e de um registo em gelha de avaliação.			

ANEXO VI – MODELO DE GRELHA DE REGISTO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Grelhas de registo de avaliação da intervenção

Cotação
Iniciado – 0% a 10%
Parcialmente atingido – 11% a 99%
Atingido – 100%.

Registo e avaliação da intervenção no domínio da autonomia/independência pessoal na higiene pessoal

Atividade:

Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual.

Data: 29/11/2016		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 14/12/2016		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 05/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Lavar as mãos cumprindo a visualização dos passos da prancha visual sem ajuda ou apoio do adulto

Data: 10/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 13/01/2017		
-------------------------	--	--

Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Registo e avaliação da intervenção no domínio da autonomia/oportunidade ou possibilidade de escolha. Escolher áreas ou centro de aprendizagem na sala de atividades do jardim-de-infância.

Atividade:

Associar imagem de cada símbolo às diferentes áreas de atividade da sala

Data: 14/12/2016		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 06/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 24/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 30/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Associar o símbolo à atividade possível de realizar na área.

Data: 14/12/2016		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 06/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 24/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 30/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Escolher uma área da sala e realizar uma atividade/brincadeira na mesma.

Data: 30/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Brincar com colega na área escolhida.

Data: 30/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Registo e avaliação da intervenção no domínio da concentração/dirigir a atenção e envolvimento na tarefa ou atividade orientada.

Atividade:

Ouvir a história durante 5 minutos.

Data: 31/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Ouvir a história durante 10 minutos.

Data: 03/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Organizar sequencialmente a história utilizando 3 imagens.

Data: 03/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Executar as atividades motoras sugeridas na história.

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Realizar jogo de memória e ficha de trabalho.

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 13/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data 17/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Registo da intervenção no domínio da interação/relacionamento com um par.

Atividade:

Realizar jogos de expressão físico motora com o seu par.

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 17/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Realizar um percurso de gímnico com um par.

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 17/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Atividade:

Realiza atividades de “faz de conta” com um par.

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

Data: 17/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido

ANEXO VII – GRELHAS DE REGISTO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Grelhas de registo de avaliação da intervenção

Cotação
Iniciado – 0% a 10%
Parcialmente atingido – 11% a 99%
Atingido – 100%.

Registo e avaliação da intervenção no domínio da autonomia/independência pessoal na higiene pessoal

Atividade:

Lavar as mãos cumprindo os diferentes passos da prancha visual.

Data: 29/11/2016		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
X (10%)		

Data: 14/12/2016		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (45%)	

Data: 05/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Atividade:

Lavar as mãos cumprindo a visualização dos passos da prancha visual sem ajuda ou apoio do adulto

Data: 10/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
X (10%)		

Data: 13/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (50%)	

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (80%)	

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (85%)	

Registo e avaliação da intervenção no domínio da autonomia/oportunidade ou possibilidade de escolha. Escolher áreas ou centro de aprendizagem na sala de atividades do jardim-de-infância.

Atividade:

Associar imagem de cada símbolo às diferentes áreas de atividade da sala

Data: 14/12/2016		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
X (10%)		

Data: 06/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (50%)	

Data: 24/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (80%)	

Data: 30/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Atividade:

Associar o símbolo à atividade possível de realizar na área.

Data: 14/12/2016		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
X (10%)		

Data: 06/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (50%)	

Data: 24/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (80%)	

Data: 30/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Atividade:

Escolher uma área da sala e realizar uma atividade/brincadeira na mesma.

Data: 30/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (55%)	

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Atividade:

Brincar com colega na área escolhida.

Data: 30/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
X (10%)		

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (65%)	

Registo e avaliação da intervenção no domínio da concentração/dirigir a atenção e envolvimento na tarefa ou atividade orientada.

Atividade:

Ouvir a história durante 5 minutos.

Data: 31/01/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (50%)	

Atividade:

Ouvir a história durante 10 minutos.

Data: 03/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Atividade:

Organizar sequencialmente a história utilizando 3 imagens.

Data: 03/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (65%)	

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Atividade:

Executar as atividades motoras sugeridas na história.

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (50%)	

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (80%)	

Atividade:

Realizar jogo de memória e ficha de trabalho.

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
X (10%)		

Data: 13/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (45%)	

Data 17/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Registo da intervenção no domínio da interação/relacionamento com um par.

Atividade:

Realizar jogos de expressão físico motora com o seu par.

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
X (10%)		

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (50%)	

Data: 17/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Atividade:

Realizar um percurso de gímnico com um par.

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (45%)	

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (85%)	

Data: 17/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

Atividade:

Realiza atividades de “faz de conta” com um par.

Data: 07/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
X (10%)		

Data: 10/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
	X (60%)	

Data: 17/02/2017		
Iniciado	Parcialmente atingido	Atingido
		X (100%)

ANEXO VIII – FOTOGRAFIAS DOS SIMBOLOS E ÁREAS DA SALA

Símbolo da área do computador



Área do computador



Símbolo da área do quadro e da escrita



Símbolo da área do médico



Área do médico



Símbolo da casinha das bonecas



Área da casinha das bonecas (quarto e cozinha)



Área da casinha das bonecas (cozinha)



Símbolo da área da leitura/biblioteca



Área da leitura/biblioteca



Simbolo da área dos jogos



Área dos jogos



Simbolo da área dos animais e construções



Área dos animais



Área de trabalho individualizado



Prancha visual

Casa de banho



ANEXO IX – JOGO DE MEMÓRIA

