

Introdução

A temática apresentada neste Trabalho de Investigação elaborado no âmbito do Mestrado em Necessidades Educativas Especiais procurou conhecer qual o contributo das Unidades de Ensino Estruturado (UEE), as salas TEACCH, para o desenvolvimento Global da Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

A presente Dissertação foi realizada com base numa recente revisão bibliográfica, conferindo-lhe esta o seu suporte científico.

Esta Investigação surge do interesse crescente pelo desenvolvimento e aquisição de competências das crianças com PEA e pelo modo como estes podem ser conduzidos

Ao longo do tempo, temos assistido a mudanças significativas nas representações e nos comportamentos perante os indivíduos autistas verificando-se um interesse progressivo que se tem traduzido num aumento substancial de estudos de investigação sobre as suas características e possibilidades a nível escolar e social. Sendo possível desenvolver as capacidades que as crianças autistas possuem, estas crianças têm o direito de ser educadas num ambiente regular, onde a escola proceda às reorganizações adequadas no processo de ensino/aprendizagem, a fim de descobrir resposta para um dos direitos de todas as crianças que é, o direito a uma educação igual e com qualidade que observe as suas necessidades tendo em conta o seu perfil de funcionalidade. Proporcionar às crianças com autismo oportunidades de conviver com outras da mesma faixa etária faculta o estímulo às suas capacidades interativas. (Lopes, 2011). A Metodologia TEACCH revela-se essencial pois é pertinente e fundamental investir e aplicar uma metodologia que contribua para o desenvolvimento global destas crianças e que contribua, também, para a sua inclusão na escola e na sociedade.

Documentos desde a Declaração de Salamanca (1994) até ao Decreto de Lei 3/2008 de 7 de Janeiro da legislação portuguesa foram fundamentais para que todas as crianças com deficiência passassem a receber uma educação o menos restritiva possível, e oferecidos os serviços pertinentes para que possam desenvolver ao máximo as suas potencialidades de viver de forma tão normal quanto possível. Integradas nestes serviços, destacam-se as UEE, salas de aula organizadas e estruturadas de forma a criar um ambiente propício e adequado à aprendizagem dos alunos com PEA.

“As Unidades de Ensino Estruturado podem constituir um valioso recurso pedagógico das escolas, ou agrupamento de escolas. Com base no ensino estruturado procuram tornar o ambiente em que o aluno se insere mais previsível e acessível, ajudando-o a encontrar maior disponibilidade para a comunicação, interação e aprendizagens. Esta resposta educativa específica visa melhorar a qualidade de vida das crianças/jovens com PEA,

umentando o seu nível de autonomia e de participação na escola, junto dos seus pares, fomentando a sua inclusão na sociedade.” (Pereira 2008, p.5)

No desenvolvimento deste trabalho na prática, foi observado e acompanhado um grupo de alunos que frequentaram uma UEE durante seis meses no seu contexto e atividades escolares mostrou-se relevante para responder ao nosso objetivo principal. O objetivo principal deste Trabalho de Investigação foi compreender como as UEE, a Metodologia TEACCH, contribui para o desenvolvimento global das crianças com PEA, nomeadamente a nível da autonomia, da comunicação e da socialização.

Na realização deste estudo optou-se por uma metodologia qualitativa. Denzin e Lincoln (1994) definem a pesquisa qualitativa como um multimétodo em foco, envolvendo uma abordagem interpretativa, naturalista relativamente este assunto. Isto significa que os investigadores qualitativos estudam coisas no seu ambiente natural; tentando dar sentido ou interpretar fenómenos em termos dos significados que as pessoas lhes dão. De uma forma geral referimos que os estudos qualitativos têm como principal objetivo a compreensão das necessidades, motivações e comportamentos dos participantes num estudo. São, em regra, a escolha metodológica ideal para projetos de investigação em que se pretende estudar de uma forma aprofundada, opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento sem grandes preocupações de quantificação. Este tipo de estudo aborda a problemática de forma naturalista, procurando perceber/interpretar o que determinados fenómenos significam para o sujeito. Muitas vezes este tipo de estudos potencia a exploração e identificação de conceitos num ambiente de forte interação.¹

Este estudo foi um estudo de caso, sendo um plano de investigação que envolve o estudo detalhado de uma entidade bem definida: o caso é um processo de observação intensiva e que, geralmente, se prolonga no tempo (Anderson & Arsenault, 1999; Strauss, 1987; Punch, 1998)². Quase tudo pode ser um caso (um indivíduo, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade) pode também ser uma decisão, uma política, um acontecimento imprevisto, ou seja um sem fim de hipóteses.³

¹ <http://claracoutinho.wikispaces.com/+Estudo+qualitativo+defini%C3%A7%C3%A3o>

² <http://claracoutinho.wikispaces.com/2.1-+Caracteriza%C3%A7%C3%A3o+do+Estudo+de+Caso.....+3>

³ <http://claracoutinho.wikispaces.com/2.1-+Caracteriza%C3%A7%C3%A3o+do+Estudo+de+Caso.....+3>

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Educação Inclusiva

A expressão “todos diferentes, todos iguais” reflete o princípio de inclusão. O que queremos, enquanto professores, é que todos os que são diferentes se possam tornar iguais na aquisição de aprendizagens. Queremos que todas as diferenças existentes deixem de ser impeditivas da igualdade de aprendizagens.

Segundo Emygdio Da Silva (2009), as características económicas, sociais e culturais de cada época têm determinado o modo como se tem “olhado” a diferença. Do pensamento mágico-religioso dos tempos remotos à divinização no Egipto, da eliminação na Grécia e em Roma ao abandono e ao “sentimento de horror” (Leitão, 1980, citado por Emygdio da Silva) vivido na Idade Média, a história da Humanidade mostra-nos que as sociedades têm experimentado grandes dificuldades em lidar com a diferença, seja esta física, sensorial ou psíquica.

Capucha (2010) afirma que a nível histórico, a entrada de Portugal na União Europeia foi determinante para esta nova filosofia de ensino e de acordo com Sanches e Teodoro (2006, cit. por Capucha, 2010), assiste-se a uma rutura com esta perspetiva de integração com a Declaração de Salamanca, documento que teve origem numa conferência mundial sobre necessidades educativas especiais, organizada em 1994 pelo governo espanhol em cooperação com a UNESCO. É neste e noutros documentos, elaborados e analisados por organizações internacionais, que se encontram ideias que assentam numa filosofia de consciência social, num princípio de igualdade de direitos, na defesa de valores que pressupõem a aceitação da diferença e na adaptação da sociedade a indivíduos com necessidades especiais, tudo numa ótica de inclusão dos mesmos. De acordo com a Declaração de Salamanca (1994)

“o princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e diferenças que apresentem.” (Declaração de Salamanca 1994, p. 11)

Morais (2012) define a educação inclusiva citando o relato de um seminário “Uma Educação Inclusiva a partir da escola que temos” do Ministério da Educação:

“A educação inclusiva ou seja o direito de todas as crianças, independentemente dos problemas ou deficiências que possuam, frequentarem as escolas da sua área – as mesmas escolas para onde iriam se não tivessem qualquer problema ou deficiência - e o consequente direito de viverem na sua família, de participarem da sua comunidade, de conviverem com os seus vizinhos, é, antes de mais, uma questão de direitos humanos.” (Bénard da Costa 1999, p. 25)

Segundo Capucha (2010), o termo inclusão é, atualmente, alvo de muitas interpretações, confusões até, por parte de alguns agentes educativos. Em nome deste

conceito, inclusão, assiste-se a um crescente número de crianças portadoras de deficiências de carácter permanente e comprovadas médica e psicologicamente, em várias escolas de ensino regular. A questão que se coloca é a de saber se as nossas escolas, públicas, do ensino regular, estão equipadas e preparadas para responder de uma forma eficaz às necessidades educativas dessas crianças, ou seja, se serão capazes de implementar medidas educativas inclusivas. Capucha cita Correia (2003) e alerta para o facto de os principais responsáveis e “gestores” da educação em Portugal, provavelmente ainda não entenderam o verdadeiro significado do conceito inclusão, a saber: que todas as crianças possam aprender juntas.

Ferreira, I. (2011) também fala de Educação Inclusiva no seu estudo. De acordo com a autora, atualmente, falar em Educação Inclusiva é falar de um novo paradigma em termos de educação, de uma nova conceção de escola, onde a igualdade de oportunidades, a equidade educativa, a diversidade cultural, os valores de uma cultura de cooperação e de interajuda estão subjacentes a todas as práticas da Escola.

Para Rodrigues (2006, citado por Ferreira, I., 2011) a Educação Inclusiva assenta no que o autor designa por —três pilares: rejeição da exclusão, educação conjunta de todos os alunos e eliminação de barreiras à aprendizagem. Hegarty (2006, cit. por Ferreira, I., 2011) sustentou que promover a inclusão através da educação básica para todos além de ser o cumprimento de um direito inalienável da pessoa humana é investir no desenvolvimento social e económico. Se considerarmos que os alunos são o primado da educação, existe a necessidade de reestruturar as escolas para que correspondam às necessidades de todos eles. Tornando-se urgente a construção de uma Escola que reconheça a diferença e que encare a diversidade como um fator de enriquecimento e de desenvolvimento.

Segundo Ferreira, I (2011), Rodrigues (2006), adotou o conceito de Educação Inclusiva, e não Escola Inclusiva, com o argumento de se tratar de uma conceção que respeita a todo o sistema de ensino, isto é, reconhecendo indivíduos e grupos concretos, baseia-se na diferenciação curricular e num currículo em construção. Fala-se então, não apenas de uma Escola Inclusiva mas de uma Educação que seja ela em si mesma Inclusiva.

Lopes (2007, cit. por Ferreira, I., 2011) uma Escola Inclusiva é uma escola que promove uma educação sustentada na perspetiva da Inclusão. Quando nos referimos a Escola Inclusiva situamo-nos na escola enquanto organização que envolve práticas

promotoras de uma Educação Inclusiva. Segundo Lima-Rodrigues e colaboradores (2007, cit. por Ferreira, I, 2011) a Escola deve também procurar reconhecer os diversos estilos de aprendizagem garantindo um nível de educação de qualidade, através da flexibilização curricular e de uma adequada apropriação de estratégias pedagógicas e recursos.

Rodrigues (2006), também é referido neste estudo de Ferreira, I. (2011), segundo ele, a educação não é eliminar barreiras à aprendizagem, é o processo de acompanhar o estudante quando for preciso para ele poder ultrapassar as barreiras que a aprendizagem lhe coloca. Correia (2001, cit. por Ferreira, I., 2011), é da opinião que com este paradigma de educação, propõe-se que a escola não só se abra às diferenças, mas que as respeite e as valorize.

De acordo com Emygdio da Silva (2009), a educação inclusiva parte do pressuposto de que todos os alunos estão na escola para aprender e, por isso, participam e interagem uns com os outros, independentemente das dificuldades mais ou menos complexas que alguns possam evidenciar e às quais cabe à escola adaptar-se, nomeadamente porque esta atitude constitui um desafio que cria novas situações de aprendizagem. A autora aludiu a Ainscow (1998) que diz que, nesse sentido, a diferença é um valor e a escola é um lugar que proporciona interação de aprendizagens significativas a todos os seus alunos, baseadas na cooperação e na diferenciação inclusiva.

Capucha (2010) defendeu que foi essencialmente com a Declaração de Salamanca (1994), que se abriram novas perspetivas, e novas formas de olhar a “missão” da escola. Essas perspetivas apontam no sentido de uma escola inclusiva, uma escola que deve abrir as suas portas a todos os alunos, e desenvolver um trabalho em torno das competências dos mesmos, implementando práticas educativas adequadas às suas necessidades e que enfatizem as suas capacidades. Para Correia (2003, cit. por Capucha, 2010), é importante não esquecer que as bases deste movimento inclusivo não deixam de estar relacionadas com o movimento que o antecede, o de integração. De acordo com as características e medidas do movimento da integração, relevantemente já analisadas, não se pode concluir que tudo estava errado e, segundo o mesmo autor, podemos assistir a uma espécie de “continuidade educativa”, mas apenas no que diz respeito ao atendimento a alunos com NEE; a grande diferença reside no modelo e na

forma como esse atendimento é levado à prática, tentando dar resposta à diversidade e heterogeneidade.

Correia (2003, cit. por Capucha 2010) acrescenta que a filosofia adjacente a uma escola inclusiva prende-se com um sentido de pertença, onde toda a criança é aceite e apoiada pelos seus pares e pelos adultos que a rodeiam. A diversidade é, assim, valorizada, tendo como pilares sentimentos de partilha, participação e amizade

Segundo Correia (2011), enquanto na escola tradicional as crianças com NEE eram encaminhadas para avaliação de especialistas e passavam a frequentar escolas especiais, a escola inclusiva quer integrar a criança no ambiente normal da escola e fundamentalmente criar uma escola para todos em que haja respeito pela diferença e se crie igualdade de oportunidades para todas as crianças, quer sejam ou não portadoras de deficiência. O essencial é atender à diversidade.

Freitas e Pereira (2007, cit. por Correia, 2011) consideram que estar incluído é muito mais do que uma presença física: é um sentimento e uma prática mútua de pertença à escola e a criança deve sentir que pertence à escola e a escola sentir que é responsável por ela.

Rodrigues (2005) é referido por Correia (2011) e chama a atenção para o papel dos professores, funcionários e familiares. Enfatiza que é fundamental que todos interajam no ambiente escolar, de forma a produzir situações de inclusão, gerando práticas recíprocas entre crianças e escola de tal forma a reforçarem o sentimento de “pertença” tanto escolar como, futuramente na sociedade.

A autora enfatiza que a inclusão implica uma escola para todos, com igualdade de direitos e oportunidades, tendo em conta as dificuldades individuais de todos, a sua diversidade. Almeida (2005, cit. por Correia, 2011), defende que, o processo educativo na escola inclusiva, deve ser entendido como um processo social, onde todas as crianças com necessidades especiais e de distúrbios de aprendizagem têm o direito à escolarização o mais próximo possível do normal.

No estudo de Ferreira, I. (2011) o tema da Educação Inclusiva também é tratado. A autora referiu os autores Costa, Leitão, Morgado, Pinto, Paes, e Rodrigues (2006). Estes autores consideram que os desafios que a educação inclusiva coloca, reforçando a ação das escolas regulares e das respetivas equipas, apontando para a existência de um único sistema educativo e não para uma dualidade de sistemas – regular e especial –, acentuando a necessidade de reformulação da formação/capacitação de todos os

professores para lidarem com a diferença na sala de aula e na escola, visando uma orientação educativa flexível, centrada nas escolas e coordenada por princípios de política educativa claramente estabelecidos, pode contribuir para uma melhoria das respostas de todos alunos, incluindo os que se encontram em situações de maior vulnerabilidade. A autora defende que a escola é para a criança o lugar de aquisição dos conhecimentos, mas também um lugar de expansão e de socialização. Para a criança com NEE que não possui as mesmas capacidades de aprendizagem, a escola não deve ser sinónimo de exclusão mas, ao contrário, sinónimo de encontros, trocas, interações sociais com os outros, para que as suas capacidades, à partida mais limitadas, se desenvolvam graças ao ambiente físico e sobretudo social, existente na aula. A autora aponta as vantagens da inclusão. Considera que quanto mais cedo se iniciar o caminho da inclusão, mais extensas e positivas serão as mudanças no desenvolvimento de crianças com PEA e na sua inserção social. A inclusão de todos os alunos ensina a cada um e aos seus companheiros que todas as pessoas são membros igualmente valiosos da sociedade e vale a pena incluir todos.

Freitas (2006, cit. por Correia, 2011), refere-nos que incluir e garantir uma escola de qualidade para todos é hoje um fator muito importante, as escolas têm a obrigação de redefinir os currículos e adotar um sistema educativo que sirva para todos. A educação inclusiva pretende, entre outros aspetos, atender as dificuldades de aprendizagem de qualquer aluno no sistema educacional e assegurar que os alunos, que apresentam alguma deficiência, tenham os mesmos direitos que os outros, ou seja, os mesmos direitos dos seus colegas escolarizados em uma escola regular.

Segundo Correia, (2011), as escolas que querem uma verdadeira inclusão devem reconhecer que uma ótima estratégia para alcançar esse fim é basear o ensino no cooperativismo. Sanches (2005) afirmou que

“Com o trabalho cooperativo, da competição passa-se à cooperação, privilegiando o incentivo do grupo em vez do incentivo individual, aumenta-se o desempenho escolar, a interação dos alunos e as competências sociais.” (Sanches 2005, p.134).

O professor coloca os alunos no centro das suas aprendizagens dando-lhes autonomia para resolver os seus problemas dentro do grupo, na qual todos participam nas suas aquisições e na dos seus pares. É o que nos diz Sanches (2005):

“A organização do trabalho em pequenos grupos, com co-responsabilização de todos os seus elementos e com a diversidade de tarefas e dos materiais a utilizar, pode ser construído o clima favorável ao desenvolvimento da igualdade de oportunidades para todos e para cada um dentro do grupo”(Sanches 2005, p134)

Leitão (2006, cit. por Correia, 2011) defende o trabalho cooperativo na inclusão das crianças com NEE. A estruturação de um ambiente em que os alunos têm por base a aceitação da diferença, ajuda as aprendizagens académicas, sociais e afetivas. Os alunos ao partilharem o mesmo contexto e estando todos interessados em atingir os mesmos objetivos, vão mais facilmente encontrar as soluções que pretendem do que se trabalhassem sozinhos. Desta forma, aprendem a regular as suas ações diminuindo os conflitos.

Correia, (2011) defende que os alunos passam a ter um papel mais ativo, deixando de depender das ações do professor nas suas aprendizagens. Cada um dando o seu contributo ao nível das suas capacidades. Quando os alunos, quaisquer que sejam as suas características, gozam das mesmas experiências dos seus companheiros, veem aumentada a sua autoestima, motivação e os seus níveis de realização. O trabalho cooperativo é compensador tanto para os alunos com NEE como para todos os outros, pois passam a ter a oportunidade de aprender com a diferença, tornando-os melhores cidadãos, com responsabilidade social: aceitando e respeitando a diferença.

“Uns e outros têm a ganhar e a perder na trajectória a percorrer, mas o resultado final será de certo positivo para ambas as partes” (Sanches & Teodoro 2006, p71).

Correia, (2011) salienta o papel do professor no trabalho cooperativo. De acordo com a autora, o professor terá a tarefa de proporcionar um clima favorável ao desenvolvimento do trabalho cooperativo. Se necessário deve redefinir o espaço de sala de aula, de modo a ajudar as interações sociais. Se estiverem reunidas as condições necessárias os alunos terão oportunidades de vivenciarem experiências promotoras do desenvolvimento de competências como o pensamento crítico, a resolução criativa de problemas, a escuta ativa, a comunicação interativa, a aceitação e acomodação às diferenças individuais. (Leitão, 2006, cit. por Correia, 2011).

Correia, (2011) acrescenta ainda que, o professor deve planificar tendo em conta as características de cada um (planificação individualizada) suscetível de ser alterada conforme o feedback dos alunos. O professor deve ser capaz de alterar as suas práticas sempre que a turma o exigir.

Perante esta heterogeneidade, um currículo igual para todos não é solução para as dificuldades de aprendizagem. É necessário encontrar processos de ensino diferenciados tendo em conta as necessidades de cada aluno. É desta forma, que os professores devem apostar na flexibilidade curricular, própria dos currículos abertos,

para que as competências de saída de cada ciclo de escolaridade possam ser atingidas por todos os alunos” independentemente das suas dificuldades (Madureira & Leite, 2003, cit. por Correia, 2011).

Conforme Correia (2011) a diferenciação pedagógica pressupõe uma atenção individualizada aos alunos, que devido às suas características, precisam de uma seleção de conteúdos, estratégias e métodos de ensino que os ajudem a conseguir alcançar e progredir nas suas aprendizagens, tendo em conta a sua individualidade. A escola e o professor devem partindo das diferenças individuais dos alunos, arranjar estratégias eficazes de acesso ao currículo comum.

Através da referência a Rodrigues (2003), Correia (2011) afirma que numa escola verdadeiramente inclusiva todos os alunos, sem exceção, estão na escola para aprender. Todos pertencem a uma escola e a um grupo, não apenas fisicamente, mas de tal forma que a criança sente pertencer a uma escola e a escola sente a responsabilidade pela criança.

Também Rodrigues (2003, cit. por Correia, 2011) sugere que as escolas que pretendem proporcionar modelos educativos inclusivos deverão investir em seis tipos de mudanças:

1. assumir, como ponto de partida, as práticas e conhecimentos existentes;
2. ver as diferenças como oportunidades para a aprendizagem;
3. inventariar as barreiras à participação;
4. usar os recursos disponíveis para apoiar a aprendizagem;
5. desenvolver uma linguagem ligada à prática;
6. criar condições que incentivem aceitar riscos.” (Rodrigues, 2003, cit. por Correia, 2011)

A importância da família no processo educativo dos filhos

Segundo Torres (2008), a família tem sido basicamente e, ao longo dos séculos, uma instituição virada para o bem comum da sociedade.

“A família e, especialmente, os pais têm sido os primeiros prestadores de cuidados, os organizadores, os modelos de comportamento, os disciplinadores e os agentes de socialização, num papel evidente de educadores dos seus filhos”. (Coutinho 2004, p.55).

Segundo Rutter (1985, cit. por Torres, 2008), o comportamento parental não pode ser dissociado do papel de cuidadores. É uma tarefa que inclui proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da criança, responder ao

desconforto, às interações sociais, pedidos e comportamentos disruptivos e resolver conflitos e dificuldades interpessoais. Golombok (2000, cit. por Torres, 2008) também refere que os pais não seriam apenas os primeiros e mais consistentes “professores” dos seus filhos, mas seriam também quem lhes forneceria uma base emocionalmente securizante e pistas motivacionais importantes, reforçando a necessidade do seu envolvimento no processo de intervenção.

Os pais são o recurso mais precioso que as crianças possuem e, nessa perspetiva, o apoio a nível do contexto familiar constitui-se como medida mais importante no sentido da concretização do objetivo de educar para serem felizes e para desenvolverem capacidades de realização (Honig, 2000, cit. por Torres, 2008). De facto, as mães e os pais, queiram ou não, quer estejam ou não conscientes desse facto, são agentes ativos da formação da criança e preparam-na, melhor ou pior, para a vida.

Torres (2008) afirma que para haver um sucesso na educação das crianças, é necessário conciliar esforços entre os diferentes agentes educativos: pais, professores e membros da comunidade.

De acordo com Marques (1991, cit. por Torres, 2008), quando os pais e os professores colaboram mutuamente, as crianças e jovens beneficiam. Os alunos e as famílias beneficiam porque esta interação melhora o aproveitamento escolar dos alunos e os pais ficam informados acerca da educação e da escola. A escola sozinha é incapaz de vencer a batalha do sucesso educativo. Torna-se necessário o apoio e colaboração das famílias para a contribuição de um desenvolvimento harmonioso das crianças e jovens. (Torres, 2008).

Quando não há comunicação entre as duas partes intervenientes no mundo da criança e dos adolescentes (pais e escola), quando estes não estão em sintonia, quando a escola não valoriza, nem respeita a cultura da família da comunidade e do aluno, acontece a ruptura entre escola e família, acentuando-se o insucesso e a falta de laços afectivos e comportamentos preocupantes. (Torres, 2008).

Torres (2008) defende que esta disfunção comunicacional impede o desenvolvimento de laços de colaboração e acaba por refletir-se de modo negativo, quer no desempenho da criança e adolescente, quer da própria escola, privados de informações importantes que só a família lhes poderá fornecer.

A alteração desta situação de afastamento terá de passar por incentivar e motivar os pais, devendo abrir as escolas aos pais, criar espaço para eles se reunirem,

proporcionar comunicação frequente, tratá-los como verdadeiros membros da comunidade educativa e dar-lhes a conhecer o currículo escolar e todas as atividades nas quais a família deve colaborar e participar (Marques,1993, cit. por Torres, 2008).

Sanches e Teodoro (2006) salientam, citando Ainscow (1999) e Mittler (2000), que a construção da escola inclusiva é também uma tarefa dos professores, dos pais e dos governantes, na sua qualidade de agentes geradores e gestores de condições e de recursos e, ainda, protagonizadores de mentalidades abertas à mudança e ao respeito e celebração da diversidade humana.

Para que haja verdadeira inclusão é importante existir um trabalho conjunto, cooperativo entre os diversos intervenientes na educação da criança com NEE. De acordo com um estudo realizado por Sanches e Teodoro (2007), o trabalho de colaboração feito nas escolas, visando a inclusão, é feito, segundo as respostas dadas, prioritariamente com outros profissionais, dos quais se destaca o psicólogo. Segundo o mesmo estudo, os outros profissionais mais envolvidos na colaboração, para além do professor da turma, são os profissionais de saúde (médicos, terapeutas e técnicos de saúde) e o psicólogo. Atendendo a que as necessidades educativas especiais, por vezes, podem ter origem em problemas de saúde e que os profissionais de saúde têm um grande impacto no campo educativo, são os mais procurados, a nível de colaboração. Os psicólogos são também parceiros privilegiados. Ainscow, Porter e Wang (1997, cit. por Sanches & Teodoro, 2006) falam da necessidade de envolvimento da equipa de profissionais e do compromisso de uma planificação realizada colaborativamente para que possa haver mudança nas escolas. Os professores de apoio que colaboram com outros profissionais podem fazer a diferença nas escolas e serem protagonistas da mudança necessária.

Também o Decreto- Lei 3/2008 reconhece a importância da participação dos pais na educação inclusiva dos seus educandos.

O Artigo 3.º refere que

“1 — Os pais ou encarregados de educação têm o direito e o dever de participar ativamente, exercendo o poder paternal nos termos da lei, em tudo o que se relacione com a educação especial a prestar ao seu filho, acedendo, para tal, a toda a informação constante do processo educativo.

2 — Quando, comprovadamente, os pais ou encarregados de educação não exerçam o seu direito de participação, cabe à escola desencadear as respostas educativas adequadas em função das necessidades educativas especiais diagnosticadas.

3 — Quando os pais ou encarregados de educação não concordem com as medidas educativas propostas pela escola, podem recorrer, mediante documento escrito, no qual

fundamentam a sua posição, aos serviços competentes do ME.” (Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro 2008, p.155).

O sucesso das escolas inclusivas que favorecem um ambiente propício à igualdade de oportunidades e à plena participação depende dum esforço concertado, não só dos professores e do pessoal escolar, mas também dos alunos, pais e voluntários. (Declaração de Salamanca, 1994)

Em relação à legislação portuguesa no que concerne a inclusão, o Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, à semelhança do Decreto-Lei 319/1991, de 23 de agosto, que foi revogado, define as medidas educativas para estes alunos: apoio pedagógico personalizado, adequações curriculares individuais, adequações no processo de matrícula e de avaliação, currículo específico individual e tecnologias de apoio, medidas que não são particularmente diferentes das que o anterior decreto consignava. (Emygdio da Silva, 2009)

Também Correia (2011) estudou as políticas educativas em Portugal. Estas têm sofrido uma certa evolução à medida que as mudanças foram surgindo. No nosso país, foi ao longo dos tempos criada legislação para facilitar o acesso das crianças com NEE ao ensino. Assim, surgiu a Lei de Bases do Sistema Educativo, o Decreto-Lei 319/91 de 23 de Agosto, o Despacho conjunto n.º 105/97, e mais recentemente o Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro.

Correia (2011) faz uma pequena abordagem ao Decreto-Lei n.º 3/2008, destacando, o princípio em que este novo decreto-lei assenta a Declaração de Salamanca.

“Nos últimos anos, principalmente após a Declaração de Salamanca (1994), tem vindo a afirmar -se a noção de escola inclusiva, capaz de acolher e reter, no seu seio, grupos de crianças e jovens tradicionalmente excluídos. Esta noção, dada a sua dimensão eminentemente social, tem merecido o apoio generalizado de profissionais, da comunidade científica e de pais. A educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados”. (Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro 2008, p.154).

Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

Definição e características da PEA

São muitos os autores que já estudaram e escreveram sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, tendo vindo a verificar-se um interesse crescente pelo Autismo.

Tal como nos dizem Santos e Sousa (2005) desde o início da existência humana que se verifica uma organização das comunidades em torno da pessoa dita “normal”, excluindo ou negligenciando aqueles que se afastavam da norma. Atualmente as atenções dirigem-se a estes indivíduos que não se inserem nesta sociedade muitas vezes construída à margem daqueles que apresentam necessidades especiais.

Pereira (2006) citado por Rebelo (2011) explica a origem da palavra Autismo. A palavra provém do grego “autos”, que significa “o próprio”, acrescido do sufixo “ismo” que remete para uma ideia de orientação ou estado, o substantivo Autismo indica, “latu sensu”, uma condição ou estado de alguém que apresenta tendência para o alheamento da realidade exterior, a par de uma atitude de permanente concentração em si próprio.

Oliveira (2009) apresenta a definição de Autismo da Sociedade Americana de Autismo. Segundo esta, o Autismo é uma desordem neurológica que interfere com o desenvolvimento normal do raciocínio, das interações sociais e das capacidades de Comunicação. É uma incapacidade permanente que determina graves problemas na aprendizagem e pode conduzir a problemas comportamentais sérios.

Morais (2012) cita Marques (2000) que define o Autismo como uma perturbação do desenvolvimento psicológico que afeta diretamente a forma como as pessoas percebem emoções, expressões e ações.

Segundo Moraes (2012), não é fácil definir o que é o Autismo, pois é alvo de algumas controvérsias, uma vez que reúne uma panóplia de fenómenos e sintomas com diferentes quadros clínicos, que têm como condição comum o sintoma Autístico. E pode dizer-se que apesar de muitos investigadores se debruçarem sobre o estudo do espectro do autismo, ainda alguns aspetos permanecem por desvendar.

Kanner e Asperger analisaram o autismo sob o ponto de vista clínico, tendo fornecido descrições muito rigorosas, tão rigorosas que atualmente ainda não são fáceis de suplantar. (Morais, 2012)

Segundo Marques (2000) citado por Rebelo (2011), o Autismo é hoje entendido não como uma doença, mas como uma perturbação do desenvolvimento que afeta o modo como a criança compreende o mundo que a rodeia e aprende com as suas experiências. Rebelo (2011), cita ainda Peña (2004) que define autismo como um transtorno generalizado do desenvolvimento cerebral que produz um comportamento anómalo no qual as crianças afetadas se mostram indiferentes, ausentes, com dificuldade para estabelecer laços emocionais com outras pessoas.

De acordo com Costa (2011), o termo Autismo foi introduzido por Eugen Bleuler, um psiquiatra que se dedicava ao estudo da esquizofrenia, e que utilizou esta palavra para se referir à limitação das relações que as pessoas que padecem desta patologia têm como o mundo exterior, pois nada parece existir além da própria pessoa.

Bleuler também é mencionado por Kwee (2006) no seu estudo. Entre outros, Kwee (2006) refere Ajuriaguerra (1991) que sustenta que o termo autismo foi utilizado pela primeira vez por E. Bleuler em 1911, para designar a perda de contato com a realidade, que acarretaria uma dificuldade ou impossibilidade de comunicar com os demais. Segundo ele, o termo foi empregado para se referir ao retraimento ativo no imaginário dos esquizofrênicos, que foi então a fonte de confusão entre o autismo nos esquizofrênicos de Bleuler, que possuíam uma imaginação rica e um retraimento das relações sociais, e o autismo que Kanner, descreveu pela primeira vez, num artigo publicado em 1943 nos Estados Unidos. No seu estudo apresentou onze crianças, com idade entre dois e onze anos, oito meninos e três meninas, revelando uma falta de imaginação e uma incapacidade de desenvolver o relacionamento social, acarretando daí, as primeiras descrições diagnósticas de esquizofrenia infantil e psicose infantil para o autismo (Leboyer, 2003 cit. por Kwee 2006).

No mesmo estudo, Kwee (2006) cita Assumpção Jr (1995) que diz que Kanner passou a referir-se ao quadro com o nome de *Autismo Infantil Precoce*. Kanner descreve-o como um quadro de profunda dificuldade de contacto com as pessoas, um desejo obsessivo de preservar as coisas e as situações, uma ligação especial com os objetos, presença de fisionomia inteligente e graves alterações de linguagem que se estendiam do mutismo a uma linguagem sem função comunicativa, refletindo as dificuldades de contato e de comunicação interpessoal (Holmes,1997; Frith,1989; Rutter,1987 cit. por Kwee, 2006). Kwee (2006) cita vários autores (Assumpção Jr.,1995; Fernandes,1996; Bishop, 2002) que indicam que essa linguagem revelava inversão pronominal, neologismos e metáforas, com isso, Kanner acreditava que o Autismo deveria ser separado da Esquizofrenia, embora tivesse intima relação com ela.

No seu estudo, Araújo (2008), refere que a descrição de *Autismo* apenas foi realizada pela primeira vez por Leo Kanner, em 1943, no seu famoso artigo “*Autistic Disturbances of Affective Contact*”. Kanner, pedopsiquiatra da Universidade Johns Hopkins nos Estados Unidos da América, caracterizou 11 crianças que apresentavam incapacidades para se relacionarem umas com as outras, para usarem a linguagem como

veículo de significados e um desejo obsessivo de imutabilidade, da manutenção do mesmo estado de coisas. Kanner foi dos primeiros autores a definir autismo de uma forma clínica. Segundo Kanner, as principais características das crianças com autismo são: a incapacidade para estabelecer relacionamentos sociais; as dificuldades de comunicação; os interesses obsessivos; o fascínio por objetos e o facto de se manterem isoladas. Para além destas características, as crianças com Perturbação do Espectro do Autismo manifestam respostas inadequadas a experiências sensoriais, como determinados sons ou a maneira como vêm alguns objetos. Estas características podem variar de ligeiras a severas e apresentam-se de forma diferente em cada criança (Araújo, 2008)

Araújo (2008), menciona também que, em 1944, Hans Asperger em Viena, publicou descrições detalhadas sobre crianças com comportamentos estranhos, semelhantes aos que Kanner havia referido, fazendo a sua apresentação científica através do artigo com o título “Die Autistischen psychopathen im kindesalter” . (Araújo, 2008)

Hage e Guerreiro (2001, cit. por Kwee, 2006) referem que muitas das características encontradas no Autismo são vistas em outros transtornos do desenvolvimento, tais como deficiência mental, transtornos de aprendizagem e transtornos da linguagem.

Kwee (2006) refere também Lang (2003) que relata que algumas das características do Autismo são observadas em certas condições psiquiátricas, tais como o transtorno obsessivo-compulsivo, personalidade esquizóide e transtornos de ansiedade. Muitas delas são também vistas em crianças com desenvolvimento normal, ou até em nós mesmos. O que distingue o autismo é o número, a gravidade, combinação e interação de problemas, que resultam em deficiências funcionais significativas. Assim, o autismo é um compósito de déficits, não uma característica isolada.

Com efeito, o autismo é uma das patologias que mais dificuldades poderá trazer aos professores aquando da inserção destas crianças em atividades de grupo, definindo-se, de acordo com Borges (2000, cit. por Costa, 2011) como uma deficiência mental específica, suscetível de ser classificada nas perturbações perversoras do desenvolvimento, que afeta qualitativamente as interações sociais recíprocas, a comunicação verbal e não-verbal, a atividade imaginativa e expressa-se através de um repertório restrito de atividades e de interesses.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Texto Revisto (DSM-IV-TR) da Associação Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association) (2002), as características essenciais da Perturbação Autística são a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interação e comunicação social e um repertório acentuadamente restritivo de atividades e interesses.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (2002), para que uma criança seja diagnosticada com Perturbação Autística, é necessário que manifeste 6 de 12 sintomas com pelo menos dois na área de interação social e um de cada uma das categorias da comunicação e dos comportamentos/interesses) antes dos três anos de idade.

Elias (2005), citado por Rebelo (2011), referencia o CID-10 da Organização Mundial de Saúde (1993) e fala do autismo como um dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, o qual se deve manifestar antes dos três anos de idade e apresentar uma perturbação característica das interações sociais, comunicação e comportamento.

O mesmo ocorre com o DSM-IV-TR (2002), em que o autismo está englobado nas Perturbações Globais do Desenvolvimento que são caracterizadas por um déficit grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: competências sociais, competências da comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas.

Segundo Ozonoff (2003), existem 5 diagnósticos específicos no espectro do autismo (ou Perturbações Globais do Desenvolvimento, designação usada pelo DSM-IV-TR (2002) que é sinónima de Perturbação do Espectro do autismo - PEA). Estas incluem a Perturbação Autística, a Perturbação ou Síndrome de Asperger, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. (Ozonoff, 2003).

Garcia e Rodriguez (1997), citados por Oliveira (2009) descrevem algumas características que as pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) podem apresentar:

- Dificuldade em decodificar expressões ou emoções (próprias ou no outro);
- Interesses repetitivos e estereotipados;
- Rituais compulsivos;

- Resistência à mudança;
- Dificuldade em expressar as suas necessidades;
- Associação inadequada e excessiva a objetos;
- Maneirismos motores estereotipados e repetitivos;
- Alheamento;
- Hiperatividade ou extrema passividade;
- Comportamentos auto e hetero - agressivos;
- Choros e risos sem fundamento aparente;
- Necessidade de se auto – estimular;
- Sem linguagem falada;
- Ecolalia;
- Discurso na 2ª ou na 3ª pessoa;
- Linguagem idiossincrática (significados próprios);
- Linguagem rebuscada;
- Hiper reatividade;
- Hipo reatividade;
- Reatividade flutuante.

Mencionando Frith (1989) e Happé (1994), Oliveira (2009) refere que 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.

Segundo Morais (2012), os sujeitos que possuem autismo, passam por um estágio em que se voltam para si mesmos, perdendo assim o interesse pelo mundo exterior e a tudo o que a ele está inerente. A autora menciona (Marques, 2000) que cita Kanner e Asperger que consideraram que o Autismo pode ser definido como uma condição ou estado de alguém que aparenta estar invulgarmente absorvido em si próprio.

Morais (2012) expõe algumas ideias de Kanner. Este denominou o Autismo infantil como condição neuropsicológica, e descreveu-o de forma exímia, numa extensa publicação “Autistic Disturbances of Affective Contact”, onde caracteriza os comportamentos de onze crianças (oito rapazes e três raparigas) que se destacavam

pelos seus comportamentos extremamente diferentes daqueles que havia encontrado até esse momento. Kanner pretendia dar uma definição diferenciada ao Autismo e diferenciadora das perturbações do desenvolvimento até aí descritas.

Morais (2012) alude também ao trabalho de Hans Asperger que, em 1944, publica um trabalho sobre a “ Psicopatologia Autista”. Esta era a expressão que ele usava para se referir ao Autismo, no qual apresentava uma definição mais completa desta síndrome do que Kanner, pois os seus estudos eram baseados em indivíduos com lesões orgânicas significativas e indivíduos que se aproximavam da realidade. Porém, é de ressaltar que as definições do espectro do autismo por parte de Kanner e Hans Asperger eram muito semelhantes em vários aspectos. A título de exemplo, ambos admitiam que o isolamento social presente no Autismo era inato.

Diagnóstico

De acordo com Oliveira (2009), o Autismo pode ser diagnosticado em jovens e crianças pela observação, usando questionários apropriados e selecionando ferramentas de avaliação específicas.

Os estudos mostraram que o diagnóstico precoce e intervenção adequada, também precoce, conduzem a resultados significativamente melhores e a melhores níveis de funcionamento para aqueles que se encontram no Espectro do Autismo.

Os grandes sinais de alerta em relação ao Autismo podem traduzir-se em:

- Deficiência ou atraso no desenvolvimento da língua falada;
- Uso estereotipado ou repetitivo da língua;
- Dificuldade em manter contato ocular;
- Falta de interesse em relacionamentos com pares;
- Falha no jogo simbólico e no jogo espontâneo;
- Estereotipias, ou maneirismos graves no domínio motor, (por exemplo, “flapping da mão”, movimentos do corpo);
- Preocupação persistente com partes de objetos;
- Aderência inflexível às rotinas e/ou rituais específicos.

A autora Oliveira (2009) refere Rutter (1965, cit. por Pereira, 1998) que declara que diagnosticar uma perturbação do comportamento é então o processo de usar um sistema de classificação que relacione os aspectos comportamentais considerados, ou sinais, com um conjunto de definições, regras e critérios. Não é, no entanto, a pessoa

que é diagnosticada pelo processo de classificação; apenas se classifica ou diagnostica a perturbação comportamental. Este consenso foi alcançado e possibilitou a convergência, por parte da maioria dos investigadores, na utilização de um de dois sistemas clínicos internacionais de diagnóstico formalmente aceites (e que entre eles apresentam mais semelhanças do que diferenças) (Rutter, 1996 cit. por Volkmar, Klin & Cohen, 1997, cit. por Pereira, 1998). Estes, têm vindo a ser sucessivamente reformulados à luz dos vários progressos do conhecimento, conseguidos nas investigações recentes e constantes, tendo como objetivo a procura de uma definição o mais precisa possível para a Perturbação Autista. (Oliveira, 2009)

A classificação da perturbação é um elemento essencial na predição do seu desenvolvimento, assim como na intervenção e tratamento, e em alguns casos até mesmo na prevenção (Pereira, 1998, cit. por Oliveira, 2009)

Podemos classificar o Autismo através de dois sistemas: o sistema de classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) – a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da ICD-10 (OMS, 1993) e o da American Psychiatric Association (APA) – o Manual de Diagnóstico e de Estatística das Perturbações Mentais, DSM-IV – TR. (Oliveira, 2009)

De acordo com Gonçalves, A. (2011), o diagnóstico do Autismo é realizado com base no comportamento e característica que a criança apresenta. Para uma avaliação diagnóstica correta será necessário um processo moroso que conta com o apoio de diversos instrumentos de diagnóstico e de avaliação.

O Autismo manifesta-se em torno dos três anos de idade, caracterizando-se por um permanente défice na interação social, alterações da comunicação e comportamentos e interesses estereotipados. Entre 60 a 70% dos indivíduos que sofrem de perturbações do espectro autista, apresentam, igualmente, disfunções cognitivas, embora se assista em estudos recentes, a uma diminuição dessa percentagem (Klin, 2006, cit. por Capucha 2010)

O diagnóstico do Autismo é hoje efetuado a partir das características definidas no DSM-IV-TR.

DSM IV- TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002)

As características essenciais da Perturbação Autística são a presença de um

desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interação e comunicação social e um repertório acentuadamente restritivo de atividades e interesses.

A perturbação pode manifestar-se antes dos 3 anos de idade por um atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas: interação social, linguagem usada na comunicação social, jogo simbólico ou imaginativo (critério B). Não existe tipicamente um período de desenvolvimento normal, embora em cerca de 20% dos casos os pais tenham descrito um desenvolvimento relativamente normal durante um ou dois anos. Nestes casos, os pais referem uma regressão no desenvolvimento da linguagem, geralmente manifestada por uma paragem da fala depois de a criança ter adquirido 5 a 10 palavras.

Por definição, se existe um período de desenvolvimento normal, este não pode estender-se para além dos 3 anos de idade. A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (critério C).

Critérios de diagnóstico para a perturbação autística

A. Um total de seis (ou mais) itens de (1) (2) e (3), com pelo menos dois de (1), e um de (2) e de (3).

(1) défice qualitativo na interação social, manifestado pelo menos por duas das seguintes características:

- (a) acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contacto ocular, expressão fácil, postura corporal e gestos reguladores da interação social;
- (b) incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;
- (c) ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objetivos (por exemplo; não mostrar, trazer ou indicar objetos de interesse);
- (d) falta de reciprocidade social ou emocional;

(2) défices qualitativos na comunicação, manifestados pelo menos por uma das seguintes características:

- (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhada de tentativas para compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);
- (b) nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros;
- (c) uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
- (d) ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento;

(3) padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:

- (a) preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no objetivo;
- (b) adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;
- (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo);
- (d) preocupação persistente com partes de objetos.

B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem usada na comunicação social (3), jogo simbólico ou imaginativo.

C. A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.

A Tríade de Perturbações no Autismo

No seu estudo sobre o movimento expressivo no desenvolvimento da comunicação não-verbal em crianças e jovens com PEA, Oliveira (2009) alude aos estudos de Lorna Wing referenciados por Marques (2000). Assim, na década de setenta Lorna Wing realizou um estudo epidemiológico que permitiu concluir que todas as crianças diagnosticadas com Autismo apresentavam uma tríade de características muito específicas, que se agrupavam nos seguintes sintomas:

- Uma limitação extrema na capacidade da criança participar em situações que exigem um certo convívio social ou “interação social” mútua;
- Uma forte diminuição da capacidade da criança participar em convívios sociais que incentivem a utilização da expressão livre da Comunicação tanto recetiva como expressiva;
- Uma redução do poder de utilização da capacidade imaginativa e da fantasia da criança, fazendo com que ela adquira um limitado repertório comportamental. Isto quer dizer que a criança tem dificuldade de fantasiar e que o seu comportamento se torna muito repetitivo e estereotipado.

A estes três sintomas deu-se o nome de “Tríade de Lorna Wing “.

Assim, quando uma criança apresenta um dos sintomas descritos na tríade de Lorna Wing é quase certo que também tenha os outros.

Para esta autora, existiam, ainda, um conjunto de outras características (patologias, níveis de desenvolvimento, idade cronológica da criança), que em associação iriam desencadear uma diversidade de sintomatologia muito específica, que se traduz em quadros diferentes consoante as características, os comportamentos e a severidade. (Oliveira, 2009)

A tríade de Lorna Wing é também explicada no site da APPDA⁴. Assim, a tríade de perturbações no autismo manifesta-se em três domínios: social, linguagem e comunicação, pensamento e comportamento.

Domínio social: o desenvolvimento social é perturbado, diferente dos padrões habituais, especialmente o desenvolvimento interpessoal. A criança com autismo pode isolar-se mas pode também interagir de forma estranha, fora dos padrões habituais.

Domínio da linguagem e comunicação: a comunicação, tanto verbal como não verbal é deficiente e desviada dos padrões habituais. A linguagem pode ter desvios semânticos e pragmáticos. Muitas pessoas com autismo (estima-se que cerca de 50%) não desenvolvem linguagem durante toda a vida.

Domínio do pensamento e do comportamento: rigidez do pensamento e do comportamento, fraca imaginação social. Comportamentos ritualistas e obsessivos, dependência em rotinas, atraso intelectual e ausência de jogo imaginativo.

⁴ <http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/autismo.php>

Etiologia

Nos anos 40 e 50 acreditava-se que a causa do autismo residia nos problemas de interação da criança com os pais. Várias teorias sem base científica e de inspiração psicanalítica culpabilizavam os pais, em especial as mães, por não saberem dar respostas afetivas aos seus filhos. Esse período foi dramático e levou algumas mães a tratamento psiquiátrico e em extremo, ao suicídio.

A partir dos anos 60, a investigação científica, baseada sobretudo em estudos de casos de gêmeos e nas doenças genéticas associadas ao Autismo (X Frágil, esclerose tuberosa, fenilcetonúria, neurofibromatose, diversas anomalias cromossômicas) mostrou a existência de um fator genético multifatorial e de diversas causas orgânicas relacionadas com a sua origem. Estas causas são diversas e refletem a diversidade das pessoas com autismo.

- Parece haver genes candidatos, ou seja uma predisposição para o Autismo o que explica a incidência de casos de autismo nos filhos de um mesmo casal. É possível existirem fatores hereditários com uma contribuição genética complexa e multidimensional.
- Alguns fatores pré natais (ex. rubéola materna, hipertiroidismo) e peri natais (ex. prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções graves neonatais, traumatismo de parto) podem ter grande influência no aparecimento das Perturbações do Espectro do Autismo.
- Há uma grande incidência de epilepsia na população autista (26 a 47%) enquanto na população em geral a incidência é de cerca de 0,5%.
- Há também estudos *post mortem* em curso sobre as anomalias nas estruturas (cerebelo, hipocampus, amígdala) e funções cerebrais das pessoas com Autismo.

É necessário continuar a desenvolver a investigação sobre o Autismo e, embora haja muitos estudos em curso, ignoramos qual o seu impacto no futuro das crianças e jovens com autismo.

Há contudo, neste momento uma conclusão importante que reúne o consenso da comunidade científica: Não há ligação causal entre atitudes e ações dos pais e o aparecimento das Perturbações do Espectro Autista. As pessoas com Autismo podem nascer em qualquer país ou cultura e o Autismo é independente da raça, da classe social ou da educação parental.

De acordo com Mello (2005), as causas do Autismo são desconhecidas. Acredita-se que a origem do Autismo esteja em anormalidades em alguma parte do cérebro ainda não definida de forma conclusiva e, provavelmente, de origem genética. Além disso, admite-se que possa ser causado por problemas relacionados a factos ocorridos durante a gestação ou no momento do parto.

Desde modo, segundo a autora, o que pode ser recomendado em termos de prevenção do autismo são os cuidados gerais a todas as gestantes, especialmente cuidados com a ingestão de produtos químicos, tais como remédios, álcool ou fumo.

Prevalência

De acordo com a informação disponibilizada no site da FPDA (Federação Portuguesa de Autismo)⁵, há mais rapazes do que raparigas com Autismo. A sua proporção é de 4 a 5 para 1. Haverá presentemente mais pessoas autistas do que há 20 anos? Estudos recentes relatam grande aumento de incidência. De acordo com estudos feitos por Eric Fombonne (cit. no site) no Canadá (2003):

Para uma população de 10.000 pessoas há 10 pessoas com Autismo e 2,5 com Síndrome de Asperger. Na mesma população há 30 pessoas com Perturbações Globais do Desenvolvimento no quadro do Autismo. Estudos desenvolvidos em Portugal (Oliveira et al, 2006) apontam para números semelhantes. Este aumento será real ou devido a mudança de critérios de inclusão? Maior abrangência do diagnóstico? Existência de profissionais mais conscientes da existência do Autismo?

De acordo com Oliveira (2009), a prevalência do Autismo é completamente imune a qualquer classe social, diferentes culturas e/ou raças distintas.

Autismo Clássico: 5 em cada 10000 indivíduos.

Espetro completo do Autismo: 1 em cada 700 – 1000 indivíduos (alguns estudos relatam na PEA a incidência de 1 para 150 indivíduos). (Benson, 2008, cit. por Oliveira, 2009).

Quanto à distribuição por sexo, o Autismo é muito mais comum no sexo masculino do que no sexo feminino, sendo tipicamente relatadas razões de 8:1 no Síndrome de Asperger e 5:1 no Autismo Clássico. (Benson, 2008, cit. por Oliveira, 2009). Estudos recentes relatam um grande aumento da incidência do Autismo mas não

⁵ http://www.fpda.pt/autismo_1

está claro se este é realmente existente ou se esta incidência extremamente elevada terá relação com a mudança de critérios de inclusão e exclusão ou ainda a existência de profissionais mais conscientes da existência do Autismo ou a fazerem um diagnóstico de forma mais abrangente. (Oliveira, 2009).

Incidência do Autismo

A incidência do Autismo varia de acordo com o critério utilizado por cada autor. Bryson e col. (cit. por Mello, 2005), no seu estudo conduzido no Canadá em 1988, chegaram a uma estimativa de 1:1000, isto é, em cada mil crianças nascidas uma teria autismo. Segundo a mesma fonte, o autismo seria duas vezes e mais frequente em pessoas do sexo masculino do que em pessoas do sexo feminino. Segundo informações encontradas no site da ASA – Autism Society of America (www.autism-society.org, 1999). A incidência seria de 1: 500, ou 2 casos em cada mil nascimentos. De acordo com o órgão norte-americano Centers for Disease Control and Prevention (CDC, www.cdc.gov), o Autismo afetaria de 2 até 6 pessoas em cada 1000, isto é, poderia afetar até 1 pessoa em cada 166. O autismo seria 4 vezes mais frequente em pessoas do sexo masculino.

O Autismo incide igualmente em famílias de diferentes raças, credos ou classes sociais. (Mello, 2005)

Tratamento

Em relação à medicação, Gonçalves, A. (2011), nomeia Siegel (2008), explicando que não há medicamentos que tratem o autismo, mas que muitas vezes os medicamentos são usados para ajudar na melhoria da qualidade de vida dos autistas. O neuroléptico era usado até há pouco tempo, para combater a impulsividade e agitação. Não há propriamente um tratamento para o Autismo. Existem atividades para o desenvolvimento para tentar proporcionar uma vida mais autónoma.

Síndrome de Asperger (SA)

Definição e Características

A Síndrome de Asperger é uma desordem pouco comum, contudo importante na prevenção do processo psicológico de crianças, que tardiamente é diagnosticada devido à falta de conhecimento por parte dos profissionais, nomeadamente dos professores e

educadores. Muitas vezes a SA é confundida com Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Depressão, Esquizofrenia, etc. Porém estes indivíduos não apresentam qualquer atraso significativo de desenvolvimento de fala ou cognitivo, podendo mesmo passar toda a vida a serem consideradas pessoas “estranhas”, para os padrões típicos de comportamento. (Diogo, Sequeira e Vila, 2009).

Diogo e colaboradores (2009) dizem, ainda, que os indivíduos com síndrome de Asperger geralmente têm elevadas habilidades cognitivas (QI normal e por vezes até às faixas mais altas) e funções de linguagem normais e muitas vezes demasiado elaboradas, estando incapacitadas de o utilizar socialmente, já que não são capazes de perceber para que serve a simples conversação.

De acordo com Torres (2010), a SA é um transtorno severo do desenvolvimento, que implica uma alteração determinada neurobiologicamente no processamento da informação. Enquadra-se nos transtornos generalizados do desenvolvimento (DSM-IV-TR). A pessoa que o apresenta tem um aspeto e inteligência normais ou até superior à média, apresenta um estilo cognitivo particular e frequentemente, habilidades especiais em áreas restritas.

Manifesta-se de forma diferente em cada indivíduo, mas todos têm em comum as dificuldades para a interação social, especialmente com pessoas da mesma idade, alterações dos padrões de comunicação não-verbal, interesses restritos, inflexibilidade cognitiva e comportamental, dificuldades na abstração de conceitos, coerência central débil em benefício do processamento dos detalhes, interpretação literal da linguagem, dificuldades das funções executivas e de planificação, interpretação nula dos sentimentos e emoções alheios e próprios.

Supõe uma incapacidade para compreender o mundo social que se manifesta ao nível de comportamentos sociais inadequados, proporcionando-lhes a eles e aos seus familiares problemas em todos os âmbitos. Os défices sociais estão presentes em todos os aspetos da linguagem, as dificuldades no ritmo da conversa e é frequente a alteração da prosódia (entoação, volume, timbre de voz). Além disso, costumam existir os padrões de contacto ocular, gestual, etc. Na maioria dos casos dificuldades na coordenação motora.

Segundo Teixeira (2005), a SA é o nome dado a um grupo de problemas que algumas crianças (e adultos) têm quando tentam comunicar com outras pessoas.

Esta Síndrome foi identificada em 1944, mas só foi oficialmente reconhecido como critério de diagnóstico no DSM-IV em 1994. Como resultado, muitas crianças foram mal diagnosticadas com síndromes como Autismo, Perturbação Obsessivo – Compulsivo.

Ao longo dos tempos muitos foram os termos utilizados para definir esta síndrome, gerando grande confusão entre pais e educadores. Síndrome de Asperger é o termo aplicado ao mais suave e de alta funcionalidade daquilo que é conhecido como o espectro de desordens pervasivas (presentes e perceptíveis a todo o tempo) de desenvolvimento (Espectro do Autismo).

Esta Síndrome parece representar uma desordem neurobiológica que é muitas vezes classificada como uma *Pervasive Developmental Disorders - PDD* (Transtorno Invasivo do Desenvolvimento – TID). É caracterizada por desvios e anormalidades em três amplos aspetos do desenvolvimento: interação social, uso da linguagem para a comunicação e certas características repetitivas ou perserverativas sobre um número limitado, porém intenso, de interesses. Apesar de existirem algumas semelhanças com o Autismo, as pessoas com SA geralmente têm elevadas habilidades cognitivas (pelo menos Q.I. normal, às vezes indo até às faixas mais altas) e por funções de linguagem normais, se comparadas a outras desordens ao longo do espectro.

Apesar de poderem ter um extremo comando da linguagem e vocabulário elaborado, estão incapacitadas de o usar em contexto social e geralmente têm um tom monocórdico, com alguma nuance e inflexão na voz.

Crianças com SA, podem ou não procurar uma interação social, mas têm sempre dificuldades em interpretar e aprender as capacidades da interação social e emocional com os outros. (Teixeira, 2005)

De acordo com Santos e Sousa (2005), a SA refere-se a indivíduos com características autistas mas com capacidades linguísticas relativamente intactas.

Assumpção Jr e Pimentel (2000) explicam os quadros da SA. Estes são reconhecidos antes dos 24 meses, apresentando também maior ocorrência no sexo masculino, inteligência próxima da normalidade, déficit na sociabilidade, interesses específicos e circunscritos com história familiar de problemas similares e baixa associação com quadros convulsivos.

Frith (1993, cit. por Morais, 2012) refere Asperger (1944) que apresentou algumas características que eram recorrentes e típicas das crianças observadas. Kanner

descreve um tipo de criança que tem interesse, sob diversos aspetos: as crianças têm em comum uma perturbação básica que se manifesta de maneira muito característica em todos os fenómenos expressivos e comportamentais. Segundo Kanner esta perturbação resulta em consideráveis dificuldades, típicas de integração social. Em muitos casos, esta dificuldade é compensada por uma originalidade particular do pensamento e da experiência, que pode bem resultar em desempenhos posteriores excepcionais na vida futura.

A SA é descrita, segundo Morais (2012), como um conceito que tem sido usado para crianças ou adultos que apresentem algumas características do autismo, como as incapacidades sociais e os comportamentos restritos e repetitivos.

Morais (2012), refere ainda, que a grande diferença entre o autismo infantil e a SA reside na gravidade dos problemas. Em ambos os casos, as crianças apresentam défices na interação social recíproca, comprometimento das habilidades comunicativas e comportamentos inusuais e até mesmo bizarros. As crianças com SA são menos comprometidas e, geralmente, não revelam sinais de atraso mental. Estas apresentam, ainda, um desenvolvimento de padrões de comportamentos, interesses e atividades repetitivos.

Comparando com a Perturbação Autista, verifica-se que na SA não existe um atraso geral da linguagem clinicamente significativo e o funcionamento não apresenta défices. (Morais, 2012)

Em relação aos aspetos linguísticos desta Síndrome, Jordan e Powell (1995, cit. por Santos e Sousa, 2005) declaram que é possível encontrar casos de elevado desenvolvimento linguístico, onde a gramática e a pronúncia são excelentes, inclusive em línguas estrangeiras.

Asperger (1994, cit. por Santos e Sousa, 2005) diz que os portadores desta Síndrome são capazes de expressar a sua própria experiência original numa forma linguística original. No seu discurso, denota-se uma escolha invulgar de palavras e recorrem a expressões novas ou reestruturadas que deixam transparecer uma frequente perspicácia peculiar.

Frith (1994, cit. por Santos e Sousa, 2005), atesta que talvez a principal característica das crianças com SA seja a tendência para falar fluentemente por volta dos 5 anos, mesmo que o desenvolvimento da sua linguagem seja lento no princípio, e mesmo que a sua linguagem seja notoriamente estranha no seu uso na comunicação.

Segundo Moraes (2012), durante os 3 primeiros anos de vida, não se registam atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo da expressão de curiosidade sobre o ambiente, ou na aquisição de aptidões de aprendizagem e de comportamentos adaptativos adequados à idade, no desenvolvimento das aptidões de autoajuda próprias da idade, ou no comportamento adaptativo.

Pode, ainda, observar-se uma descoordenação motora e uma falta de destreza, ou uma ligeira incidência. Os sintomas de hiperatividade e de desatenção também são frequentes neste tipo de perturbação. Trata-se de uma perturbação contínua que se manifesta ao longo da vida e o seu prognóstico parece ser melhor relativamente ao da Perturbação Autista, uma vez que os estudos realizados revelam que muitos adultos com SA conseguem empregos remunerados e revelam auto – suficiência. (Moraes, 2012).

Santos e Sousa (2005), também citam Frith (1994) que afirma que os indivíduos Asperger pertencem ao Espectro Autista. A SA tem em comum com o autismo, em geral, uma falha especial na comunicação e inaptidão social. Todavia, veem os indivíduos com SA como distintos dos outros indivíduos Autistas.

Santos e Sousa (2005) afirmam que as pessoas com Asperger possuem capacidades comunicativas mais desenvolvidas em virtude da sua melhor capacidade ao nível da linguagem, o que lhes permite adaptarem-se com maior facilidade. De acordo com os autores, as diferenças encontradas sugerem que a síndrome de Asperger é uma entidade clínica distinta e não um mero subgrupo do Autismo.

As principais características que distinguem a Síndrome de Asperger do Autismo são as habilidades “normais” da inteligência e da linguagem, segundo Santos e Sousa (2005). A preservação destas habilidades pode, por vezes, “enganar” o diagnóstico e este ser tardios. A dificuldade em aceder a estados mentais e emoções mais complexas pode estar relacionada com a incapacidade de assimilar pistas emocionais corretas e a dificuldade de entendê-las.

Os mesmos autores explicam, ainda, que, os pacientes com SA, diferentemente dos Autistas, tendem a ter maior consciência das suas diferenças e mostrar um maior sofrimento, relativamente a isso. Na vida adulta, apresentam sérias dificuldades psicológicas. As pessoas com esta Síndrome têm necessidade de fazer amigos, de conhecer pessoas, podem ter uma conversa em monólogo, geralmente como um adulto. Abordam as pessoas à sua volta com uma grande excentricidade e de uma maneira pouco vulgar, afastando-as, tendo muita dificuldade em controlar a sua frustração de

não conseguirem obter os seus desejos. Estes indivíduos muitas vezes podem ficar ansiosos e desenvolver transtorno de ansiedade ou de humor, chegando a necessitar de tratamento com medicação. São capazes de descrever corretamente de uma forma cognitiva e formalista, as emoções, sentimentos e intenções das demais pessoas mas sem nunca saberem para que servem essas informações, não conseguindo assim uma interação com o outro.

Epidemiologia

Os melhores estudos que têm sido conduzidos até agora sugerem que SA é consideravelmente mais comum que o Autismo clássico. Enquanto o Autismo tem tradicionalmente sido encontrado à taxa de 4 a cada 10.000 crianças, estima-se que a Síndrome de Asperger esteja na faixa de 20 a 25 por 10.000. isto significa que para cada caso de Autismo, as escolas devem esperar encontrar diversas crianças com o quadro SA. (Bauer, 1995, cit. por Teixeira, 2005)

Considera-se que a SA afeta entre 3 a 7 crianças em 1000, entre os 7 e os 16 anos de idade. Os números não são exatos, mas reconhece-se que é um transtorno que afeta mais frequentemente os meninos do que as meninas. (Torres, 2010)

Teixeira (2005) afirma que todos os estudos concordam que a SA é muito mais comum em rapazes que em raparigas. A razão para isso é desconhecida. A SA é muito comumente associada com outros tipos de diagnóstico, novamente por razões desconhecidas, incluindo: “tics” como a desordem de Tourette, problemas de atenção e de humor como a depressão e ansiedade. Em alguns casos há um claro componente genético, onde um dos pais (normalmente o pai) mostra ou o quadro SA completo ou pelo menos alguns traços associados ao SA; fatores genéticos parecem ser mais comuns em SA do que no Autismo clássico.

Diagnóstico

O novo critério do DSM-IV para diagnóstico de SA, inclui a presença de:

- Particularidades qualitativas na interação social, envolvendo alguns ou todos de entre: uso de peculiaridade no comportamento não-verbal para regular a interação social;
- falha no desenvolvimento de relações com pares da sua idade;
- falta de interesse espontâneo em dividir experiências com outros;

- falta de reciprocidade emocional e social.

Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades envolvendo:

- preocupação com um ou mais padrões de interesse restritos e estereotipados; inflexibilidade a rotinas e rituais não funcionais específicos;
- maneirismos motores estereotipados ou repetitivos, ou preocupação com partes de objetos.

De acordo com o DSM-IV os critérios para se poder diagnosticar a Síndrome de Asperger são:

Critérios Diagnósticos para F84.5 - 299.80 Transtorno de Asperger

A. Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes requisitos:

- (1) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como pessoas (por ex., deixar de mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse a outras pessoas contacto visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;
- (2) fracasso para desenvolver relacionamentos apropriados ao nível de desenvolvimento com seus pares;
- (3) ausência de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras);
- (4) falta de reciprocidade social ou emocional.

B. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes requisitos:

- (1) insistente preocupação com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesses, anormal em intensidade ou foco
- (2) adesão aparentemente inflexível a rotinas e rituais específicos e não funcionais
- (3) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., dar pancadinhas ou torcer as mãos ou os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo)
- (4) insistente preocupação com partes de objetos

C. A perturbação causa prejuízo clinicamente significativo nas áreas social e ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

D. Não existe um atraso geral clinicamente significativo na linguagem (por ex., palavras isoladas são usadas aos 2 anos, frases comunicativas são usadas aos 3 anos).

E. Não existe um atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de habilidades de auto-ajuda apropriadas à idade, comportamento adaptativo (outro que não na interação social) e curiosidade acerca do ambiente na infância.

F. Não são satisfeitos os critérios para um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Esquizofrenia.

Cristopher Gillberg (cit. por Teixeira, 2005), propõe seis critérios, sendo apenas aqui referidos quatro, para o diagnóstico que capturam o estilo único dessas crianças e que incluem:

Isolamento social, com extremo egocentrismo, que pode incluir:

- falta de habilidades para interagir com os pares;
- apreciação pobre da trança social;
- respostas socialmente inapropriadas.

Há interesses e preocupações limitadas:

- mais rotinas que memorizações;
- relativa exclusividade de interesses.

Há rotinas e rituais que podem ser:

- auto-impostos;
- impostos por outros.

Há problemas na comunicação não-verbal como:

- uso limitado de gestos;
- linguagem corporal desajeitada;
- expressões faciais limitadas ou impróprias
- olhar fixo peculiar;
- dificuldades de ajuste a proximidade física (Teixeira, 2005).

Causas

Existe uma componente genética com um dos pais. Com certa frequência é o pai que apresenta um quadro completo de SA. Em certas ocasiões há uma história clara de autismo em parentes próximos.

O quadro clínico que se apresenta está influenciado por muitos fatores, incluído o fator genético, mas na maioria dos casos não há uma causa única identificável. (Torres, 2010)

Síndrome de Rett (SR)

Definição e características da SR

A Síndrome de Rett, de acordo com Siegel, (2008, cit por Ferreira, I. 2011), é uma condição genética descoberta por Andreas Rett, um médico austríaco há mais de 40 anos. Os sinais desta síndrome aparecem muito cedo e depois estabilizam. Em termos comportamentais, caracteriza-se por movimentos repetitivos e giratórios da mão, descontrolo muscular associado à comunicação e aos défices sociais. Marques, (2000, cit. por Ferreira, I. 2011) refere que se acredita na possibilidade de uma causa genética pelo facto de afetar apenas o sexo feminino.

A SR define um processo degenerativo e progressivo do sistema nervoso que se manifesta como um transtorno global do desenvolvimento do indivíduo afetado. Apresenta-se quase exclusivamente em meninas embora em alguns relatórios sugerem que a síndrome é possível em varões. (Van Acker, 1991, cit. por Berganza, Brenner, Medina e Sosa 2011)

De acordo com Berganza e colaboradores (2011), clinicamente, o Transtorno manifesta-se com alterações na comunicação, no intelecto e na motricidade fina e grossa tipicamente depois de um período de aparência normal dos seis aos 24 meses de idade. O processo básico distingue-se por uma desaceleração global do desenvolvimento psicomotriz, perda subsequente das habilidades motrizes e cognitivas já adquiridas, acompanhadas de ataxia, apraxia, autismo, atraso mental e movimentos estereotipados das mãos.

Segundo os mesmos autores, Andreas Rett, um pediatra vienense, reconheceu e descreveu pela primeira vez em 1966, os sinais e sintomas atribuídos à síndrome que leva o seu nome. Este autor registou uma série de 22 meninas com movimentos repetitivos e alteração intelectual antecédidos por um desenvolvimento normal.

Não foi senão no ano de 1983 depois de 17 anos do quase total desconhecimento no qual permaneceu sumido o trabalho de Rett, que Hagberg, Aicardi, Díaz y Ramos reavivaram o interesse neste transtorno. Estes autores batizaram a Síndrome com o nome atual, deram reconhecimento e divulgação internacional ao transtorno e

publicaram em inglês o relatório de 35 casos de meninas provenientes de países diferentes na Europa.

Schwartzmann (2003) também fala do estudo de Andreas Rett (1966). Este identificou, em 1966, uma condição caracterizada por deterioração neuromotora em crianças do sexo feminino, quadro clínico bastante singular, acompanhado por hiperamonemia, tendo-o descrito como uma “Atrofia Cerebral Associada à Hiperamonemia”.

A condição por ele descrita somente passou a ser melhor conhecida após a publicação do trabalho de Hagberg e colaboradores (cit. por Schwartzmann) no qual foram descritas 35 meninas, e a partir do qual foi sugerido o epónimo de síndrome de Rett (SR). A presença da hiperamonemia não foi confirmada como um sinal habitual da síndrome.

Segundo Camargos e colaboradores (2005), a SR é uma encefalopatia infantil crônica lentamente progressiva. Evolui de maneira mais ou menos previsível em diferentes estágios.

Assumpção e Pimentel (2000) também escreveram sobre a SR e afirmam que os quadros de SR ocorrem preferencialmente no sexo feminino, sendo reconhecidos entre 5 e 30 meses e apresentando marcado déficit no desenvolvimento, com desaceleração do crescimento craniano, retardo intelectual marcado e forte associação com quadros convulsivos.

Camargos Jr e colaboradores (2005), sustentam que a SR pode ser reconhecida, quando típica, entre 6 e 18 meses de idade apresentando quadro clínico caracterizado por baixos padrões comunicacionais, uso das mãos e movimentos estereotipados em período de desenvolvimento normal. Gradativamente observa-se desaceleração do crescimento cefálico, anomalias de marcha (ataxia/apraxia) convulsões, padrões respiratórios irregulares e escoliose. Acomete indivíduos do sexo feminino (Olson, 1987; Perrot-Beaugerie, 1990; Percy; 1990, cit. por Camargos Jr et al., 2005) sendo ligada ao cromossoma X. Embora traços autísticos sejam presentes, constitui-se em quadro bem diverso no que se refere ao próprio quadro clínico bem como ao prognóstico e tratamento.

Morais (2012) refere Marques (2000) que explica que esta Síndrome tem uma etiologia genética pelo facto de afetar apenas pessoas do sexo feminino. É por este motivo e pelo seu padrão de défices que a SR diverge do Autismo. O autor explica que

o desenvolvimento da criança tem um início normal, só gradualmente vai ocorrendo a perda das capacidades adquiridas, comumente perto dos 2 anos de idade. Esta Síndrome tem em comum com o Autismo a perda de linguagem, fator que pode gerar confusão no diagnóstico. Existem contudo outros sinais característicos desta Síndrome que não estão presentes no autismo como é o caso do abrandamento de crescimento do perímetro craniano, a perda de habilidades motoras manuais anteriormente adquiridas e dificuldades na coordenação óculo manual.

De acordo com Araújo (2008, a característica essencial desta perturbação é o desenvolvimento de múltiplos défices específicos após um período de desenvolvimento normal depois do nascimento.

A menina parece saudável à nascença e desenvolve-se normalmente durante cerca de 6 meses. Entre os 6 e os 18 meses, o desenvolvimento mental e social regride. O crescimento craniano torna-se mais lento, refletindo a lentificação do desenvolvimento cerebral. Dependendo da idade em que a regressão se inicia, as capacidades específicas da linguagem, cognitivas e motoras (apontar, falar, brincar, andar) ou se perdem, ou não se desenvolvem. Os sintomas da Perturbação de Rett incluem a marcha instável; a ausência de linguagem; a ausência da utilização funcional das mãos; os movimentos estereotipados das mãos quase constantes, incluindo “torcer” repetidamente, “lavar”, dobrar, bater ou esfregar as mãos pela linha média; os défices cognitivos graves e a ausência de interação social típica.

Epidemiologia

Berganza e colaboradores (2011) explicaram que a SR é considerada como o processo mais comum dos transtornos neuro degenerativos da infância e um dos mais frequentes de este tipo nas meninas. É a única enfermidade mais comum entre as meninas com atraso mental severo, como condição progressiva na Suécia. Até 1986 tinham-se reconhecido 1000 casos aproximadamente em todo o mundo e a sua prevalência parece maior do que a de Fenilcetonúria. Em 1987 reportaram-se 1250 casos mundialmente e em 1990 tinham-se registado 1420 casos em todo o mundo. Estimou-se que pelo menos uma em 10 000 a uma em 15 000 meninas que nascem, desenvolverão a SR.

A prevalência da SR de acordo com critérios estritos estima-se em 1:15 000, embora tendo-se admitido diferentes formas do ponto de vista clínico, hoje estimam-se taxas de 1: 10 000.

A esperança de vida para estes pacientes está nos 28 anos com um raio desde os 11 aos 35. (Atienza, 2002)

De acordo com Hagberg e colaboradores (1983, cit. por Schwartzmann, 2003), admite-se, na atualidade, uma prevalência da doença estimada entre 1:10.000 e 1:15.000 meninas sendo uma das causas mais frequentes de deficiência mental severa que afeta o sexo feminino

Araújo (2008) menciona que a perturbação de Rett é relativamente rara (1:10000) e só se observa no género feminino.

A SR é constatada na clínica, como das causas genéticas principais de deficiência mental grave, com características autísticas na população feminina, atingindo uma prevalência média de 1\22.000 mulheres entre 2 e 18 anos e uma incidência de 1\ 10.000 crianças do sexo feminino, na população em geral. A Síndrome é encontrada em todos os continentes e etnia. (Camargos Jr et al, 2005)

Etiologia

No estudo de Berganza e colaboradores (2011) sobre esta Síndrome, também é referida a sua etiologia. Na atualidade não se sabe a etiologia da SR. Também não se identificou um marcador biológico. Por isto, o seu diagnóstico baseia-se em critérios exclusivamente clínicos. A hipótese preponderante sobre a sua etiologia é de que se trata de uma mutação dominante de um gene nuclear. Tal mutação está ligada ao cromossoma X e é letal para o zigoto masculino. Na maioria dos casos considera-se que as mutações são novas e esporádicas. Nenhuma paciente com SR procriou e não se sabe se é uma enfermidade genética única ou heterogénea.

São muito poucos os casos familiares que foram registados. Foram mencionados cerca de quatro a cinco casos entre meios-irmãos, irmãos e gémeos monozigóticos. A literatura propôs outras explicações etiopatogénicas, tais como infeções por vírus lento, intoxicação materna crónica e distúrbios da heterocromatização tardia da replicação do cromossoma X por mutação mitocondrial materna. No entanto, todas estas explicações tiveram menos evidência a seu favor. (Berganza et al., 2011)

Atualmente, a maioria dos investigadores sustentam de que se trata de uma alteração de crescimento neuronal (hologénese) de causa genética (Narbona, 1999 cit. por Atienza, 2002).

Camargos Jr e colaboradores (2005) dizem-nos ainda, que, a gestação, o parto e período perinatal podem ser inteiramente normais, o perímetro cefálico, peso, altura são todos parâmetros normais, ao nascer. O desenvolvimento psicomotor inicial no primeiro semestre também costuma ser normal, ou revelar apenas achados inespecíficos como uma discreta hipotonia muscular.

Ozonoff e colaboradores (2003) alertaram-nos ainda para o facto de que à medida que aprendemos mais sobre a SR, a sua relação com o Espetro do Autismo torna-se menos clara. É provável que no futuro estes estados não sejam tão associados ao autismo e venham a ser considerados perturbações neurodegenerativas diferentes.

Causas

Atienza (2002) refere Nomura e colaboradores (1990) que explicam que não existem antecedentes obstétricos perinatais que possa justificar a clínica. Para alguns investigadores, em todo o caso e através de avaliações retrospectivas, pode observar-se

Em alguns pacientes que apresentaram um leve défice em condutas antecipatórias ou que se mostraram como meninas excessivamente tranquilas. Existem mães que as definem como “diferentes”, embora não saibam precisar.

Não existem antecedentes obstétricos – perinatais que possam justificar a condição clínica. Para alguns investigadores, em todo caso e através de avaliações retrospectivas, algumas pacientes apresentaram um leve défice em condutas antecipatórias ou que se mostraram como meninas excessivamente tranquilas. As mães definem-nas como “diferentes”, embora sem saber especificar essa diferença. (Nomura y Cols, 1990, cit. por Atienza, 2002).

Apesar da grande investigação que se realiza a este nível, não existe nenhuma causa consistente para as PEA. A SR é a única do Espetro, cuja etiologia é conhecida como sendo a genética. Um estudo realizado em 1999 concluiu que, entre 90 e 95% das meninas com SR apresenta uma alteração no gene MECP2 do cromossoma X. (Araújo, 2008).

Fernandes (2011) afirma que, ainda que os progressos da genética permitam a descoberta de numerosos genes e uma terapia genética em tratamentos específicos, a SR

continua a ser um enigma desconcertante para os investigadores. De acordo com o autor todos os especialistas em genética estão convencidos que se trata de uma doença genética, mas é muito difícil demonstrar e sobretudo encontrar um fio condutor que permita análises moleculares de uma zona do genoma em relação a uma outra. É quase impossível explorar todo o genoma, sem uma prévia orientação em relação a uma determinada zona ou gene.

Diagnóstico

Percy (2008), afirma que o diagnóstico da SR baseia-se em critérios consensuais que foram revistos recentemente e são a base do diagnóstico clínico standardizado utilizado em todo o mundo.

Critérios diagnóstico da Síndrome de Rett

A. Todas as características seguintes:

- (1) desenvolvimento pré-natal e perinatal aparentemente normais;
- (2) desenvolvimento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros cinco meses após o nascimento;
- (3) perímetro craniano normal ao nascimento.

B. Após um período normal de desenvolvimento, aparecimento de todas as características seguintes:

- (1) desaceleração do crescimento craniano entre os 5 e os 48 meses;
- (2) perda de aptidões manuais intencionais, previamente adquiridas, entre os 5 e os 30 meses de idade, com subsequente desenvolvimento de movimentos manuais estereotipados (por exemplo, escrever ou lavar as mãos);
- (3) perda do envolvimento social no início da perturbação (ainda que muitas vezes a interação social se desenvolva mais tarde);
- (4) aparecimento de má coordenação da marcha ou dos movimentos do tronco;
- (5) incapacidade grave no desenvolvimento da linguagem recetiva – expressiva com grave atraso psicomotor. (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Texto Revisto (DSM-IV-TR), 2002).

Aproximadamente 85% das pacientes com SR cumprem este parâmetro. Os restantes 15% têm uma das variantes para as quais se elaboraram critérios de diagnóstico. (Percy, 2008)

Critérios de apoio (devem cumprir-se pelo cinco dos onze critérios de apoio):

- alterações da respiração
- ingestão de ar/- inchaço abdominal
- bruxismo (som áspero)
- marcha anormal
- escoliose / cifose

Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (PDSI)

Definição e Características

Mercadante, Schwartzman e Van der Gaag (2006) referem-se à Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (PDSI) como Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI). Segundo os autores, esta perturbação possui um histórico mais longo do que o autismo. Foi inicialmente descrita por Heller, em 1908. Heller relatou seis casos de crianças jovens que, após um desenvolvimento aparentemente normal nos primeiros três a quatro anos de vida, apresentaram uma perda muito grave das habilidades sociais e comunicativas.

Heller denominou a condição “*dementia infantilis*”. Essa definição é insatisfatória: primeiro, porque a condição não é comparável à demência, no sentido de que as características de perda de memória e de habilidades executivas não são proeminentes; e, em segundo lugar, porque nenhuma causa orgânica da trajetória do prejuízo pode ser encontrada.

No DSM-III, a Síndrome de Heller foi, pela primeira vez, introduzida num sistema de classificação psiquiátrica, incluída sob a categoria abrangente de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), pois a perda das habilidades sociais e comunicativas era muito proeminente. (Malhotra 2002, cit. por Berganza et al, 2011)

No entanto, o TDI não é caracterizado no seu curso pela deterioração continuada nem por nenhum progresso. Por outras palavras, após a regressão dramática no início, chega-se a um *status quo*, mas um tremendo impacto no desenvolvimento pode ser observado durante toda a vida. O TDI é uma condição extremamente rara. Fombonne revisou 32 pesquisas epidemiológicas sobre Autismo e TDI. (Fombonne, 2002 cit. por Berganza et al, 2011)

Braga (2010) sustenta que a PDSI é um estado muito raro que começa com um período de desenvolvimento normal e, posteriormente, resulta em graves défices das

capacidades cognitivas, de auto-ajuda, entre outras. A PDSI pode ocorrer em rapazes e em raparigas, mas é mais comum nos primeiros. Nesta perturbação ocorre uma regressão súbita e grave após pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal. Antes da regressão, a criança mostra um discurso, relações sociais, inteligência e capacidades de autoajuda normais. Ocorre então uma perda de capacidades, a criança isola-se, deixa de falar e perde aptidões motoras, cognitivas e de autocuidados, como o treino para usar a casa de banho.

Também Ferreira, I. (2011) caracteriza a PDSI citando Siegel (2008). A autora afirma que, em relação à PDSI, esta apresenta nas crianças um desenvolvimento normal mas que desenvolve a partir dos 5, 6 anos de idade, uma desintegração não explicada, desencadeando um atraso no desenvolvimento. Estas crianças perdem as capacidades sociais e comunicativas já adquiridas e os seus comportamentos tornam-se similares aos comportamentos autistas, embora com tendência a piorar ao longo dos anos.

Marques (2000, citado por Morais, 2012) refere, tal como os anteriores autores, que as crianças portadoras desta perturbação têm um desenvolvimento precoce normal, sendo este acompanhado de uma desintegração que não está explicada, ocorrendo esta durante os primeiros 5 anos de vida. Nesta desintegração ocorre a perda da linguagem, da necessidade e prazer de estabelecer contacto social, empobrecimento do contacto visual, bem como a perda de outras formas de comunicação não-verbal.

Diagnóstico

No seu estudo, Gadia, Tuchman e Rotta (2004) apresentam os critérios de diagnóstico para o TDI.

A. Desenvolvimento aparentemente normal até, pelo menos, os 2 primeiros anos de idade, manifestado pela presença de comunicação verbal e não-verbal, interação social, habilidade lúdica e comportamentos adaptativos apropriados.

B. Perda clinicamente significativa, antes dos 10 anos de idade, de habilidades previamente adquiridas em, pelo menos, duas das seguintes áreas:

- 1) linguagem expressiva ou recetiva
- 2) habilidades adaptativas ou sociais
- 3) controles esfínterianos
- 4) habilidade lúdica
- 5) habilidades motoras

C. Deficiências funcionais qualitativas em pelo menos duas das seguintes áreas:

- 1) interação social (uso de comunicação não-verbal, desenvolvimento de relações interpessoais, reciprocidade social ou emocional);
- 2) comunicação (desenvolvimento de linguagem, habilidade de iniciar ou manter conversação, uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático de linguagem, habilidade de brincar de forma variada e espontânea);
- 3) padrões de comportamento, atividades e interesses restritos, repetitivos e estereotipados, incluindo maneirismos motores e estereotipias.

D. Não há critérios suficientes para o diagnóstico de outro transtorno invasivo de desenvolvimento ou esquizofrenia.

Etiologia

A etiologia ainda é desconhecida. Portanto, é possível que o TDI esteja fadado a desaparecer como categoria quando os instrumentos diagnósticos tornarem possível determinar as causas genéticas, metabólicas ou infecciosas envolvidas nesses casos ainda inexplicados. Um relato de caso aponta para um possível vínculo genético com o autismo em um caso em que o autismo e o TDI ocorreram em dois meio-irmãos. (Zwaigenbaum et al, 2000 cit. por Mercadante et al, 2006).

Mercadante e colaboradores (2006) afirmam que não existe tratamento para TDI. Como as complicações neurológicas, especialmente a epilepsia, são comuns e essas crianças funcionam no nível de grave a profundo retardo mental, é necessário uma abordagem multidisciplinar. Os pais necessitarão de psicoeducação focada nessa condição. Na maioria das vezes, quando os pais de crianças com TDI aderem a associações de pais de crianças com autismo ficam extremamente desapontados, pois o progresso visto em outras crianças com transtornos do espectro do autismo não ocorre com seu filho.

Sabe-se pouco sobre o desfecho. O maior estudo de acompanhamento foi realizado por Mouridsen (1998), 19 em 39 casos pareados com controles autistas em um período de mais de 22 anos. Verificou-se que os indivíduos com TDI possuíam um funcionamento global pior, estavam mais ausentes e tiveram uma grande incidência de epilepsia como comorbidade. Isso confirma a noção de que o desfecho no TDI é pior do que nos transtornos do espectro autista em geral. (Mercadante et al 2006).

Prevalência

Segundo Mercadante e colaboradores (2006), a prevalência da estimativa total nesses estudos foi de 1,7 por 100.000 (Intervalo de Confiança 95%: 0,6-3,8 por 100.000). Os diagnósticos diferenciais incluem os transtornos metabólicos (exemplo: mucopolisacaroidose San Filippo) e condições neurológicas (exemplo: encefalite por vírus lento 16 ou epilepsia), ainda que, no último caso, a linguagem seja muito mais afetada do que nos relatos de casos de TDI. Deve também ser diferenciado do autismo em que se observa um desenvolvimento próximo do normal nos primeiros um ou dois anos em até 30% de todos os casos. (Davidovitch et al, 2000 cit. por Mercadante et al, 2006).

Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (PGDSOE)

Definição e Características

Segundo a APA (2002) referida por Braga (2010), a quinta e última categoria das perturbações globais do desenvolvimento é a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (PGDSOE). De acordo com o DSM-IV-TR, esta classificação é usada para as crianças que têm dificuldades em pelo menos dois dos três grupos de sintomas relacionados com o Autismo, nomeadamente clara dificuldade em se relacionarem com os outros, bem como problemas de comunicação ou comportamentos repetitivos; mas que não preenchem os critérios para qualquer outra das Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD). As crianças com PGDSOE têm comportamentos e dificuldades de tipo autístico, mas ou têm menos sintomas ou têm um padrão diferente dos outros estados da categoria das PGD. Por exemplo, uma criança pode receber o diagnóstico (Braga, 2010) de PGDSOE se manifestarem apenas quatro dos sintomas do DSM-IV-TR (excluindo-se, assim, a Perturbação Autística), manifestar atraso no início da linguagem (excluindo a Síndrome de Asperger) e não manifestar regressão do desenvolvimento (o que exclui tanto a Perturbação de Rett como a PDSI). (APA, 2002; Volkmar & Rutter, cit. por Ozonoff et al, 2003, referidos por Braga, 2010).

Karabekiroglu (2011), no seu estudo sobre TID, citando Szatmari e colaboradores., 2002, reconhece que crianças com TID variam em número e severidade de sintomas. No DSM-IV a categoria de diagnóstico dentro dos Transtornos Invasivos

de Desenvolvimento, que é chamado “Transtorno invasivo do desenvolvimento – sem outra especificação” (TID-SOE), define crianças com sintomas como interação social restrita, capacidades de comunicação verbal e não-verbal pobres, comportamentos rígidos ou estereotipados mas sem preencherem totalmente os critérios de diagnóstico para o Autismo.

Diagnóstico

Mercadante e colaboradores (2006) definiram o Transtorno Invasivo de Desenvolvimento - sem outra especificação (TID-SOE) como uma categoria diagnóstica de exclusão e não possui regras especificadas para sua aplicação. Alguém pode ser classificado como portador de TID-SOE se preencher critérios no domínio social e mais um dos dois outros domínios (comunicação ou comportamento). Além disso, é possível considerar a condição mesmo se a pessoa possuir menos do que seis sintomas no total (o mínimo requerido para o diagnóstico do Autismo), ou idade de início maior do que 36 meses.

Se o acordo entre os clínicos é alto para os diagnósticos de Autismo, o mesmo não é verdadeiro no caso do TID-SOE. (Gillberg 1992 cit. por Mercadante et. al, 2006).

Rebelo (2011), citando a APA (2004), afirma que a classificação de TID-SOE é usada em crianças com dificuldades em pelo menos dois dos três grupos de sintomas relacionados com o autismo, mas que não preencham os critérios para uma Perturbação Global do Desenvolvimento específica, Esquizofrenia, Perturbação Esquizotípica da Personalidade ou Perturbação Evitante da Personalidade.

De acordo com a DSM-IV-TR, esta categoria inclui o «autismo atípico», onde os casos não preenchem os critérios da Perturbação Autística, por uma idade de início mais tardia, um conjunto de sintomas atípicos ou uma sintomatologia subliminar ou por todos estes factos em conjunto. (Rebelo, 2011).

Karabekiroglu (2011) alerta para o facto de o diagnóstico de TDI – SOE não ter critérios específicos e ser muitas vezes visto como um diagnóstico abrangente para crianças que não se enquadram nos critérios de um transtorno invasivo de desenvolvimento específico. (Filipek et al., 1999, cit. por Karabekiroglu, 2011).

Karabekiroglu (2011) cita Tanguay (2004) que diz que a concordância de diagnóstico para TID-SOE é geralmente considerada fraca.

Neste estudo Karabekiroglu (2011) cita Walker e colaboradores (2004) que apresentaram uma forte evidência, tanto da literatura como do seu próprio estudo, que melhorar os critérios do DSM-IV para o TID-SOE pode ser bastante frustrante. Muitos dos sintomas de TID-SOE podem ocorrer em condições de não - Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, tais como déficit mental severo ou atraso da linguagem e podem estar presentes no historial de desenvolvimento semelhante. (Bishop et al., 2006, cit. por Karabekiroglu, 2011). Além disso, a apresentação clínica de TID-SOE pode parecer apresentar sintomas de Autismo de alto funcionamento, da SA, do transtorno de apego reativo, transtornos psicóticos e diagnósticos diferenciais podem ser bastante complicados.

Quatro critérios discriminaram autismo de TID-SOE de maneira efetiva: crianças com autismo demonstraram mais frequentemente padrões restritos de interesse, faltava-lhes a brincadeira do faz-de-conta, falharam no uso do comportamento não-verbal e o início da perturbação aconteceu mais cedo. Num outro estudo (Allen et al., 2001, cit. por Karabekiroglu, 2011), o grupo de TID-SOE (incluindo tanto crianças com baixo como com alto funcionamento) não se diferenciou significativamente do autismo ou de grupos não-TID nas medidas da linguagem ou de funcionamento adaptativo, mas mostrou menos comportamentos estereotipados restritos do que o grupo de autismo de alto funcionamento.

Estudos sobre a distinção entre a Perturbação Autista e o TID-SOE foram inconclusivos (Snow & Lecavalier, 2011, cit. por Karabekiroglu, 2011). Este campo necessita de mais estudos que examinem as diferenças do subtipo. Como a validade do diagnóstico de TID-SOE ainda está aberta a discussão e para explorar os fatores subjacentes propostos temos de destacar casos baseados numa avaliação clínica válida. Portanto, precisamos de investigar mais as características clínicas de crianças com TID-SOE que as distinguem de crianças com Autismo e outras condições não -TDI. Barkley (1990, cit. por Karabekiroglu, 2011) afirmou que é comum às crianças com TID-SOE ser-lhes feito um diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de atenção (PHDA).

Etiologia

Em relação à Etiologia, como o autismo as causas do TID-SOE são ainda desconhecidas.

Prevalência

Ainda que os estudos epidemiológicos tenham sugerido que o TID-SOE seja duas vezes mais comum do que o Transtorno Autista, essa categoria continua a ser investigada. Hoje em dia, diferentes categorias têm sido propostas, algumas baseadas no enfoque fenomenológico descritivo, outras baseadas em outras perspectivas teóricas, tais como a neuropsicologia.

2) Subcategorias propostas.

a) Propostas de categorias baseadas em descrição clínica.

i) Transtorno de desenvolvimento múltiplo e complexo.

(Mercadante et al, 2006)

Dados epidemiológicos sugerem que o TID-SOE é no mínimo duas vezes tão comum como o autismo na comunidade geral (Chakrabatri & Fombonne, 2001, cit. por Karabekiroglu, 2011)

Uma ou mais das seguintes condições podem levar a um diagnóstico de TID-SOE:

1 – início do transtorno depois dos 3 anos de idade.

2 – sintomas atípicos relacionados com os 12 critérios de autismo especificados no DSM –IV .

3- menos de 6 critérios e subliminares.

(Walker et al., 2004, cit. por Karabekiroglu, 2011)

Escalas de avaliação para crianças com PEA

A avaliação da criança autista é realizada, principalmente, ao nível comportamental, pois na atualidade ainda não existem marcadores físicos específicos para esta Perturbação. Deste modo, o diagnóstico baseia-se na forma como a criança se comporta, ou seja, na demonstração de comportamentos específicos. (Ferreira, A., 2011)

Perfil Psicoeducacional Revisto - PEP-R

No seu Guia Prático para o Autismo, Mello (2005) afirma que o método TEACCH utiliza uma avaliação chamada PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisto) para avaliar a criança, levando em conta os seus pontos fortes e suas maiores dificuldades, tornando possível um programa individualizado.

Um dos instrumentos de avaliação mais utilizados é o *Psycho Educacional Profiler* (PEP). O PEP é atualmente o teste avaliativo mais utilizado nas crianças com autismo. Este teste surgiu em 1979 nos Estados Unidos da América e a sua edição revista surgiu em 1988, sendo agora reconhecido por PEP-R. (Ferreira, A., 2011)

Segundo Soares (2009), um dos instrumentos de avaliação mais utilizados é o *Psycho Educacional Profiler*, conhecido por PEP. A sua revisão (PEP-R) surgiu devido à necessidade de responder à demanda de aplicação do teste em crianças pequenas, já que, a possibilidade de um diagnóstico cada vez mais precoce, origina que as próprias famílias procurem o acesso a um tratamento o quanto antes.

O PEP-R é um instrumento de avaliação que visa medir a idade de desenvolvimento das crianças com o Espectro do Autismo ou transtornos de comunicação. Este instrumento é composto por duas escalas: a primeira avalia o nível de desenvolvimento da criança e, a segunda, o nível de comportamento.

Soares (2009) explica que o PEP-R foi desenvolvido para a apreciação tanto das áreas de habilidade, quanto das deficitárias, uma vez que, os instrumentos tradicionais falhavam, talvez devido à pouca cooperação das crianças autistas em situações de teste, ou pela dificuldade da mesma em contactar com os examinadores, ou ainda, este último os compreender.

Ferreira, A. (2011) corrobora Soares (2009). O PEP-R foi desenvolvido para a apreciação tanto das áreas de habilidade, quanto das deficitárias, uma vez que, os instrumentos tradicionais falhavam, talvez devido há pouca cooperação das crianças autistas em situações de testagem (Pereira 2006, cit. por Ferreira, A., 2011)

Viviane de Leon realizou dois estudos semelhantes sobre o PEP-R: a sua tese de Mestrado (2002) e outro em parceria com Cleonice Bosa, Cristina Hugo e Claudio S. Hutz (2004).

Historicamente, crianças com autismo têm sido consideradas como “não-testáveis”, provavelmente pela pouca cooperação em situações de teste, seja pela dificuldade em estabelecer contato com o examinador, ou pela dificuldade deste último em compreendê-las. Tomando por base a necessidade de se considerar as peculiaridades do comportamento de indivíduos com autismo e as dificuldades de administração de instrumentos tradicionais nessa população foi desenvolvido o Perfil Psicoeducacional (PEP) como um instrumento referencial para a apreciação tanto das áreas de habilidade,

quanto das deficitárias, em crianças com Autismo ou com transtornos correlatos da comunicação. (Leon et al, 2004).

O PEP-R é composto por duas escalas. A primeira (de desenvolvimento) foi construída a partir de normas estabelecidas empiricamente, de acordo com a performance obtida em crianças norte-americanas, com desenvolvimento típico. A segunda (de comportamento) baseou-se no CARS (*Childhood Autism Rating Scale* de Schopler, Reichler e Renner, 1971) e nos critérios de Creak (1961). (Leon et al 2004).

O resultado da avaliação do PEP-R é classificado: conseguido, emergente e não conseguido. Desta forma, são determinadas as áreas fortes, emergentes e fracas da criança, consequentemente. O resultado emergente poderá e deverá originar a elaboração de um programa individualizado. Nesta perspectiva, os pais e os profissionais e técnicos que trabalham e contactam com a criança poderão descobrir como intervir, de que forma e quais as aprendizagens que a criança deverá adquirir. (Soares, 2009).

Nos estudos de Leon e colaboradores (2004) explicam que o PEP-R, ou perfil psicoeducacional revisado (Schopler, Reichler, Bashfod, Lansing e Marcus, 1990 cit. por Leon et al., 2004), é um instrumento de medida da idade de desenvolvimento de crianças com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação.

De acordo com o referido estudo, o PEP foi um instrumento concebido para identificar padrões de aprendizagem irregulares e idiossincráticos, destinando-se a crianças cuja faixa etária varia entre 1 e 12 anos. As dimensões avaliadas são: coordenação motora ampla, coordenação motora fina, coordenação visuo-motora, percepção, imitação, performance cognitiva e cognição verbal (escala de Desenvolvimento), e as áreas de relacionamento e afeto, brincar e interesse por materiais, respostas sensoriais e linguagem (escala de Comportamento). Para cada área, foi desenvolvida uma escala específica com tarefas a serem realizadas ou comportamentos a serem observados (Schopler et al., 1990 cit por Leon et al, 2004). Os itens da escala de Desenvolvimento do PEP foram selecionados a partir de atividades empiricamente estabelecidas, com base na população alvo. A amostra normativa foi selecionada em duas fases: a primeira em 1979, na primeira edição do PEP, e a segunda em 1988, desta vez já com a edição revista do instrumento (PEP-R).

O instrumento de avaliação em questão é usado numa população alvo dos 1 aos 12 anos e, segundo Schopler (1994, cit. por Soares, 2009), esta escala dá-nos informações ao nível de desenvolvimento da criança em diferentes áreas, tais como:

coordenação motora ampla e fina, coordenação visuo-motora, percepção, imitação, performance cognitiva e cognição verbal. A escala de comportamento avalia as áreas de relacionamento e afeto, o brincar e interesse pelos materiais, as respostas sensoriais e a linguagem.

Dos 1 aos 12 anos a criança autista é avaliada com o PEP-R e, a partir desta idade, usualmente, utiliza-se o AAPEP – Adolescents and Adults Psycho Educacional Profile, com o objetivo de avaliar as aptidões funcionais nos domínios da imitação, percepção, motricidade fina, motricidade global, integração mão-olhar, desempenho cognitivo e linguagem. (Pereira, 2006, cit. por Soares, 2009).

O PEP-R é um instrumento de avaliação que visa medir a idade de desenvolvimento das crianças com o Espectro do Autismo ou transtornos de comunicação. Aplica-se a crianças com idades cronológicas de 6 meses a 12 anos e de nível educativo pré-escolar. Este instrumento é composto por duas escalas: a primeira avalia o desenvolvimento funcional nas áreas de : imitação, percepção, motricidade fina, motricidade global, integração óculo-manual, competências cognitivas e capacidade de cognição verbal. A segunda identifica o grau de perturbação nas áreas de: relação, cooperação e interesse pelos outros, jogos e interesses materiais, modalidades sensitivas, linguagem e afeto. (Marques, 2000, cit. por Ferreira, A., 2011).

A versão revista, PEP-R, foi desenvolvida quase uma década após a versão original e buscou responder à demanda de aplicação do teste em crianças pequenas. Perante a possibilidade de diagnóstico precoce, cada vez mais cedo as famílias têm tido acesso a tratamento. Dessa forma, foram adicionados itens para crianças com faixa etária abaixo de dois anos e meio. Além disso, as áreas relativas às escalas de comportamento foram modificadas para satisfazer a atual definição de Autismo, suprimindo-se, por exemplo, o termo “psicose”. Esse termo, frequentemente usado na década de 1970 para referir-se ao Autismo, caiu em desuso, em função dos critérios atuais de definição e classificação do Autismo no DSM-IV e no CID-10.(Leon et al, 2004).

De acordo com Ferreira, A. (2011), o resultado da avaliação do PEP-R é classificado como: conseguido, emergente e não conseguido. Desta forma, são determinadas as áreas fortes, emergentes e fracas da criança, consequentemente. O resultado emergente poderá e deverá originar a elaboração de um programa individualizado

O perfil de desenvolvimento obtido é então utilizado no planeamento educacional, principalmente em relação ao Modelo de Intervenção TEACCH. (Soares, 2009; Leon et al, 2004).

Este instrumento surgiu em função da necessidade de identificar padrões irregulares de aprendizagem, visando a subsequente elaboração do planeamento psicoeducacional, segundo os princípios do Modelo TEACCH. (Leon et al, 2004).

Childhood Autism Rating Scale - CARS

Já o Childhood Autism Rating Scale – CARS, é uma das escalas mais utilizadas em estudos internacionais. Esta escala foi desenvolvida por Schopler, Reichler, Renner em 1988. Este instrumento pode ser aplicado em todas as idades. (Gaino, 2004)

Este instrumento baseia-se na observação direta da criança autista no que diz respeito às relações sociais, respostas emocionais, imitação, utilização do corpo e dos objetos, comunicação verbal e não-verbal, respostas visuais e auditivas, adaptação à mudança, nível de atividade e funcionamento intelectual. A aplicação deste instrumento envolve três categorias: o não autismo, o autismo ligeiro/ moderado e o autismo severo. A soma total dos pontos varia entre um potencial de zero (sem características de autismo) a 60 (todas as características graves preenchidas) (Ferreira, A, 2011; Soares, 2009)

De acordo com Soares (2009), um outro instrumento de avaliação é a Childhood Autism Rating Scale, designada por Escala CARS e esta usa uma escala de gravidade em quatro pontos (défice ausente, leve, moderado ou grave) para cada um dos catorze comportamentos descritos. A soma total dos pontos varia entre um potencial de zero (sem características de autismo) a 60 (todas as características graves preenchidas).

Gaino (2004), também estudou esta escala. Esta propõe a avaliação do comportamento, com a finalidade de identificar crianças com autismo e distingui-las das crianças com outras desordens de desenvolvimento. Além disso, distingue os graus de autismo, do mais severo ao mais leve. Pode ser utilizada por clínicos e educadores e permite o reconhecimento e a classificação de crianças autistas. Avalia o relacionamento inter-pessoal, imitação, resposta emocional, expressão corporal, uso do objeto, adaptação a mudanças, uso do olhar, uso da audição, uso do paladar, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não-verbal, atividade, grau de consistência das respostas, da inteligência e impressão geral. Após observar a criança e

ter examinado as informações relevantes dos relatórios dos pais e outros registros, o examinador avalia a criança em cada área. Usando uma escala de pontuação, indica o grau em que o comportamento da criança desvia do de uma criança normal da mesma idade.

Autism Behavior Checklist - ABC

Um dos instrumentos mais utilizado para detecção e avaliação precoce dos Transtornos do Espectro Autístico é o *Autism Behavior Checklist - ABC* (Krug; Arick; Almond, 1980, cit. por Gaino, 2004). O ABC é aplicado em crianças acima de 3 anos.

O Autism Behavior Checklist - ABC, foi uma escala desenvolvida por Krug, Arick, Almond em 1980. A sua aplicação e validação deu-se em quase todos os estados dos Estados Unidos da América em 1993, tendo sido validado também em outros países.

Esta escala de comportamentos não adaptativos foi desenvolvida para triar e indicar a gravidade do autismo apresentado pela criança. A Escala de Comportamentos Autísticos contém 57 comportamentos atípicos característicos do quadro de autismo. Estes comportamentos estão dispostos num protocolo de registo, contemplando cinco áreas: estímulo sensorial, relacionamento, uso do corpo e de objetos, linguagem e desenvolvimento pessoal e social. A pontuação máxima que pode ser atingida é de 158 pontos e quando a soma atinge 68 ou mais, a criança é classificada como autista (Krug; Arick; Almond, 1980, 1993, cit. por Gaino, 2004).

Na área de estímulo sensorial, composta por 9 questões, a pontuação máxima é de 26 pontos; a área de relacionamento, composta por 12 questões, tem a pontuação máxima de 38 pontos; as 12 questões referentes ao corpo e uso de objeto, podem atingir a pontuação máxima de 38 pontos; na área da linguagem, a avaliação é feita por meio de 13 questões, que podem atingir a pontuação máxima de 31 pontos, e as questões relacionadas à ajuda pessoal e social, têm a pontuação máxima de 25 pontos (Marteleto, 2003, cit. por Gaino, 2004). Luteijn e colaboradores. (2000, cit. por Gaino, 2004) afirmam que diversos estudos vêm utilizando o ABC como um instrumento de comparação para fazer a validação de outros instrumentos diagnósticos e também para avaliar a melhoria ou piora nos comportamentos não adaptativos das crianças com autismo, após terem sido medicadas. Segundo os autores, diversos pesquisadores têm avaliado crianças que apresentam alterações genéticas, neurológicas e congénitas com o

ABC, para verificar a co-ocorrência de sintomas autísticos quando existem estas alterações orgânicas.

Checklist for Autism in Toddlers - CHAT

No seu estudo, Gaino (2004) também apresentou o CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) (Baroncohen; Allen; Gillberg, 1992) é outro instrumento utilizado para diagnóstico de Autismo. Este pode ser utilizado em crianças com a idade entre 1 ano e 5 meses e 3 anos. É um instrumento de verificação que foi proposto para testar a predisposição de crianças que não exibem atenção compartilhada e intenção de jogo na idade de 18 meses, e que estão no grupo de risco para o diagnóstico de autismo. As perguntas devem ser respondidas com SIM ou NÃO. As nove perguntas da secção A, deverão ser respondidas pelo pai ou responsável e as cinco perguntas da secção B, pelo observador. Há cinco questões chaves, na seção A, que estão relacionadas com a atenção compartilhada e intenção de jogo. As questões chaves, na secção B, foram incluídas a fim de validar as respostas dos pais às questões da seção A. As questões restantes fornecem informações adicionais, para distinção entre um perfil específico de autismo e um de transtorno global de desenvolvimento (Baron-Cohen, Cox; Baird, 1996, cit. por Gaino, 2004).

Segundo Lovaas (1993, cit. por Gaino, 2004), o CHAT foi projetado para ser administrado por todos os profissionais da área de saúde infantil. Como ferramenta de seleção, é adequada a sua aplicação a crianças a partir dos 18 meses. Para o autor, trata-se de uma ferramenta de seleção para uso clínico muito útil, especialmente pela eficácia demonstrada em termos de intervenção precoce. Uma extensão do CHAT foi elaborada por Baron-Cohen et al. em 2000. (Gaino, 2004).

Trata-se de um instrumento de formato simples, composto de 23 itens (aos quais se responde sim ou não), que pode ser utilizado com todas as crianças durante as visitas pediátricas. Considera principalmente as respostas dadas pelos pais sobre as habilidades e comportamentos da criança. Os pais podem preenchê-lo na sala de espera, não requerendo a administração de um médico.

Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS

Gaino (2004) mencionou uma outra escala: o Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic - ADOS-G (Lord et al., 2000), aplicado em crianças a partir de 2

anos até adultos, e o Autism Diagnostic Interview, Revised - ADI-R (Lord; Rutter; Le Couteur, 1994) cuja aplicação pode ser realizada em crianças e adultos acima de 18 meses de idade mental.

Segundo Baird e colaboradores (2001, cit. por Gaino, 2004), vários profissionais, entre os quais médicos, educadores especiais, psicólogos escolares e fonoaudiólogos, que possuam diagnósticos similares, como a Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS (Lord et al., 1989) e o Pré- Linguistic Autism Diagnostic Observation Scale - PL-ADOS (DiLavoré; Lord; Rutter, 1995, cit. por Gaino, 2004). O ADOS, que foi apresentado no final dos anos 80, é um método standardizado de observação direta do comportamento social, da comunicação e o brincar de crianças muito pequenas a adultos. As crianças podem ser desde aquelas que não apresentam nenhum discurso até as fluentes, e os adultos devem ser verbalmente fluentes.

O ADOS foi proposto como complementação do Autism Diagnostic Interview – ADI (Le Couteur et al., 1989, cit. por Gaino, 2004) uma entrevista para pais, baseada na história, no ritmo de desenvolvimento e na descrição do desenvolvimento, nas áreas que são diretamente afetadas no caso de autismo. Dois fatores foram determinantes para a modificação do ADOS e do ADI originais e que resultaram também na criação do PL-ADOS. Um fator foi o crescimento do interesse em utilizar os instrumentos em settings clínicos, e o outro fator foi a participação dos autores dos mesmos num estudo longitudinal, com crianças com possibilidade de terem Autismo e que haviam sido identificadas por volta dos dois anos de idade. O ADOS é dividido em quatro módulos e cada um requer de 35 a 40 minutos para ser aplicado. Normalmente somente um dos módulos é aplicado, e a escolha vai depender do indivíduo que está sendo avaliado, da sua capacidade de expressão, de comunicação e da idade cronológica. A nova escala também consiste em quatro módulos, sendo cada um apropriado para os níveis diferentes de desenvolvimento geral e de linguagem, no que diz respeito à expressão, recepção, uso de palavras, fluência e aspetos do desenvolvimento da linguagem complexa nos adultos. Apenas um dos módulos, que dura aproximadamente 30 minutos, é administrado individualmente para atribuição de pontos. O uso do ADOS-G está diretamente relacionado com a habilidade do examinador, pois requer treino para administrar as atividades, fazer a contagem dos pontos e a observação.

Autism Diagnostic Interview - ADI

O Autism Diagnostic Interview-Revised - ADI-R é uma versão modificada do ADI, uma entrevista padronizada, semi-estruturada e baseada no desenvolvimento infantil e nos critérios do DSM-IV e da CID-10 e que já foi validado em diversos países. Um dos objetivos desta entrevista é separar os desvios qualitativos dos atrasos de desenvolvimento, por isso muitas das questões estão concentradas no período de desenvolvimento entre 4 e 5 anos, quando certas características importantes para o diagnóstico são vistas como sendo mais evidentes. Ao todo são 93 itens divididos em cinco partes: questões iniciais, questões sobre a comunicação (anterior e atual), sobre o desenvolvimento social e do brincar (anterior e atual), questões sobre comportamentos restritos e repetitivos e um reduzido número de questões sobre problemas gerais de comportamento. As questões abrangem o comportamento geral, os comportamentos específicos, a relação familiar, a escolaridade, os diagnósticos feitos anteriormente, o uso de medicamentos, o ritmo do desenvolvimento e seus marcos, a aquisição ou a perda da linguagem ou de outras habilidades, o funcionamento atual da linguagem e da comunicação, o desenvolvimento social, interesses e comportamentos clínicos relevantes (tais como a agressividade, a autoagressão e a presença de epilepsia). As respostas do informador e os registos do entrevistador são organizados seguindo-se procedimentos altamente padronizados. Há a necessidade de uma preparação adequada para a utilização da entrevista, o que torna possível realizá-la em aproximadamente 1 hora e meia, com o(s) pai(s) de uma criança de 3 ou 4 anos. (Gaino, 2004).

No caso de crianças mais velhas, a entrevista pode demorar um pouco mais de tempo (Rutter; Taylor; Hersov, 1994, cit. por Gaino, 2004). Os resultados são marcados e interpretados usando um referencial diagnóstico, um referencial atual do comportamento, ou ambos, dependendo da finalidade da avaliação (Rutter; Taylor; Hersov, 1994, cit. por Gaino, 2004).

Estes são alguns dos instrumentos e escalas existentes e que buscam alcançar um diagnóstico mais efetivo dos Transtornos do Espectro Autístico, avaliando os mais diversos aspetos do desenvolvimento, desde as idades mais precoces. Poucos são utilizados no Brasil e a validação de instrumentos e escalas para triagem e diagnóstico desses transtornos é algo ainda escasso, requerendo acesso à literatura internacional.

Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação - SAAC

Segundo Tetzchner e Martinsen (2002), comunicação aumentativa e alternativa é qualquer forma de comunicação diferente da fala e usada por um indivíduo em contextos de comunicação frente a frente. Consideram-se formas alternativas de comunicação os signos gestuais e gráficos, o código Morse, a escrita, entre outros.

Segundo Ferreira e colaboradores (1999, cit. por Teixeira, 2011), um Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação (SAAC) consiste num conjunto integrado de técnicas, ajudas, estratégias e capacidades que a pessoa com dificuldades de comunicação dispõe para comunicar.

Neste sentido, o sistema de um indivíduo poderá incluir um conjunto integrado de componentes que incluem gestos, expressões faciais, fala e outras formas de vocalização, ajudas para a conversação e escrita, assim como estratégias específicas e capacidades que permitam a utilização destes estilos com sucesso, numa pluralidade de contextos comunicativos.

O SAAC deve melhorar a vida quotidiana da pessoa que o utiliza e levá-la a sentir-se mais autónoma e mais apta a dominar os problemas da vida. Por esse motivo, a escolha do sistema de comunicação deve fazer-se com base na situação global da cada pessoa. (Tetzchner & Martinsen, 2002).

Distintos da linguagem, estes sistemas de comunicação, caracterizam-se geralmente, por se organizarem em torno de elementos não-verbais que se adquirem partindo de uma aprendizagem formal, sendo que, nos são definidos por Tetzchner e Martinsen (2002) da seguinte forma:

- Signos gestuais: que incluem a língua gestual e outros signos realizados com as mãos;
- Signos gráficos: que incluem todos os signos produzidos graficamente (Bliss, SPS, PIC, Rebus);
- Signos Tangíveis: que geralmente são de madeira ou plástico (ex: fichas Premack). Alguns destes símbolos são utilizados para cegos ou pessoas com deficiência visual e também podem ser designados por “símbolos tácteis”, também feitos em madeira ou plástico, com texturas e formas diferentes.

Segundo Teixeira (2011), o objetivo dos SAAC passa pelo desenvolvimento e/ou recuperação da capacidade de comunicação, o que pode por um lado, contribuir para melhorar a autoestima e a qualidade de vida dos indivíduos com dificuldades de

comunicação, e por outro, facilitar no caso das crianças, a aprendizagem da leitura e da escrita.

Tipos de sistemas

Segundo Lloyd e Karlan (1984, cit. por Teixeira, 2011), os Sistemas Aumentativos de Comunicação dividem-se em dois grandes grupos:

- Sistemas de Comunicação Sem ajuda
- Sistemas de Comunicação Com Ajuda

Na opinião de Tetzchner e Martinsen (2002) a distinção entre comunicação com ajuda e sem ajuda, faz referência a formas de comunicação alternativa e definem-se da seguinte forma:

Comunicação com ajuda: inclui todas as formas de comunicação em que a expressão da linguagem exige o uso de qualquer instrumento exterior ao utilizador e em que é necessária a seleção de símbolos. Como exemplos desta categoria de comunicação temos as tabelas de comunicação, os dispositivos com fala digitalizada, os computadores e outros tipos de tecnologias de apoio para a comunicação. Estes sistemas de comunicação com ajuda podem ainda agrupar-se em várias categorias:

- Sistemas de comunicação por objetos: constituídos por objetos de tamanho natural, miniaturas ou partes de objetos, usados como símbolos de comunicação;
- Sistemas de Comunicação por Imagens: incluem principalmente imagens tais como fotografias e desenhos lineares.
- Sistemas de Comunicação através de Símbolos Gráficos (Sistemas Gráficos): Pic; SPC; Rebus; Bliss; Sigsymbols; Picsyms; Oakland
- Sistemas Combinados (utilizando símbolos gráficos e manuais): Makaton
- Sistemas com Base na Escrita: Par-le-silab; Alfabeto; Palavras; Frases
- Sistemas de Comunicação por Linguagens codificadas: Morse; Braille

No que diz respeito à Comunicação sem ajuda, esta engloba formas de comunicação através das quais, quem comunica tem de criar as suas próprias expressões da linguagem, sendo necessária a produção de signos. Como exemplo mais comum temos os signos gestuais, embora o código Morse também faça parte desta categoria, assim como os gestos de uso comum e o alfabeto manual. É o corpo de quem comunica que vai funcionar como o veículo transmissor daquilo que se pretende comunicar. (Teixeira, A., 2011)

De acordo com Gonçalves, M. (2011), a fala é a forma de expressão mais utilizada pelas pessoas para comunicar, no entanto, existem adultos, jovens e crianças que por várias razões estão impedidos de comunicar através da fala.

Os Sistemas Alternativos e Aumentativos de Comunicação podem ser definidos, de acordo com Ferreira, Ponte e Azevedo (1999, cit. por Gonçalves, M., 2011) como um conjunto integrado de técnicas, ajudas, estratégias e capacidades que a pessoa com dificuldades de comunicação usa para comunicar. Para estes autores a Comunicação Alternativa e Aumentativa é todo o tipo de comunicação que aumente ou suplante a fala. Implica o uso de formas não faladas para complementar ou suprimir a fala, no entanto, existem distinções entre a Comunicação Alternativa e Aumentativa.

“A Comunicação Alternativa é qualquer forma de comunicação diferente da fala e usada por um indivíduo em contextos de comunicação frente a frente (...). Comunicação Aumentativa significa comunicação complementar ou de apoio. A palavra “aumentativa” sublinha o facto de o ensino das formas alternativas de comunicação ter um duplo objetivo: promover e apoiar a fala e garantir uma forma de comunicação alternativa se a pessoa não aprender a falar” (Tetzchner & Martinsen, 2002, p.22).

Para Ferreira, Ponte e Azevedo (1999, cit. por Gonçalves, 2011) a comunicação aumentativa é considerada um meio facilitador do desenvolvimento da linguagem, das competências cognitivas e de comunicação.

A Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) pode ser usada numa perspetiva de curto ou de longo prazo. Para algumas pessoas a necessidade de utilizar uma forma de comunicação aumentativa ou alternativa é transitória, podendo ser usada apenas durante um determinado período de tempo. Outras pessoas podem necessitar da CAA como um recurso para toda a vida. (Tetzchner & Martinsen, 2002).

Sistema de comunicação PIC (Pictogram Ideogram Communication)

O Sistema de Comunicação PIC (Pictogram Ideogram Communication) é designado em Português por Pictogramas. Teve a sua origem no Canadá, sendo concebido em 1980 por um Terapeuta da Fala, Subhas Maraj.

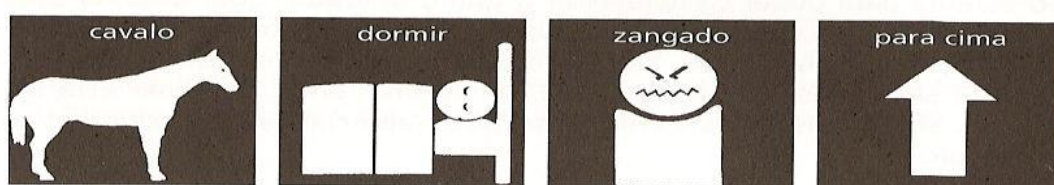


Figura 1: signos PIC

As imagens são figuras estilizadas, desenhadas a branco sobre fundo negro.

Foram feitas investigações sobre as vantagens deste sistema, onde se valorizava o efeito facilitador do fundo negro em indivíduos com problemas de percepção visual.

Este sistema apresenta como principal desvantagem o facto de os símbolos terem um pequeno grau de flexibilidade para a formação de novos significados quando combinados entre si, e por serem muito difíceis de desenhar.

Sistema de Símbolos Pictográficos para a Comunicação - SPC

Os Símbolos Pictográficos para a Comunicação (SPC) são de origem americana (PCS- *Picture Communication Symbols*) e foram concebidos em 1981 por Roxana Mayer Jonhson, Terapeuta da Fala. Neste sistema a maior parte dos símbolos são iconográficos, contendo particularmente símbolos transparentes, desenhados com um traço negro sobre fundo branco.

O significado do símbolo está escrito na parte superior do mesmo, de forma a facilitar a compreensão dos interlocutores que desconhecem o sistema. Este sistema está traduzido em doze línguas diferentes, incluindo a Língua Portuguesa. Está disponível numa versão impressa e numa versão de programa de computador (Programa *Boardmaker*).

Segundo Gonçalves, M. (2011), o vocabulário do SPC é composto por três mil e duzentos símbolos agrupáveis em seis categorias gramaticais, sendo elas: pessoas, verbos, adjetivos, substantivos, diversos (artigos, conjunções, preposições, cores, entre outros), sociais (palavras facilitadoras da interação social). As categorias estão organizadas por cores segundo a chave de Fitzgerald, a qual passamos a descrever: As pessoas são representadas recorrendo à cor amarela; os verbos ao verde; os substantivos a laranja; os adjetivos a azul; os símbolos sociais a cor-de-rosa e a categoria diversos a branco/preto.

O facto de existir a versão em programa de computador traz vantagens, uma vez que permite procurar símbolos rapidamente e com eles construir tabelas de comunicação, jogos, cadernos de comunicação, etc.

Para Ferreira, Ponte e Azevedo (1999, cit. por Gonçalves, M., 2011) este sistema pode ser utilizado por pessoas que apresentem afasias, apraxias, PEA, atraso mental, paralisia cerebral, acidentes vasculares, condições pós-operatórias, entre outros.

Trata-se de um sistema em que a maior parte dos símbolos são iconográficos, contendo principalmente símbolos transparentes, desenhados com um traço negro a

cheio sobre fundo branco. O significado do símbolo, tal como nos outros sistemas está escrito na parte superior do mesmo para maior facilidade de compreensão nos interlocutores que não conhecem o sistema.

Com a finalidade de tornar o Sistema SPC uma ferramenta prática e útil no âmbito da criação de Ajudas para a Comunicação, os símbolos foram desenhados com o objetivo de serem facilmente apreendidos, apropriados para todos os níveis etários, facilmente diferenciados uns dos outros, simbolizarem as palavras e atos mais comuns usados na comunicação diária, serem facilmente agrupados em 6 categorias gramaticais, reproduzíveis numa impressora e fotocopiáveis, tornando-os pouco dispendiosos.

O vocabulário do sistema SPC está, então, como foi referido, agrupado em categorias gramaticais, sendo que esta opção pela divisão em categorias se deve ao facto de ser adequada à estruturação de frases simples quando os símbolos se encontram devidamente organizados. Essas categorias são as seguintes: Substantivos; Verbos; Adjetivos – sobretudo adjetivos e alguns advérbios; Pessoas – incluindo pronomes pessoais; Sociais – palavras facilitadoras da interação social. Inclui palavras para cumprimentar, algumas expressões de prazer ou repulsa, e outras palavras ou expressões apropriadas ao indivíduo; Diversos – sobretudo artigos, conjunções, preposições, cores, tempo, alfabeto, números e outras palavras abstratas.

Assim, de acordo com Ferreira e colaboradores (1999, cit. por Teixeira, 2011) este sistema possui a particularidade de apresentar temas em áreas, como a religião, sexualidade, computadores, lazer, etc, proporcionando ainda diferentes tipos de caras ou cabeças para facilitar a simbolização de indivíduos em particular.

Recomenda-se ainda a utilização de chave de cores de Fitzgerald que são as seguintes:

Substantivos (laranja); verbos (verde); adjetivos (azul); pessoas (amarelo); sociais (rosa) e diversos (branco)

O SPC é, segundo Tetzchner e Martinsen (2002), apropriado para ser utilizado, tanto por pessoas cujas necessidades comunicativas sejam equivalentes a um nível de linguagem simples (necessitando de um vocabulário limitado e de estruturar frases relativamente curtas) como por pessoas com um elevado nível de linguagem (que necessitam de utilizar uma gama de vocabulário muito vasta, com possibilidades de estruturar frases de maior complexidade). Pode assim considerar-se o SPC como um

sistema flexível que pode evoluir, ajustando-se ao grau de necessidades comunicativas do seu utilizador.

Sistema de símbolos BLISS

No seu estudo, Gonçalves, M. (2011), afirmou que o Sistema de Comunicação BLISS, foi estudado e criado por Charles Bliss, tendo sido criado como objetivo de ser utilizado como Sistema de Comunicação Internacional. Este sistema é constituído por um determinado número de formas básicas, de natureza pictográfica e ideográfica, como se verifica na figura.



Figura 2: Signos BLISS

Segundo Gonçalves, M. (2011), este sistema é considerado adequado a indivíduos que embora não estejam bem preparados na ortografia tradicional, possuem potencial para aprender e desenvolver um extenso vocabulário.

Os signos BLISS foram o primeiro sistema gráfico a ser usado em vários países, mas parece existir um decréscimo acentuado na sua utilização na Europa e na América do Norte. Uma das razões que levou a esse decréscimo foi o facto destes signos serem demasiado difíceis de serem compreendidos por alguns utilizadores (Tetzchner & Martinsen, 2002).

O sistema PECS (Picture Exchange Communication System)

O PECS (*Picture Exchange Communication System*) é um Sistema de Comunicação Aumentativo e Alternativo baseado na troca funcional de figuras. Este sistema foi desenvolvido nos Estados Unidos, por volta dos anos 80, por Lori Frost e por Andrew Bondy no Delaware Autistic Program (Telmo, 2006, cit. por Gonçalves, M., 2011). Os seus autores descrevem o PECS como um manual de Comunicação Alternativa adaptado, principalmente, para pessoas com dificuldades severas de comunicação (por exemplo: crianças que não usam a fala para comunicar, ou que usam mas com limitada eficácia; sujeitos com falta de iniciativa comunicativa, ou que têm poucos parceiros de comunicação, etc.). Os alunos com PEA enquadram-se neste

grupo de pessoas, dadas as suas dificuldades de comunicação. O objetivo final da utilização do PECS é ajudar essas pessoas a desenvolverem competências comunicativas que lhes permitam comunicar eficazmente, promovendo a espontaneidade e a autonomia no seio de uma comunicação funcional.

O PECS foi, inicialmente, utilizado com crianças com PEA de cinco ou menos anos de idade que não comunicavam oralmente até à entrada na escola (Bondy & Frosty, 1994, cit. por Gonçalves, M., 2011).

O PECS proporciona situações de aprendizagem, nas quais a criança inicia o pedido partindo de uma figura e a persiste na comunicação até que o parceiro responda (Ozonoff, et al., 2003). Inicialmente, os resultados tangíveis obtidos pelos pedidos são mais motivadores para estas crianças do que os resultados sociais (Frost & Bondy, 2001, cit. por Lund & Troha, 2007, cit. por Gonçalves, M., 2011). Com efeito, acaba por ser gratificante para a criança ver satisfeitas as suas necessidades e desejos através da comunicação.

É um sistema bastante pormenorizado e intuitivo e estabelece um processo de ensino passo-a-passo muito claro (Frost & Bondy, 2001, cit. Lund & Troha, 2007, cit. por Gonçalves, M., 2011) e estruturado em seis fases. Neste sentido, pretende desenvolver essencialmente a iniciativa comunicativa, bem como a espontaneidade e a autonomia na comunicação funcional.

Na fase inicial a criança necessita de dois adultos que constituem um contexto social e que vão simultaneamente provocar e moldar os gestos de comunicação da criança. Antes de se iniciar o PECS é necessário fazer uma avaliação inicial entendida como uma procura para averiguar quais as preferências da criança. Estas preferências podem estar relacionadas com a alimentação ou com outro tipo de itens e são chamados de reforços. O uso de reforços que a criança realmente valoriza é vital para o sucesso das primeiras fases do programa (Telmo, 2006). Os reforços podem ser apresentados através de símbolos, organizados de maneira a poderem ser utilizados frequentemente (Telmo, 2006).

Inicialmente deve ser disponibilizado um conjunto de símbolos, que podem ser desenhos lineares a preto e branco ou a cores, ou fotografias reais, sendo que estas imagens devem ser concretas e representativas do mundo real da criança que o vai utilizar (McCauley & Fey, 2006, cit. por Gonçalves, M., 2011).

Nas primeiras duas fases do programa é necessário um parceiro comunicativo e vários tipos de induções físicas efetuadas com a ajuda de um coterapeuta. As induções físicas são feitas tendo em conta o nível de desenvolvimento em que a criança se encontra. As ajudas físicas vão diminuindo ao longo do tempo para promover uma comunicação mais espontânea (Telmo, 2006).

A utilização do PECS não exige pré-requisitos, embora seja importante a criança ter capacidade motora para pegar na figura e entregá-la ao parceiro de comunicação. O sistema PECS procura desenvolver na criança a capacidade de iniciar o ato comunicativo e de ser espontânea no processo comunicativo. Estes aspetos têm sido frequentemente relatados como problemáticos em indivíduos com PEA. Num contexto social, deseja-se que, a criança/jovem tome a iniciativa do ato comunicativo, a fim de poder obter um determinado resultado desejado por ela. O uso PECS ensina o indivíduo a abordar o parceiro comunicativo e a fazer-lhe um pedido através de um símbolo. Os símbolos podem ser muito parecidos com os seus referentes e assim, podem ser facilmente reconhecidos pelo aluno (Ganz & Simpson, 2004, cit. por Gonçalves, M., 2011).

O sistema desenvolve-se através de seis fases sequenciais, sendo que cada uma delas é composta por objetivos específicos, que exigem uma organização ambiental, instruções e procedimentos de treino específico. As primeiras quatro fases focam-se em ensinar a criança a usar os símbolos para formular pedidos, mas as duas fases finais procuram expandir as razões pelas quais as crianças comunicam com os seus parceiros. O sistema PECS pode ser aplicado de forma individual ou em grupo. A introdução de fases é feita à medida que a criança vai progredindo no seu desenvolvimento.

Este sistema de comunicação (PECS) parece exigir menos competências cognitivas, linguísticas ou de memória, já que as figuras ou símbolos que são usados no processo comunicativo refletem as necessidades e /ou interesses individuais da criança/jovem. Assim, o PECS é um sistema relativamente fácil de aprender por parte da criança e, também não exige muitos recursos materiais. Este é um sistema de comunicação aumentativa fácil de usar por terapeutas, professores e pais, e que não requer treino altamente técnico ou equipamento de alto custo. Outro aspeto favorável à sua utilização é que incute elevados índices de motivação nas crianças, pelo que elas aderem facilmente ao seu uso. A criança para obter o (s) item (s) que deseja tem de tomar a iniciativa de dar algo em troca ao seu parceiro comunicativo, neste caso um

cartão com uma imagem. O sistema PECS tem a preocupação de ir ao encontro daquilo que mais interessa às crianças (Bondy & Frost, 1994, cit. por Gonçalves, M., 2011).

Mello (2005), no seu guia prático para o Autismo também estudou o sistema PECS. Segundo Mello (2005), este sistema foi criado para auxiliar crianças ou adultos com Perturbação Autística e outros distúrbios de desenvolvimento a alcançar habilidades de comunicação. Este é usado em pessoas/crianças que não comunicam, ou naquelas que comunicam pouco (Mello, 2005, p.39).

Esta técnica baseia-se na aplicação sequencial de 6 passos.

“O PECS visa ajudar a criança a perceber que através da comunicação ela pode conseguir muito mais rapidamente as coisas que deseja, estimulando-a assim a comunicar-se, e muito provavelmente a diminuir drasticamente problemas de conduta.” (Mello 2005, p.39).

De acordo com Mello (2005), este sistema tem sido bem aceite, uma vez que não é caro, que pode ser aplicado em qualquer lugar, é fácil de aprender, e apresenta resultados positivos na comunicação através de cartões (para crianças/adultos que não falam) e na organização da linguagem verbal para quem fala ou para quem tem dificuldades.

Unidade de Ensino Estruturado (UEE) – Metodologia TEACCH

O Programa TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) foi criado em 1971 por Eric Schopler e seus colaboradores da Universidade de Chapel e Hill na Califórnia do Norte (Ferreira, 2011). Ferreira menciona Marques (2000) que afirma que este programa foi concebido para as crianças com PEA de todas as idades e tinha como objetivo principal que estas trabalhassem o mais autonomamente possível em casa, na escola ou no local de trabalho (Marques, 2000, citado por Ferreira, I. 2011). O modelo pretende também ensinar os pais destas crianças a lidar com elas essencialmente ao nível comportamental. (Ferreira, 2011).

De acordo com Lopes (2011), em 1972, o TEACCH foi legitimado pela legislação do estado da Carolina do Norte como o primeiro programa estadual nos EUA para atendimento vitalício às crianças autistas e deficiências na comunicação correlata e suas famílias (Schopler, Mesibov, Shigley, Bashford, 1984, cit. por Lopes, 2011).

Lopes (2011) cita ainda (Schopler & Van Bourgondien, 1991) que esclarecem que os objetivos da proposta de atendimento foram centrados em 4 pontos: (1) oferecer

ajuda e serviços para as crianças e suas famílias, (2) desenvolver pesquisa num contexto de ajuda e trabalho clínico (retorno à população estudada), (3) capacitar profissionais no contexto do serviço, (4) esclarecer e educar o público.

As UEE como resposta educativa aos alunos com PEA estão contempladas e definidas no Decreto-Lei 3/2008, onde se pode ler que para apoiar a adequação do processo de ensino e de aprendizagem podem as escolas ou agrupamentos de escolas desenvolver respostas específicas diferenciadas para alunos com perturbações do espectro do autismo e com multideficiência, designadamente através da criação de:

a) Unidades de Ensino Estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo;

Estas unidades são propostas por deliberação do conselho executivo, ouvido o conselho pedagógico, quando numa escola ou grupos de escolas limítrofes, o número de alunos o justificar e quando a natureza das respostas, dos equipamentos específicos e das especializações profissionais, justifiquem a sua concentração. No mesmo decreto pode ler-se ainda:

“6 — As crianças e jovens com perturbações do espectro do autismo podem matricular -se e frequentar escolas com unidades de ensino estruturado a que se refere alínea a) do n.º 3 do artigo 4.º independentemente da sua área de residência.”

Especificamente sobre as UEE para a educação de alunos com PEA o Decreto-Lei 3/2008 diz que:

“1 — As unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida em escolas ou agrupamentos de escolas que concentrem grupos de alunos que manifestem perturbações enquadráveis nesta problemática.

2 — A organização da resposta educativa para alunos com perturbações do espectro do autismo deve ser determinada pelo grau de severidade, nível de desenvolvimento cognitivo, linguístico e social, nível de ensino e pela idade dos alunos.” (Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro 2008, p.161).

Segundo o Decreto- Lei 3/2008, os objetivos das unidades de ensino estruturado são:

a) Promover a participação dos alunos com perturbações do espectro do autismo nas atividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem;

b) Implementar e desenvolver um modelo de ensino estruturado o qual consiste na aplicação de um conjunto de princípios e estratégias que, com base em informação visual, promovam a organização do espaço, do tempo, dos materiais e das atividades;

- c) Aplicar e desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares que, com base no modelo de ensino estruturado, facilitem os processos de aprendizagem, de autonomia e de adaptação ao contexto escolar;
- d) Proceder às adequações curriculares necessárias;
- e) Organizar o processo de transição para a vida pós-escolar;
- f) Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família.

As UEE para alunos com PEA não são, em situação alguma, mais uma turma da escola. Todos os alunos têm uma turma de referência que frequentam, usufruindo das UEE enquanto recurso pedagógico especializado das escolas ou agrupamentos de escolas. Estas constituem uma resposta educativa específica para alunos com perturbações do espectro do autismo e podem ser criadas em qualquer nível de ensino.

As UEE destinam-se a apoiar a educação de todos os alunos que apresentem perturbações enquadráveis no espetro, independentemente do grau de severidade ou de manifestarem outras perturbações associadas. (Pereira, 2008).

O Ensino Estruturado é um dos métodos pedagógicos mais importantes da metodologia TEACCH e consiste basicamente num sistema de organização do espaço, do tempo, dos materiais, e das atividades de forma a facilitar os processos de aprendizagem e a autonomia das crianças e a diminuir a ocorrência de problemas de comportamento. É, no entanto, um modelo suficientemente flexível, pois permite ao técnico encontrar as estratégias mais adequadas de forma a responder às necessidades de cada criança. (Carvalho & Onofre, 2006).

No documento do Ministério da Educação relativo às Normas Orientadoras para as Unidades de Ensino Estruturado (Pereira, 2008), afirma-se que, relativamente ao trabalho desempenhado pelos técnicos (terapeuta da fala e psicólogo), este deve ser feito em estreita e sistemática articulação com os restantes intervenientes no processo educativo (família, docente da turma/conselho de turma e docentes e auxiliares das UEE), atendendo aos objetivos definidos, aos diferentes domínios e respeitando sempre as dinâmicas de trabalho intrínsecas a cada área de intervenção.

No livro que define algumas Normas Orientadoras para as UEE para alunos com PEA do Ministério da Educação (2008), é explicado que o ensino estruturado consiste num dos aspetos pedagógicos mais importantes do modelo TEACCH. O modelo

TEACCH surgiu na sequência de um projeto de investigação que se destinava a ensinar aos pais técnicas comportamentais e métodos de educação especial que respondessem às necessidades dos seus filhos com autismo. Define-se que a filosofia deste modelo tem como objetivo principal ajudar a criança com PEA a crescer e a melhorar os seus desempenhos e capacidades adaptativas de modo a atingir o máximo de autonomia ao longo da vida. O ensino estruturado que é aplicado pelo modelo TEACCH, tem vindo a ser utilizado em Portugal, desde 1996, como resposta educativa aos alunos com PEA em escolas do ensino regular. (Pereira, 2008). O foco do modelo TEACCH está no ensino de capacidades de comunicação, organização e prazer na partilha social. Centra-se nas áreas fortes frequentemente encontradas nas pessoas com PEA – *processamento visual, memorização de rotinas funcionais e interesses especiais* – e pode ser adaptado a necessidades individuais e a diferentes níveis de funcionamento. É um modelo suficientemente flexível que se adequa à maneira de pensar e de aprender destas crianças/jovens e permite ao docente encontrar as estratégias mais adequadas para responder às necessidades de cada um. (Pereira, 2008).

No Manual de Normas Orientadoras (Pereira, 2008) é indicado que o ensino estruturado baseia-se num conjunto de princípios e estratégias que, com base na estruturação externa do espaço, tempo, materiais e atividades, promovem uma organização interna que permite facilitar os processos de aprendizagem e de autonomia das pessoas com PEA, diminuindo a ocorrência de problemas de comportamento. Através do ensino estruturado é possível:

- Fornecer uma informação clara e objetiva das rotinas;

Este objetivo é alcançado através do horário da criança exposto que contém imagens sequenciadas das suas atividades diárias.

- Manter um ambiente calmo e previsível;

Este ambiente é conseguido através da estrutura criada no método TEACCH, onde todas as atividades e rotinas são cuidadosamente preparadas e previsíveis. As crianças não são surpreendidas com rotinas e atividades que não constam normalmente do seu dia-a-dia. A estrutura do ambiente contém apenas os estímulos necessários ao desenvolvimento da criança autista, sendo evitados o barulho ou demasiados estímulos ao mesmo tempo.

- Atender à sensibilidade do aluno aos estímulos sensoriais;

Criam-se estímulos adequados às crianças, em especial estímulos visuais e táteis.

- Propor tarefas diárias que o aluno é capaz de realizar;

Em relação a este ponto, as tarefas propostas são adequadas às capacidades do autista. Assim, propõem-se tarefas simples que depois podem ir evoluindo no nível de dificuldade de acordo com o desenvolvimento da criança. Por exemplo, inicialmente o autista pode conseguir ir buscar o casaco ao cabide e sendo ensinado a pendura-lo haverá um dia em que consegue pendurar o casaco bem como retirá-lo do cabide. Não se propõem tarefas complexas, pois, para além de não as conseguir realizar a criança ficará frustrada e poderá reagir de forma negativa a essa frustração.

- Promover a autonomia

Tornar a criança autista mais autónoma é um dos objetivos deste método, como referido anteriormente. É importante fornecer “as ferramentas” necessárias para a criança realizar as tarefas autonomamente. Através das atividades de ir à casa de banho, lavar as mãos, ir buscar o lanche pretende-se que a criança consiga fazer estas atividades sozinha. Inicialmente poderá ter a ajuda do professor ou auxiliar, mas com o tempo e a prática dessa rotina, a criança será mais autónoma.

Assim, a criação de situações de ensino/aprendizagem estruturadas minimiza as dificuldades de organização e sequencialização, proporcionando segurança, confiança e ajuda a criança/jovem com PEA a capitalizar as suas forças. (Pereira, 2008).

De acordo com Serra (2010), o objetivo do programa TEACCH é capacitar os indivíduos com autismo para chegar a vida adulta com o máximo de independência possível e isso inclui ajudar o indivíduo a compreender o mundo, a adquirir habilidades de comunicação para favorecer a interação com as outras pessoas.

Serra (2010) refere que, ao contrário dos métodos comportamentais, o TEACCH não faz uma intervenção direta nos comportamentos inadequados, mas procura compreender as suas causas. As modificações de conduta só são feitas quando há situações de risco.

No seu estudo, Ferreira, I. (2011) refere vários autores (Marques, 2000; Mello, 2001; Pereira, 2006b; Zachor, Ben-Itzhak, Rabinovich, & Lahat, 2007; Smith, 2008) que defendem que o modelo TEACCH se baseia em sete princípios fundamentais:

- adaptação do meio às limitações do indivíduo;
- elaboração de um programa de intervenção personalizado;
- estruturação do ensino, nomeadamente das atividades, dos espaços e das tarefas;

- aposta nas competências emergentes sinalizadas na avaliação; abordagem de natureza cognitivo-comportamental;
- treino dos profissionais para melhor trabalharem com a criança e a família e a colaboração parental, continuando em casa o trabalho iniciado nas estruturas de intervenção.

Ferreira, I. (2011) menciona Carvalho e Onofre (2006) em relação a um artigo que escreveram sobre práticas bem-sucedidas, no âmbito das NEE, sobre uma sala de recursos TEACCH, em Oeiras, referem que o Ensino Estruturado é um dos métodos pedagógicos mais importantes na metodologia TEACCH, pois a sua flexibilidade permite ao técnico encontrar as estratégias mais adequadas para responder às necessidades de cada criança. Ferreira, I. (2011) esclarece que estas autoras referem ainda 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 atenção partilhada, de interação social, de contacto do olhar e de comunicação através deste, desenvolver os tempos de atenção e concentração e de interesse pelas tarefas propostas. Além disso, estas estruturas visuais, ensinam e ajudam a seguir instruções de forma autónoma, auxiliando as crianças com PEA a lidar com as mudanças e proporcionando mais flexibilidade no pensamento.

Ferreira, I. (2011) afirma que, de acordo com a metodologia TEACCH as quatro componentes principais deste tipo de ensino estruturado são:

1- A **estrutura física** dividida em seis áreas de aprendizagem ou de trabalho como sugerem Carvalho e Onofre (2006). No documento do Ministério da educação da Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2008), acrescenta-se uma área a estas seis, a área de reunião.

Assim, as áreas de Trabalho, consideradas básicas numa Sala de Recursos TEACCH são:

I. A **área de trabalho ou espaço para aprender** - que deve ser protegida de estímulos que possam ser distrativos e na qual se trabalha individualmente com a criança a aquisição de novas competências, procurando-se ajuda-la a encontrar motivação para a aprendizagem através de ajudas físicas, demonstrativas ou verbais que possibilitem o sucesso e reduzam a frustração. (Carvalho & Onofre, 2006).

A Área de Aprender, descrita nas Normas Orientadoras para o Ensino Estruturado (2008), é o espaço de ensino individualizado, limpo de estímulos distratores, onde se desenvolve a atenção e a concentração, ao mesmo tempo que novas competências e tarefas são trabalhadas e consolidadas com o aluno. São utilizadas estratégias demonstrativas, pistas visuais ou verbais, ajudas físicas, reforços positivos e também atividades que vão ao encontro dos interesses do aluno.

O plano de trabalho deverá estar visível (em cima da mesa) e os símbolos apresentados correspondem aos que estão nos tabuleiros com as tarefas a realizar, previamente organizadas. Desta forma, o aluno pega no primeiro símbolo do plano de trabalho e, dos tabuleiros colocados à sua esquerda, retira o correspondente ao símbolo que tem na mão, fixa-o no tabuleiro, ficando dois símbolos iguais lado a lado. Realiza a tarefa, coloca-a dentro do tabuleiro e arruma-o num local que corresponda a *acabado*. Procede de igual modo em relação às restantes tarefas, terminando o plano de trabalho quando os tabuleiros estiverem arrumados à sua direita.

II. A **área de trabalho independente ou autónomo** - onde se pretende que a criança vá realizando as atividades aprendidas de forma autónoma centrando-se nos objetivos da atividade. Nesta área de trabalho existe também um Sistema de Trabalho Individual que consiste num plano de trabalho que fornece à criança informação sobre o que fazer e por que sequência, e ainda o conceito de começar, realizar e terminar uma atividade tornando-a capaz de realizar uma tarefa de forma autónoma (o que é de extrema importância para estas crianças que manifestam pouca motivação e dificuldade em permanecer atentas de forma a sequenciar uma atividade) (Carvalho & Onofre, 2007).

No documento da DGIDC (2008) é a área na qual se pretende que o aluno realize de forma autónoma as atividades já aprendidas. Cada aluno deve ter a sua área de trabalhar.

Também aqui, existe um plano de trabalho que transmite ao aluno informação visual sobre o que fazer e qual a sequência (cada tabuleiro deverá corresponder a uma tarefa com todo o material necessário para a sua realização). Com base em rotinas funcionais (direita/esquerda, cima/baixo), o aluno desenvolve a noção concretizada de princípio, meio e fim (começar, fazer e acabar), tornando-se capaz de realizar uma tarefa ou sequência de tarefas. (Pereira, 2008)

III. A **área de lazer** na qual não existem exigências por parte do adulto, é uma área onde a criança/jovem poderá brincar ou aprender a brincar. Esta área promove a escolha

de brincadeiras e o desenvolvimento de brincadeiras com pares; possibilita a imitação de atividades da vida diária e tem brinquedos, almofadas, espelhos e música. e onde a criança pode estar livremente a desenvolver atividades dentro dos seus interesses e onde normalmente se permitem as estereotipias. (Carvalho & Onofre, 2006)

Segundo as Normas Orientadoras do Ministério da Educação (2008), a área de brincar ou lazer é o local destinado a:

- aprender a relaxar;
- fazer curtos momentos de espera;
- permitir as estereotipias;
- aprender a brincar (com a presença do adulto);
- trabalhar o jogo simbólico.

Deverá existir material que ajude a descontrair como tapetes, almofadas, sofás, brinquedos variados, música e outros materiais que se entendam adequados.

É o local privilegiado para a “inclusão inversa”, onde os pares da escola desenvolvem atividades criativas e estimulantes que podem servir de modelo.

IV. A área de trabalho de grupo na qual se desenvolvem atividades que promovem e favorecem as interações sociais. (Carvalho & Onofre, 2006).

No documento do Ministério da Educação coordenado por Pereira (2008), afirma-se que **ÁREA DE TRABALHAR EM GRUPO** é a área na qual todo o grupo poderá desenvolver trabalhos em conjunto. Prioriza-se o desenvolvimento de atividades expressivas como musicais, plásticas e outras; jogos de grupo (lotos, dominós, jogos da memória...), entre outras. Todos os alunos devem participar, independentemente do seu nível de funcionamento, desenvolvendo formas de interação e de partilha com os seus pares (inclusive alguns colegas da turma), aprendendo a esperar e a dar a vez, a escolher e a generalizar aprendizagens.

V. A área de transição que é um local onde estão colocados os horários individuais de cada aluno, ou seja, o aluno dirige-se a esta zona da sala sempre que termine uma atividade ou que necessite de consultar o seu horário individual. (Carvalho e Onofre 2007).

Segundo as Normas Orientadoras (2008) já mencionadas, a área de Transição corresponde ao espaço onde estão os horários individuais que irão orientar as atividades diárias de cada aluno. As pistas visuais informam sobre onde, quando e o que fazer durante o dia ou parte do dia. É possível planificar de forma previsível as muitas

mudanças que ocorrem ao longo do dia, ajudando o aluno a superar a resistência à mudança ou as alterações de rotina, mesmo em situações que possam parecer pouco significativas. Dar ao aluno a noção de sequência temporal, facilita a compreensão de ordens verbais, ajuda a diminuir os problemas de comportamento e desenvolve a autonomia.

VI. Uma **área de trabalho no computador**. A informática é utilizada para ajudar a ultrapassar dificuldades tanto em termos de reprodução gráfica como em termos de atenção e de perseverança. Muitas destas crianças sentem pouca motivação para realizar aprendizagens e às vezes revelam dificuldades nos desempenhos motores finos, frequentemente o apelo de um ecrã e de um software agradável pode ser uma mais valia no trabalho com elas. Também nesta área se pode aprender a esperar a vez ou a executar uma atividade partilhada. (Ferreira, I. 2011)

No documento da DGIDC (Pereira, 2008), considera-se que a **área do computador** pode ser utilizada de forma autónoma, com ajuda, ou em parceria, aprendendo a esperar, a dar a vez e a executar uma atividade partilhada.

As Tecnologias de Informação e Comunicação podem ser utilizadas para ultrapassar eventuais dificuldades de reprodução gráfica, generalização de aprendizagens, de atenção e motivação. Também contribui para melhorar, entre outras competências, a coordenação óculo manual, o entendimento de conceitos, a manifestação de conhecimentos e para a utilização de alguns meios aumentativos e/ou alternativos da comunicação.

Nas Normas Orientadoras (2008) referem uma outra área, a **área de reunião**. Esta é uma área destinada a desenvolver atividades que, garantindo a planificação e a estrutura, promovem a comunicação e a interação social. A Reunião pode realizar-se em vários momentos do dia, desde que todos os alunos ou a maioria se encontrem na unidade.

Alguns exemplos de situações a trabalhar nesta área:

- Explorar o tempo, calendário, mapas de presenças;
- Explorar objetos, imagens, sons, fantoches;
- Aprender e cantar canções;
- Ouvir histórias;
- Aprender a escolher;
- Imitar batimentos, gestos, ações;

- Aprender a estar sentado;
- Organizar/relatar experiências vividas;
- Planificar e introduzir novos temas;
- Generalizar aprendizagens em conjunto.

Na sala observada por Carvalho e Onofre (2006), foram ainda criadas outras áreas que se consideram importantes dentro das necessidades e capacidades das crianças que se atendem e que, visto a sala ser ampla, foram possíveis no espaço físico existente:

(i). Uma **área de trabalho no computador**. A informática é utilizada para ajudar a ultrapassar dificuldades tanto em termos de reprodução gráfica como em termos de atenção e de perseverança. Muitas destas crianças sentem pouca motivação para realizar aprendizagens e às vezes revelam dificuldades nos desempenhos motores finos, frequentemente o apelo de um ecrã e de um software agradável pode ser uma mais-valia no trabalho com elas. Também nesta área se pode aprender a esperar a vez ou a executar uma atividade partilhada.

(ii) Uma **área para brincar estruturado** com carrinhos, legos ou materiais de construção, na qual se procura que aprendam a desenvolver algumas atividades lúdicas. Aqui neste espaço nos momentos de intervalos escolares quando a sala está aberta às outras crianças da escola acontecem brincadeiras criativas e estimulantes que podem servir de modelo a imitar por estas crianças.

(iii) Uma **área para leitura**. Muitos dos meninos desta sala gostam de ver ou de ler livros e contar histórias é extremamente rico para a construção de um mundo no qual se sequenciam situações.

(iv) Uma **área para realizar atividades de expressão plástica** onde existem materiais diversificados que permitem desenvolver atividades variadas que possibilitam, entre outras aquisições, a algumas crianças dessensibilizações de contacto e a outras desenvolver a sua motricidade fina. Aqui também outras crianças da escola podem realizar atividades trazendo modelos a partilhar.

(v) Uma **área com lavatório** que possibilita realizar além de atividades de higiene básicas atividades de relaxamento com água.

De acordo com as Normas Orientadoras para as Unidades de Ensino Estruturado (2008) para alunos com PEA, a estrutura física consiste na forma de organizar e apresentar o espaço ou ambiente de ensino/aprendizagem. Este, deve ser estruturado de

forma visualmente clara, com fronteiras e áreas bem definidas, permitindo que o aluno obtenha informação e se organize o mais autonomamente possível, sendo essencial para garantir a estabilidade e fomentar as aprendizagens.

A delimitação clara das diferentes áreas ajuda o aluno com PEA a entender melhor o seu meio e a relação entre os acontecimentos, permitindo-lhe compreender mais facilmente o que se espera que realize em cada um dos espaços.

Numa UEE podem ser criadas diferentes áreas. O espaço existente e as *necessidades* dos alunos estão na base da estruturação do espaço e na criação das que se considerem necessárias.

2- A **informação visual** que se encontra nas áreas de trabalho, na identificação dos alunos e nos horários. Os horários visuais têm como objetivos: minimizar os problemas de memória e atenção; reduzir problemas relacionados com a noção de tempo e organização; compensar as dificuldades ao nível da linguagem recetiva; motivar o aluno a realizar as atividades; mostrar as atividades a realizar e em que sequência; prevenir a desorganização interior e as crises de angústia e possibilitar a independência e autonomia.

3- O **plano de trabalho** apresenta as tarefas a realizar na área de trabalho; permite que o aluno compreenda o que se espera dele e que organize o seu trabalho. Este plano de trabalho é composto por imagens, palavras e objetos reais.

4- A **integração** - os alunos estão matriculados nas turmas das escolas e, esta matrícula é estabelecida de acordo com Programa Educativo Individual – PEI -de cada aluno. Neste programa de intervenção, os pais assumem um papel ativo logo a partir do momento em que se realiza a avaliação inicial do aluno até ao desenvolvimento de todo o processo de intervenção, porém o seu papel é limitado no que diz respeito à continuidade do trabalho do especialista. (Ferreira, I. 2011)

Este método, portanto, tem por objetivos principais: promover adaptação dos autistas de se desenvolverem ativamente no meio em que vivem; proporcionar atendimento adequado não só ao autista, mas também à família do autista e aqueles que vivem com eles; além de fornecer informações para que o maior número de pessoas conheça o autismo e suas manifestações. Moreira (2005) refere Assumpção (1995) que considera que o TEACCH tem como objetivo apoiar o portador de Autismo a chegar à idade adulta com o máximo de autonomia possível. Ajudando-o a adquirir habilidades

de comunicação para que possam se relacionar com outras pessoas e, dentro do possível dar condições de escolha para a criança.

Atividades estruturadas

Os aspectos importantes são a organização física e disposição dos itens em caixas, cestas, pranchas, pastas, e que sejam atividades motivadoras e fáceis para a criança. O objetivo da atividade não é simplesmente aprender algo novo, mas executar algo que já saiba fazer sem a supervisão de um adulto. Para se ensinar uma nova tarefa, o adulto precisa estar por perto para poder orientar e guiar de forma a obter sucesso. A razão para a organização do material em recipientes próprios é para que o volume de atividades ou jogos não seja tão estimulador para a criança e que os itens já usados possam ser guardados novamente a fim e evitar a distração. Se a criança não quiser executar ou resistir, pode ser devido à dificuldade da tarefa, sendo difícil a execução sem ajuda. Se de início a criança não entender a proposta da atividade, o adulto poderá colocar algo extremamente motivador na última caixa ou cesta – como um filme favorito, o brinquedo que mais gosta ou uma barra de chocolate, funcionando como reforço. Quando a criança já tiver entendido a forma de trabalhar e o adulto se lembrar de variar as tarefas sem necessariamente torná-las mais difíceis, este tipo de procedimento pode ser muito relaxante. Muitas crianças aprendem a manter-se sentadas por mais tempo quando são orientadas a seguir uma sequência de atividades interessantes.

Deve existir um espaço na sala com uma pequena mesa para a criança executar as tarefas. Cada caixa deve conter um número limitado de jogos ou atividades. A ordem do trabalho é demonstrada num mural fixo na mesa usando para isso, itens ilustrados ou numéricos dispostos na sequência. Primeiro a caixa número 1 será usada; depois a etiquetada com o número 2 e finalmente a de número 3. Os cartões com os números (ou cores, ou figuras) estão colocados na mesa com velcro de forma que a criança possa fazer o emparelhamento procurando a caixa que corresponda ao item que está em sua mesa. (Fonseca, 2009)

Atividades funcionais para crianças autistas

No mesmo estudo, Fonseca (2009) propôs atividades que promovem o desenvolvimento funcional da criança autista.

1. **Exercícios de emparelhamento:** a tarefa aqui é comparar e emparelhar figuras (animais, plantas, brinquedos, cores, formas geométricas, objetos, etc). Podem usar-se imagens de um jogo ou fazer duas cópias fotográficas de itens que sejam idênticos. Muitas crianças com autismo gostam de jogos que envolvem números, letras e figuras e sabendo disso, é possível criar inúmeras atividades para uso em casa e na escola. Usando velcro, estes materiais podem ser afixados em alguma superfície (uma prancha de papelão, uma pasta, etc) para que a criança não fique frustrada caso as peças caiam ou se desorganizem.
2. **Exercícios de seleção:** muitos autistas fixam-se na ordem e na estrutura e assim, acabam por se interessar por atividades de seleção. O objetivo destes exercícios é fazer com que a criança separe determinados itens entre outros, começando com um estímulo diferente até atingir mais variantes.
 - a. **Seleção de cores:** Pode começar-se com o uso de blocos de montar e exigir que a criança separe os vermelhos dos azuis, colocando os blocos azuis num pote azul, e os vermelhos num pote vermelho; num outro momento, separar os vermelhos, azuis e amarelos e assim por diante.
 - b. **Seleção de formas:** usando a mesma estratégia do item acima, a criança poderá ter a sua disposição várias formas geométricas a serem separadas pelo critério “formas”. Cada forma vai ser colocada numa caixa ou pote diferente.
 - c. **Seleção de cores e formas:** neste item, a criança deverá separar itens usando dois critérios: cor e forma. Portanto, ela deverá colocar em espaços destinados os círculos azuis, os quadrados amarelos, os retângulos verdes, fazendo a seleção a partir um todo geral de formas e cores misturadas.
 - d. **Seleção por tamanho:** a variável neste exercício é o tamanho dos objetos ou das figuras. A criança irá selecionar os itens por grandeza, separando os itens grandes dos pequenos. A introdução do “médio” deverá ser iniciada somente quando a criança já tiver completa noção da diferença entre maior e menor.
 - e. **Seleção de objetos:** a criança poderá fazer a seleção por várias categorias de objetos (ou ilustrações de objetos) como “o que eu uso na casa de banho” x” o que eu uso na escola”, utensílios de cozinha x materiais de higiene, etc.
3. **Quebra-cabeças:** as atividades do tipo quebra-cabeça podem ser organizadas com base num modelo já disponível para a criança como, por exemplo, algumas peças já coladas numa base ou o contorno das peças já feitos com caneta, numeradas para favorecer a

visualização e a ordenação do material, evitando a confusão das peças soltas sobre a mesa.

4. **Atividades de montagem (tipo “Lego”):** este tipo de atividade é ideal para autistas pois é possível criar algo a partir de peças que normalmente são somente empilhadas por eles. Nalguns brinquedos deste tipo, modelos ilustrados já acompanham as peças e isto facilita-lhes a atividade, pois com base na visualização da instrução, será possível acompanhar a montagem. Nalguns casos, é necessário ampliar a imagem, pois os desenhos e esquemas podem ser pequenos demais para serem usados como exemplo

Apoios visuais

Fonseca (2009) estudou a importância dos apoios visuais na vida do autista. Segundo Fonseca (2009), os apoios visuais são meios altamente eficazes para promover a comunicação e a independência de pessoas com Autismo, pois estes indivíduos frequentemente têm dificuldades básicas de compreender adequadamente a língua falada e sinais sociais como postura corporal, gestos e contato visual. Os adultos, ao comunicarem com estas crianças devem expressar-se através de objetos, figuras, fotos, imagens em geral, ao invés da exclusiva palavra falada e das expressões não-verbais. Deve tentar-se essa comunicação de forma mais simples e mais clara usando tais apoios. Por exemplo, em vez de usar cinco frases longas para explicar que estamos a ir ao centro comercial, uma foto ou figura pode reunir numa única imagem todas as informações que a criança autista precisa para absorver a mesma mensagem.

O apoio visual (seja na forma de diagramas, agendas, cartões comunicativos, lembretes, etc.) deve ser tão simples que até mesmo pessoas não-autistas possam compreender o seu significado. Se nós não compreendermos estas mensagens não podemos esperar que a criança autista também o faça. Também é preciso ter em mente que estas crianças não podem perder muito tempo na vida sem um sistema comunicativo e os apoios visuais parecem surtir efeitos rápidos quando usados de forma adequada e significativa.

No mesmo estudo (Fonseca, 2009), refere-se que o objetivo dos sistemas visuais é ajudar a criança a ter um melhor entendimento da rotina do dia-a-dia e a comunicar as suas necessidades. Tal como todas as pessoas, as pessoas com autismo são diferentes entre si: alguns precisam de estimulação e atividades constantes enquanto outros preferem uma rotina menos dinâmica e passiva; alguns compreendem melhor sistemas

organizados com fotografias, enquanto outros precisam do objeto real para compreender a mensagem; muitos preferem pictogramas, outros já usam listas escritas por já estarem alfabetizados.

Fonseca (2009) reforça a ideia de que estes sistemas podem ser úteis para ajudar as crianças autistas na organização do dia, para lembrá-los dos eventos que estão por vir, indicar a sequência de uma tarefa e também na instalação de dicas sociais.

É essencial lembrar que os autistas têm dificuldade em entender explicações verbais das situações. Por essa razão, as estruturas visuais são fundamentais. Através das imagens pode realizar-se a comunicação e o autista pode mais facilmente entender a mensagem que lhe está a ser passada.

Rotinas

Segundo Carvalho e Onofre (2006), quando o professor fala para o grande grupo chama esse aluno pelo seu nome e várias vezes para que se mantenha atento; quando pretende que a criança olhe para alguma informação no quadro procura e certifica-se que este olhe para o local pretendido; cria determinadas rotinas que mantém diariamente como escrever o plano do dia sempre no mesmo espaço do quadro, arruma a sala de forma estruturada; o seu lugar fica perto do quadro sem crianças à sua frente para que não se distraia, se o aluno necessita de apoio mais direto pode ser importante ter sempre uma cadeira junto de si, pois assim ele sabe que sempre que precisar o professor pode sentar-se ali; ao seu lado deve estar sentado um colega com capacidade de desempenhar o papel de tutor; se existem regras afixadas (informativas de comportamentos que deve ou não deve ter) estas devem estar próximas e a criança deve aprender a olhar para elas sempre que o professor fornecer um sinal combinado, se a criança precisa de incentivos/motivações procura-se que sejam dentro dos seus interesses e que possam ser compensadoras de desempenhos pretendidos. Em relação a comportamentos disruptivos como, por exemplo, estereotípias, estas devem ser permitidas mas sempre de forma organizada e temporizada, no entanto se a criança manifesta dificuldade em aceitar esta gestão de comportamentos a mesma pode ser realizada com apoio de tabelas de registos que possam fornecer a informação visual à criança. As rotinas têm uma extrema importância conforme já foi referido, surgem incluídas na planificação e na gestão das tarefas do dia-a-dia e dos materiais e permitem processar informação de forma mais eficaz facilitando a aprendizagem, pois podem ser usadas numa variedade de situações e

eventualmente alteradas. A maior parte destas crianças desenvolve rotinas, no entanto, muitas vezes são pouco funcionais.

Horário

Segundo Fonseca (2009), o objetivo de uma agenda diária ou horário é tornar o dia mais compreensivo para a pessoa com Autismo. Este horário irá enfatizar o que acontecerá numa sequência do dia ou indicar possíveis mudanças na rotina: ir à casa de banho, trabalhar, aprender, terapia da fala, almoço, etc. Pode afirmar-se que o horário é o recado do adulto para a criança sobre o que irá acontecer ao longo do dia. A criança que não tem esta informação tentará fazer seus próprios planos. Isto pode criar incertezas e frustrações para a criança quando o que foi programado por ela não coincide com o que o adulto programou. Para selecionar os cartões que irão para o horário, é preciso saber como a criança irá lidar com o material (por ex: que tipo de estímulos reconhece?). Sendo assim, uma criança que é muito ansiosa deverá ter uma agenda que inicie com poucos estímulos (não mais que duas peças de informação por vez), pois a visualização de muitas atividades ou tarefas pode fazer com que ela retire os cartões, manipule no momento errado, ou fique mais ansiosa ao verificar que só no final da tarde irá para a aula de natação. Com o tempo, o adulto colocará mais informação, item por item, até completar uma rotina completa. Por outro lado, existem crianças que já conseguem, desde o princípio, lidar com um horário que ilustre todos os passos da manhã até a noite.

O horário diário pode conter os seguintes estímulos: objetos, fotografias, desenhos, figuras, escrita, calendário, etc. A forma a ser escolhida irá depender daquilo que fizer mais sentido para a criança. A informação deve sempre ser oferecida usando o meio usual da direção da escrita (da direita para a esquerda/ de cima para baixo).

O uso do horário pode ajudar a criança autista a manter-se informada sobre a rotina de forma independente e em muitas situações é mais funcional saber o que será feito a seguir do que receber “surpresas” que podem gerar condutas inadequadas.

É preciso estar claro para a criança quais são os itens do seu horário que já foram cumpridos e para isso é importante ativar um mecanismo que ofereça esta dica para que se tenha esta referência. Isso pode ser feito retirando o cartão do que ela já fez (e colocando num depósito só para isso, como uma caixinha ou envelope), virando o cartão ou riscando o item com um “X” (no caso de um horário escrito).

Carvalho e Onofre (2007) afirmaram que estes horários ou planos podem ser adaptados a vários níveis de competências desde os mais acessíveis, que fornecem informação para um período de tempo mais curto e realizados com objetos, fotos reais ou imagens (na sala do seu estudo estão a ser utilizadas imagens do programa SPC), criados para crianças com mais dificuldades, aos mais complexos que podem utilizar símbolos mais abstratos como palavras e ser elaborados para uma maior duração de tempo. Funcionam de cima para baixo, ou da esquerda para a direita (por ser o sistema convencional existente no país), consistindo o mesmo numa rotina securizante à qual estas crianças aderem rapidamente.

Com o seu suporte procura-se promover a sistematização do processo de ensino aprendizagem, a visualização simbólica referenciadora de regras/rotinas da escola e de condutas sociais associadas à interação que se procura estabelecer com pares e adultos da escola.

Comunicação

O princípio básico do sistema comunicativo é desenvolver a iniciativa da criança durante a interação. O adulto pode organizar os estímulos de uma forma que a criança possa pedir o item a partir da visualização tanto do que quer, quanto da imagem (ou foto, ou objeto representativo). O adulto pode agarrar uma lata de Coca-Cola e ensinar a criança a pedir, mostrando o refrigerante ao mesmo tempo em que mostra a sua imagem e diz: *“Queres Coca-Cola? Então pede-me.”* Então, guie a criança até a imagem e imediatamente ofereça-lhe o refrigerante. A aprendizagem da escolha é difícil e frequentemente autistas repetem a ultima opção oferecida. Para facilitar estas escolhas, o adulto pode começar por deixar a criança escolher entre coisas desejáveis e coisas irrelevantes, mostrando uma barra de chocolate e uma mola de roupa. Deve sempre orientar-se a criança para a resposta desejada e se por acaso a criança lhe pedir o item irrelevante (no caso, a mola), entregue-o imediatamente. A partir do momento que a criança se sente segura neste processo e entender que o que pedir, será entregue, ela passará a associar que quando pede o chocolate, o doce lhe é garantido.

A prática quotidiana indica que o uso de recursos estruturados para autistas contribui para um maior ajustamento ao meio e somente com o tempo é que podemos confirmar se uma criança se adapta melhor as imagens ilustradas, coloridas, em preto e branco, com fotos ou objetos. Fonseca (2009) reforçou a importância de fixar os

materiais com velcro ou fita adesiva. Estes materiais são mais seguros que itens magnéticos ou cliques que podem ser engolidos. Também sugerimos a plastificação (com laminadoras ou papel autocolante) para favorecer a durabilidade e prolongar o seu uso. Outras sugestões que podem ser usadas como recursos são: *timers* (relógios que marcam minutos, como os usados em culinária), câmaras digitais, máquina de plastificação, ColorCards® (que são cartões de linguagem sem texto e coloridos disponíveis em www.speechmark.net), cartões e sistemas do PECS (Picture Exchange Communication System publicado pela Pyramid Educational Consultants (veja em www.pecs.org.uk, www.pecs.com ou no Brasil www.clik.com.br), Software *Boardmaker*™ (www.mayer-johnson.com), imagens do ISPEEK (www.ispeek.co.uk ou www.jkp.com).

No seu estudo Felicio (2007) cita Giardinetto (2006) que defende que o programa TEACCH surgiu com o objetivo de trazer e dar respostas às necessidades dos autistas de todas as idades e níveis de funcionamento e também para auxílio dos pais e familiares.

O TEACCH também considera como parte importante a possibilidade de os pais colaborarem, organizando o espaço do autista em casa, a fim de prover melhor qualidade de vida e minimizar os sintomas (Vatavuk, 2005, cit. por Felicio, 2007).

Devido à sua especificidade, e em especial ao facto de os seus sintomas se manifestarem de forma constante, independentemente dos contextos ou situações, as PEA envolvem não apenas o indivíduo com esta problemática mas todos os contextos em que está inserido, incluindo a própria família.

A ambiguidade desta perturbação bem como, muitas vezes, a invisibilidade das suas características, no que respeita aos aspetos físicos, faz com que, frequentemente, as competências e as emoções das famílias sejam subavaliadas ou mal interpretadas por aqueles que não conhecem esta problemática.

É importante que os profissionais e as escolas que atendem crianças e jovens com PEA tenham presente que estas famílias enfrentam dificuldades acrescidas.

Muitas destas crianças ou jovens partilham poucos ou mesmo nenhuns aspetos, episódios ou conteúdos da vida escolar em casa e, com frequência, não generalizam as competências anteriormente aprendidas em outros contextos da sua vida. Por essa razão, considerar a família em todo o processo é de grande importância, para:

- colaborar e participar na avaliação, considerando o conhecimento que tem do seu filho (a) (interesses, rotinas, rituais,...);
- conhecer as preocupações da família relativamente ao futuro;

- atender às suas necessidades/prioridades na organização e elaboração do PEI;
- criar espaços de comunicação para a família poder expressar preocupações, desejos, percepções, necessidades,
- informar a família sobre os progressos, dificuldades e alterações do PEI decorrentes de avaliações e reavaliações.

De acordo com Silva (2005, cit por Faria, 2010), a colaboração dos pais com a escola é determinante em todo o processo educativo do seu filho. A família deve ser vista como parceira da escola e participar de forma ativa em toda a sua dinâmica: nas rotinas diárias e de acordo com a Lei, na elaboração do Programa Educativo Individual (PEI) e em todos os documentos relacionados com o processo do aluno com NEE.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO

Justificação da Investigação

Numa sociedade atual na qual se pretende cultivar a Educação Inclusiva, é cada vez mais pertinente verificar se a inclusão ocorre na prática. A inclusão pressupõe uma escola para todos, onde todos podem aprender independentemente das suas diferenças e dificuldades.

Costa (2011) defende que a escola deve ser universal e para todos.

“Como agente ativo da educação, o professor deve tentar compreender, explorar, de forma exaustiva, todos os recursos e a criatividade e por fim, ajudar as crianças autistas através da educação, a ultrapassar a ausência de motivação, que impede a comunicação e o relacionamento interpessoal. (Costa 2011, p.36)

É necessário que a Escola e todos os profissionais que nela trabalham se adaptem e encontrem estratégias para que todos os alunos se sintam bem e consigam aprender. Bénard da Costa (1999) defendeu que a educação inclusiva não se justifica hoje simplesmente porque é eficaz, porque dispensa os elevadíssimos custos das escolas especiais, porque corresponde ao desejo dos pais. Embora todas estas sejam vantagens inegáveis, a razão última que a baseia consiste na defesa do direito à plena dignidade da criança como ser humano, livre e igual em direitos e dignidade.

Costa (2011) referiu que a relação da criança autista com o mundo obriga-nos a questionar porque existem pessoas que se afastam tão profundamente daquilo que entendemos, habitualmente, por normalidade. Os alunos com PEA, devido às suas características específicas e únicas criam, muitas vezes, momentos de angústia, desespero e tristeza às pessoas que os rodeiam, como os pais, outros familiares, professores.

De acordo com Braga (2010) as crianças com PEA,

“podem gerar aos pais, professores, educadores de infância e outros interlocutores no processo educativo sentimentos de angústia e mal-estar. Porém, afirmar que sua aprendizagem é singular não significa dizer que eles não possam aprender” (Braga 2010, p.4).

Nas Normas Orientadoras para as Unidades de Ensino Estruturado para alunos com PEA (Pereira, 2008), explicitou-se que a forma como o Autismo interfere no desenvolvimento do indivíduo faz com que a pessoa com PEA apresente um modo muito específico de pensamento e de funcionamento caracterizado por dificuldades em:

- Compreender e responder de forma adequada às diferentes situações do meio ambiente;
- Selecionar e processar informação pertinente;
- Responder a estímulos sensoriais (hipo ou hipersensibilidade).

Para Costa (2011), atualmente, a escola é frequentada por uma grande diversidade humana e cultural. Crianças e jovens que apresentam graves dificuldades de aprendizagem, enriquecem esses lugares, pela sua forma particular de interagir com o mundo que as rodeia. A escola enquanto lugar de formação de cidadãos deve organizar-se e equipar-se de métodos e estratégias educativas que respeitem a individualidade de cada um. Costa (2011) sustentou que, durante um longo período de tempo, julgou-se que as crianças autistas não seriam capazes de adquirir conhecimentos e melhorar a sua qualidade de vida. Todavia, nos dias que decorrem, tal diagnóstico já não é tão dramático como já foi e pode-se pensar em investir profundamente na educação dessa mesma criança.

Carvalho e Onofre (2006) defenderam que a criação de ambientes estruturados e programas diários que implementem estratégias aplicadas de forma detalhada, sequenciada e persistente torna possível que as crianças com PEA aprendam e apresentem uma melhoria significativa. Este modelo possibilita o aumento das capacidades funcionais, a redução das limitações e dos comportamentos disruptivos e ainda a melhoria nos desempenhos e nas suas adaptações aos contextos frequentados pelas outras crianças, nomeadamente o escolar.

De acordo com Pereira (2008), as dificuldades de desenvolvimento manifestadas por alunos com PEA não são apenas decorrentes da sua problemática central, mas também da forma como estas são aceites e compensadas pelo meio ambiente. Atendendo a esta circunstância, a inclusão de crianças e jovens com PEA em meio escolar requer, por vezes, a prestação de apoios diferenciados e adequados a essa forma específica de pensar e de aprender.

As UEE podem constituir um valioso recurso pedagógico das escolas, ou agrupamento de escolas. Com base no ensino estruturado procuram tornar o ambiente em que o aluno se insere mais previsível e acessível, ajudando-o a encontrar maior disponibilidade para a comunicação, interação e aprendizagens. Esta resposta educativa específica visa melhorar a qualidade de vida das crianças/jovens com PEA, aumentando o seu nível de autonomia e de participação na escola, junto dos seus pares, fomentando a sua inclusão na sociedade. (Pereira, 2008) De acordo com Pereira (2008), os alunos com PEA necessitam de respostas educativas diferenciadas que, sustentadas pelas áreas fortes, proporcionem a estimulação para a aprendizagem e ajudem a colmatar as dificuldades de comunicação, de interação e problemas de comportamento.

Neste contexto consideramos pertinente estudar o modo como as crianças com PEA aprendem e desenvolvem aquisições nas UEE.

Objetivo

Este estudo teve como objetivo compreender como a metodologia TEACCH contribui para o desenvolvimento global das crianças com PEA, nomeadamente a nível da Autonomia, da Comunicação e da Socialização.

Metodologia

O presente estudo insere-se no tipo de investigação qualitativa, é um estudo de caso baseado numa amostra por conveniência

Um método é entendido como um conjunto específico de procedimentos, técnicas, ferramentas e documentação, a ser usado na resolução particular de um problema (Yolles, 2000, cit. por Leitão, 2011).

Segundo o mesmo; a metodologia é definida como o estudo dos métodos ou como a arte de dirigir o espírito de investigação. De acordo com estas definições, a metodologia pode ser encarada: (i) em termos abstratos como o estudo dos métodos e (ii) em termos práticos como a lógica aplicada a uma determinada situação, ou seja, como um conjunto ordenado de ideias.⁶

Optámos pela abordagem metodológica qualitativa porque, de acordo com Jacobs (2005, cit. por Leitão, 2011), recolhe e analisa dados não numéricos, durante um determinado período de tempo, com o objetivo de situar o significado de uma perspetiva num contexto particular, pelo que nos parece que podemos afirmar estar perante um estudo qualitativo.

A observação

Sobre a observação Leitão (2011) defendeu que:

“Num sentido restrito, fazer uma observação consiste em estar presente e envolvido numa determinada situação social, de forma a registar e interpretar, procurando não modificar. O objetivo da observação é procurar um significado sociológico para enquadrar os dados recolhidos, classificá-los e avaliar a sua generalidade, utilizando, para isso, o relatório de observação”. (Leitão 2011, p. 47).

⁶ http://www.fca.pt/livros-html/docs/461_xpag85.pdf

Segundo o autor, Leitão (2011), a observação consiste em testemunhar os comportamentos sociais dos indivíduos ou dos grupos nos próprios locais das suas ações, não alterando o seu normal percurso, tendo por finalidade a recolha e o registo de todas as componentes da vida social que se apresentam ao observador no decurso do seu trabalho.

Nas atividades de observação, o observador/investigador pode adotar três posições diferentes: ficar no mesmo lugar a fim de observar dados comparáveis; adotar posições diferentes para observar a diversidade de situações e não olhar para um local fixo, mas ver as pessoas. Peretz, H. (2000, cit. por Leitão, 2011). Marshall e Rossman (1989, cit. por Leitão, 2011) definiram a observação como a descrição sistemática dos acontecimentos, comportamentos e artefactos no ambiente social escolhido para estudo.

Alarcão e Tavares (2003), vêm a observação como um conjunto de atividades destinadas a obter dados e informações sobre o que se passa no processo de ensino/aprendizagem com a finalidade de, mais tarde, proceder a uma análise do processo numa ou noutra das variáveis em foco.

A questão de partida que definimos para a investigação foi “De que modo a Metodologia TEACCH contribui para o desenvolvimento dos alunos com PEA a nível da Comunicação, Autonomia e Socialização como melhoria da qualidade de vida destes alunos.”

Investigação Qualitativa

De acordo com Aires (2011), a investigação qualitativa insere-se no uso de uma variedade de técnicas de recolha de informação como materiais empíricos, estudo de caso, experiência pessoal, história de vida, entrevista, observação, textos históricos, interativos e visuais que descrevem rotinas, crises e significados na vida das pessoas. A escolha das ferramentas a utilizar depende das estratégias, métodos e materiais empíricos disponíveis; a seleção das práticas de pesquisa é realizada em função das questões levantadas e estas, por sua vez, surgem do contexto em análise. A investigação qualitativa estuda os fenómenos nos seus contextos naturais (Nelson et al.1992, cit. por Aires, 2011). A investigação que desenvolvem é considerada um processo iterativo configurado pela história pessoal, biografia, género, classe social, etnia das pessoas que descreve e pela sua própria história.

Aires (2011) citou Denzin e Lincoln (1994) que referiram que a investigação qualitativa é uma perspectiva multimetódica que envolve uma abordagem interpretativa e naturalista do sujeito de análise. Na verdade, quando os investigadores da educação, muito particularmente os psicólogos, começaram a interessar-se pelos processos cognitivos dos seres humanos e a reconhecer a importância dos processos do pensamento, cedo perceberam que os métodos quantitativos eram limitados e até inapropriados. Sentiram, por exemplo, a necessidade de recorrer a observações mais ou menos prolongadas dos sujeitos envolvidos na investigação, de os submeter a entrevistas e de registar o que eles diziam acerca das suas formas de pensar. (Fernandes, 1991, cit. por Alves, 2011; Fortin, 2003)

O foco da investigação qualitativa é a compreensão dos problemas, é investigar o que está por trás de certos comportamentos, atitudes ou convicções. Não há, em geral, qualquer preocupação com a dimensão das amostras, nem com a generalização dos resultados. Também não se coloca o problema da validade e da fiabilidade dos instrumentos, tal como o que se passa na investigação quantitativa. De facto, no paradigma qualitativo, o investigador é o instrumento de recolha de dados por excelência; a qualidade (validade e fiabilidade) dos dados depende muito da sua sensibilidade, da sua integridade e do seu conhecimento. (Torres, 2008)

Nas duas últimas décadas, assistiu-se a uma utilização crescente de abordagens de natureza qualitativa na investigação em Educação. Segundo Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa tem, na sua essência, cinco características: (1) a fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente na recolha desses mesmos dados; (2) os dados que o investigador recolhe são essencialmente de carácter descritivo; (3) os investigadores que utilizam metodologias qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados; (4) a análise dos dados é feita de forma indutiva; e (5) o investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências.

Coutinho (2005) afirmou que os estudos qualitativos têm como principal objetivo a compreensão das necessidades, motivações e comportamentos dos participantes num estudo. São, em regra, a escolha metodológica ideal para projetos de investigação em que se pretende estudar de uma forma aprofundada, opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento sem grandes preocupações de quantificação. Este tipo de estudo aborda a problemática de forma naturalista, procurando

perceber/interpretar o que determinados fenómenos significam para o sujeito. Muitas vezes este tipo de estudos potencia a exploração e identificação de conceitos num ambiente de forte interação.⁷

No seu estudo, Torres (2008), referiu que a investigação do tipo qualitativo também tem limitações. Afirma-se que neste paradigma há uma forte componente de observações que, inevitavelmente, irão traduzir as atitudes e convicções dos observadores. De facto, sabe-se que a perceção que um sujeito tem de um dado fenómeno é fortemente influenciada ou distorcida pelas suas convicções ou até pelos seus interesses. Há pois um problema de objetividade que pode derivar da pouca experiência, da falta de conhecimentos ou da falta de sensibilidade do principal instrumento de recolha de dados – o investigador.

De acordo com Aires (2011), a observação consiste na recolha de informação, de modo sistemático, através do contacto direto com situações específicas. A observação qualitativa é fundamentalmente naturalista; pratica-se no contexto da ocorrência, entre os atores que participam naturalmente na interação e segue o processo normal da vida quotidiana (Adler & Adler, 1994, cit. por Aires, 2011). Os observadores qualitativos não estão limitados por categorias de medida ou de resposta, são livres de pesquisar conceitos e categorias que se afiguram significativas para os sujeitos.

Estudo de Caso

O estudo de caso é uma metodologia de investigação particularmente apropriada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos fatores. Yin (1994), afirma ainda que este método é adequado quando pretendemos definir os tópicos de investigação de forma abrangente, quando queremos considerar a influência do contexto de ocorrência do fenómeno em estudo e quando queremos socorrer-nos de múltiplas fontes de evidências (dados).

Yin (1994) define estudo de caso com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos. Para este autor, o estudo de caso é um processo de investigação empírica com o qual se pretende estudar um fenómeno

⁷ <http://claracoutinho.wikispaces.com/+Estudo+qualitativo+defini%C3%A7%C3%A3o>

contemporâneo no contexto real em que este ocorre, sendo particularmente adequado ao seu uso quando as fronteiras entre o fenómeno em estudo e o contexto em que ele ocorre não são claramente evidentes. Este autor acrescenta que, pelo facto de muitas vezes ser difícil isolar o fenómeno em estudo do contexto em que ocorre, é normalmente necessário usar múltiplas fontes de evidência (dados) e cruzar (triangular) os diferentes dados recolhidos (Yin, 1994).⁸

Segundo Coutinho (2005), de várias propostas de definição, emergiram cinco características chave sobre o estudo de caso:

- O caso é “um sistema limitado” (Creswell, 1994);
- É um caso sobre “algo”;
- Tem de haver sempre a preocupação de preservar o carácter “único, específico, diferente, complexo do caso” (Mertens, 1998);
- A investigação decorre em ambiente natural;
- O investigador recorre a fontes múltiplas de dados e a métodos de recolha muito diversificados: observações diretas e indiretas, entrevistas, questionários, registos áudio e vídeo, diários, cartas, etc.

Segundo Yin (1994), um estudo de caso é uma investigação que se baseia principalmente no trabalho de campo, estudando uma pessoa, um programa ou uma instituição na sua realidade, utilizando para isso, entrevistas, observações, documentos, questionários e artefactos.

A questão de quando se deve utilizar ou não este tipo de metodologia é respondida por Ponte (1991, cit. por Coutinho, 2005) quando refere que os estudos de caso se usam para compreender melhor a particularidade de uma dada situação ou um fenómeno em estudo.

Entrevista

As entrevistas qualitativas como referem Bogdan e Biklen (2000, cit. por Martins, 2006) variam quanto ao grau de estruturação, desde as entrevistas estruturadas até às entrevistas não estruturadas. No entanto, este autor refere ainda que as entrevistas

⁸ <http://claracoutinho.wikispaces.com/2.1->

+Caracteriza%C3%A7%C3%A3o+do+Estudo+de+Caso.....+3

semi-estruturadas têm a vantagem de se ficar com a certeza de obter dados comparáveis entre os vários sujeitos. (Martins, 2006)

De acordo com Dias (2009), a entrevista é uma das técnicas de recolha de dados qualitativos. Permite explicar e inserir num contexto mais lato aquilo que é observado/experimentado.

É baseada numa interação predominantemente verbal entre entrevistador e entrevistado, o que possibilita a criação de uma maior empatia com o sujeito inquirido.

Segundo Marshall e Rossman (1989, cit. por Dias, 2009), a entrevista como recolha de dados reúne as seguintes vantagens: permite o encontro frontal com o fornecedor da informação; obtenção de grandes quantidades de informação de uma forma rápida; facilita o acesso imediato de seguimento tendo como objetivo a clarificação de certas informações; proporciona um contexto de fundo para pôr em evidência atividades e comportamentos; é útil para descobrir a subjetividade dos processos organizacionais.

Boni e Quaresma (2005) no seu estudo referiram que, segundo Haguette (1997), a entrevista como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado.

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa que requer tempo e exige alguns cuidados, entre eles destacam-se: o planeamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista que deverá ser marcada com antecedência para que o pesquisador se assegure de que será recebido; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade e, por fim, a preparação específica que consiste em organizar o roteiro ou formulário com as questões importantes (Lakatos, 1996, cit. por Boni & Quaresma, 2005). As formas de entrevistas mais utilizadas em Ciências Sociais são: a entrevista estruturada, semi-estruturada, aberta, entrevistas com grupos focais, história de vida e também a entrevista projetiva. (Boni & Quaresma, 2005)

Em 2005, Boni e Quaresma referiram que as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões

previamente definidas, mas ele fá-lo num contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista.

A principal vantagem da entrevista aberta e também da semi-estruturada é que essas duas técnicas quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse. Ao contrário dos questionários enviados por correio que têm índice de devolução muito baixo, a entrevista tem um índice de respostas bem mais abrangente, uma vez que é mais comum as pessoas aceitarem falar sobre determinados assuntos (Selltiz et alii, 1987, cit. por Boni & Quaresma, 2005). Outra vantagem diz respeito à dificuldade que muitas pessoas têm de responder por escrito. Nos dois tipos de entrevista isso não gera nenhum problema, podem entrevistar-se pessoas que não sabem ler ou escrever. Além do mais, esses dois tipos de entrevista possibilitam a correção de enganos dos informantes, enganos que muitas vezes não poderão ser corrigidos no caso da utilização do questionário escrito.

Na entrevista, o entrevistador assume um papel menos diretivo para favorecer o diálogo mais aberto com o entrevistado e fazer emergir novos aspetos significativos sobre o tema. Fraser e Gondim (2004) afirmaram

“Isto porque, no caso das entrevistas qualitativas, a relação estabelecida entre o entrevistador e o entrevistado permite um diálogo amplo e aberto favorecendo não apenas o acesso às opiniões e às percepções dos entrevistados a respeito de um tema, como também a compreensão das motivações e dos valores que dão suporte à visão particular da pessoa em relação às questões propostas.”(Fraser e Gondim 2004 p.150)

Amostra por Conveniência

A amostra deste estudo foi de conveniência.

Aires (2011) sustentou que a seleção da amostra adquire na metodologia qualitativa um sentido muito particular: tem por objetivos obter a máxima informação possível para a fundamentação do projeto de pesquisa e criar uma teoria, baseando-se, ao contrário da amostra quantitativa, em critérios pragmáticos e teóricos. Por isso, em vez da uniformidade, a amostra na investigação qualitativa procura a máxima variação. Esta perspectiva de amostragem é *intencional* porque os sujeitos que a constituem não são escolhidos ao acaso: o investigador seleciona as unidades de amostragem a partir de critérios específicos.

Segundo Clara Coutinho⁹ a amostragem por conveniência não é representativa da população. Ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência (muitas vezes, os amigos e os amigos dos amigos). Deste modo, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria. Pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspetos críticos do que propriamente a objetividade científica.

Grupo de Estudo

O grupo deste estudo é composto por seis crianças com PEA que frequentam a UEE, sala Teacch numa Escola Básica do 1º Ciclo.

9

<http://claracoutinho.wikispaces.com/M%C3%A9todos+e+T%C3%A9cnicas+de+Amostragem>

Tabelas 1 e 2: Caracterização do Grupo de Estudo

	CRIANÇA A	CRIANÇA B	CRIANÇA C
Idade	7 anos	12 anos	12 anos
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino
Perturbação	Diagnóstico aos 24 meses PEA	Pedopsiquiatra PEA 8 anos Perturbação Pervasiva do desenvolvimento sem outra especificação	Pediatra do desenvolvimento PEA
Grau	Severo	Moderado	Severo
Perturbações associadas		- Baixa visão (uso de óculos) - várias bronquiolites (alojamento de vírus no líquido sinovial): perda da marcha por três vezes	- Meningite aos 7 dias de vida: perdeu a visão (cegueira) - má nutrição grave
Terapias	Terapia da fala Psicomotricidade Psicologia Musicoterapia	Terapia da fala Psicomotricidade Psicologia Musicoterapia	Terapia da fala Psicomotricidade Psicologia Musicoterapia
Observações	Em casa até aos 18 meses.	Ama dos 5 aos 15 meses. Participa nas Atividades de Enriquecimento Curricular nas áreas de Expressão Dramática e na Atividade Física e Desportiva.	Não controla os esfíncteres. Natural de Cabo Verde onde viveu isolada. Não frequentou nenhuma escola até setembro de 2012.

	CRIANÇA D	CRIANÇA E	CRIANÇA F
Idade	12 anos	12 anos	11 anos
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino
Perturbação	Pediatra do Desenvolvimento PDA	Pedopsiquiatra Padrão C-OC O3 PEA	Neurologia pediátrica e pedopsiquiatra PEA
Perturbações associadas	Dieta alimentar devido a intolerância alimentar		- Obesidade - Cardiologia: arritmias
Terapias	Terapia da fala Psicomotricidade Psicologia Musicoterapia	Terapia da fala Psicomotricidade Psicologia	Terapia da fala Psicomotricidade Psicologia Musicoterapia
Observações	Ama até aos 3 anos. Aos 2 anos passou a frequentar um atelier infantil duas vezes por semana. Irmão morreu de doença oncológica.		Reanimado ao nascer

Todas as crianças selecionadas para este grupo apresentam uma PEA Perturbação do Espectro Autista independentemente do grau de severidade que pode variar desde o mais ligeiro até a um mais moderado ou mesmo profundo e/ou ainda outras co- morbilidades associadas. Cada aluno pertence a uma turma na qual realiza todas as atividades consideradas essenciais à sua inclusão, independentemente das suas competências, como já estudos realizados em Portugal, como o de Carvalho e Onofre (2006).

Caracterização Geográfica da Escola

De acordo com o Projeto Educativo do Agrupamento de Escolas a Escola Básica do 1º Ciclo insere-se num bairro social onde foram realojadas todas as famílias que moravam no bairro degradado com o mesmo nome. O início de funcionamento desta escola ocorreu no ano letivo de 1976/1977, decorrendo as aulas em instalações pré-fabricadas. Em 1995 foi construído pela Câmara Municipal um edifício com 3 salas de aula, junto aos pré-fabricados, a fim de se poder acolher todos os alunos deste bairro. A Escola atualmente beneficia de novas instalações que tiveram a sua inauguração no dia 26 de Maio de 1997, que oferecem boas condições de funcionamento. A escola é constituída por um edifício de dois andares, ginásio e um espaço de recreio sem cobertura envolvente ao edifício escolar.

A Escola possui instalações definitivas e independentes, constituídas por um edifício com rés-do-chão e primeiro andar em forma de U e por um espaço exterior para recreio que se encontra vedado.

O espaço interior é composto por:

- 1 átrio;
- 11 salas de aula;
- 1 sala de UEE (Unidade de Ensino Estruturado – sala TEACCH);
- 1 biblioteca / mediateca;
- 1 sala de informática;
- 1 sala de professores;
- 1 sala de auxiliares;
- 1 cozinha e refeitório;
- 1 ginásio;
- 1 arrecadação;
- 4 balneários;
- 14 casas de banho de alunos;
- 1 casa de banho para deficientes motores;
- 4 wcs de adultos;
- 1 gabinete médico;
- 1 gabinete da coordenação de estabelecimento e secretaria.

A Unidade de Ensino Estruturado (UEE)

As Unidades de Ensino Estruturado (UEE) estão contempladas na legislação portuguesa, no Decreto-lei 3/2008.

Para a educação de alunos com PEA a escola dispõe de uma UEE – Sala TEACCH. A Comunidade Educativa tem ao seu dispor o CRI – APPDA de Lisboa.

No Regimento Interno do Agrupamento é fornecida informação sobre a UEE desta escola. A Unidade de Ensino Estruturado (UEE) para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) funciona numa Escola do Ensino Básico do 1º Ciclo. A UEE destina-se a apoiar a educação dos alunos que apresentam Perturbações enquadráveis do Espectro do Autismo de grau severo e com outras perturbações associadas.

Esta UEE é um recurso pedagógico especializado da escola e constitui uma resposta educativa específica para alunos com perturbações do espectro do autismo. Todos os alunos têm uma turma de referência que frequentam, em articulação como o horário da UEE.

Tendo em conta as características do trabalho a desenvolver e no sentido de responder de forma adequada e eficaz às necessidades de cada um, o número de alunos apoiados por esta UEE é de seis, de acordo com a legislação do Ministério da Educação. A UEE traduz-se num conjunto de princípios e estratégias que, com base na estruturação externa do espaço, tempo, materiais e atividades, promovem uma organização interna que permite facilitar os processos de aprendizagem e de autonomia das pessoas com PEA, diminuindo a ocorrência de problemas de comportamento.

A criação de situações de ensino/aprendizagem estruturadas minimiza as dificuldades de organização e sequencialização, proporcionando segurança, confiança e ajuda a criança/jovem com PEA a capitalizar as suas forças. (Pereira, 2008).

A UEE tem como principais objetivos os seguintes:

- Proporcionar um ambiente secuzante com áreas bem definidas e delimitadas;
- Informar clara e objetivamente, com apoio em suportes visuais, a sequência das rotinas;
- Promover situações de ensino individualizado direcionadas para o desenvolvimento da comunicação, interação, autonomia e cognição;
- Promover a estabilidade do comportamento;

- Preparar os momentos de transição entre os vários ciclos de ensino e para a vida ativa.
- Fornecer uma informação clara e objetiva das rotinas;
- Manter um ambiente calmo e previsível;
- Atender à sensibilidade do aluno aos estímulos sensoriais;
- Propor tarefas diárias que o aluno é capaz de realizar;
- Promover a autonomia.

A criação de situações de ensino/aprendizagem estruturadas minimiza as dificuldades de organização e sequencialização, proporcionando segurança, confiança e ajuda a criança/jovem com PEA a capitalizar as suas forças. (Pereira, 2008)

Para o bom funcionamento da UEE, enquanto recurso pedagógico especializado, é fundamental um trabalho de equipa que inclua as famílias dos alunos, os professores da turma, as técnicas do Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA), a articulação com os órgãos de gestão, serviços da comunidade que se considerem necessários para responder às necessidades individuais dos alunos com Perturbações do Espectro do Autismo.

A sala tem o seguinte horário de funcionamento:

Tabela 3: Horário da sala TEACCH

Entrada - 9h15m
Intervalo - 10h30m às 11h
Almoço - 12h30m às 13h30m
Saída – 15h15m

A sala de UEE tem os seguintes espaços, de acordo com a lei em vigor:

- 4 áreas de trabalho individual numa das paredes e mais 2 numa outra parede
- área de computador
- área de brincar
- área de transição
- área de trabalho de grupo

Recursos Humanos

Na UEE trabalham três professores de Educação Especial e duas assistentes operacionais. Sendo que apenas dois professores e uma assistente operacional trabalham simultaneamente. Os alunos usufruem das seguintes terapias: psicomotricidade, psicóloga, terapeuta da fala e musicoterapeuta.

Tabelas 4 e 5: Recursos Humanos da Sala TEACCH

	ALUNO A	ALUNO B	ALUNO C
Docentes Educação Especial (estão sempre presentes dois professores)	9:15-12:15 13:30-15:15 4 dias por semana	9:15-12:15 13:30-15:15 4 dias por semana	9:15-12:15 13:30-15:15 4 dias por semana
Docentes Ensino Regular	Diariamente 45 min	Diariamente 45 min	Diariamente 45 min
Assistentes operacionais (está sempre presente uma)	9:15-12:15 13:30-15:15 5 dias por semana	9:15-12:15 13:30-15:15 5 dias por semana	9:15-12:15 13:30-15:15 5 dias por semana
Psicóloga	4 ^a 45 minutos	4 ^a 45 minutos	4 ^a 45 minutos
Psicomotricista	4 ^a 45 minutos	4 ^a 45 minutos	4 ^a 45 minutos
Terapeuta da fala	3 ^a e 5 ^a 45 minutos	3 ^a e 5 ^a 45 minutos	3 ^a e 5 ^a 45 minutos
Musicoterapeuta	3 ^a 45 minutos	3 ^a 45 minutos	3 ^a 45 minutos

	ALUNO D	ALUNO E	ALUNO F
Docentes Educação Especial (estão sempre presentes dois professores)	9:15-12:15 13:30-15:15 4 dias por semana	9:15-12:15 13:30-15:15 4 dias por semana	9:15-12:15 13:30-15:15 4 dias por semana
Docentes Ensino Regular	Diariamente 45 min	Diariamente 45 min	Diariamente 45 min
Assistentes operacionais (está sempre presente uma)	9:15-12:15 13:30-15:15 5 dias por semana	9:15-12:15 13:30-15:15 5 dias por semana	9:15-12:15 13:30-15:15 5 dias por semana
Psicóloga	4 ^a 45 minutos	4 ^a 45 minutos	4 ^a 45 minutos
Psicomotricista	4 ^a 45 minutos	4 ^a 45 minutos	4 ^a 45 minutos
Terapeuta da fala	3 ^a e 5 ^a 45 minutos	3 ^a e 5 ^a 45 minutos	3 ^a e 5 ^a 45 minutos
Musicoterapeuta	3 ^a 45 minutos	Não frequenta	3 ^a 45 minutos

Procedimentos

Num primeiro momento deste estudo foi realizada a pesquisa e investigação de literatura existente que fundamentou a temática em questão e procedeu-se à sua análise bem como a metodologia a utilizar para concretizar o trabalho.

Foi feita a comunicação com a escola conversando com o órgão diretivo, a fim de explicar os objetivos da investigação e pedir autorização para sua realização. Foi entregue o documento, apresentando o investigador e a investigação (objetivos, possíveis participantes e procedimentos) para obtenção da devida autorização. Após autorização da Direção foi realizada uma conversa com os professores. Para segurança da realização e desenvolvimento do estudo, podendo ter sido necessário a participação

dos alunos, foi solicitada atempadamente a devida autorização aos Encarregados de Educação, com a finalidade de observar o seu dia-a-dia na UEE.

Foram distribuídos os pedidos de autorização para recolha e uso das informações à Coordenadora da Escola, ao Diretor do Agrupamento, aos Encarregados de Educação e aos Professores de Educação Especial que trabalham na sala UEE, dos quais se obteve a respetiva autorização. Desta forma o observador/ investigador tem quatro tarefas a realizar: estar junto dos observados e adaptar-se ao seu meio; observar e anotar o desenrolar dos acontecimentos; registar os acontecimentos e interpretar a observação e redigir o relatório. Por isso a observação apela a capacidades de sociabilidade, atenção, memória e interpretação. Peretz (2000, cit. por Leitão, 2011).

Foi feita uma análise documental dos processos dos alunos, dos quais se retirou informação para a caracterização do grupo de estudo.

Foi explicado o objetivo a todas as pessoas referidas e envolvidas no presente estudo. A entrevista foi realizada com os intervenientes com data marcada, individualmente.

Leitão (2011), refere que a construção de relações de confiança entre investigador e investigado, é um processo que acompanha todo o percurso do estudo, iniciando-se desde o momento de escolha dos participantes da investigação, etapa da maior importância na realização de um estudo etnográfico.

A elaboração do presente estudo iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica e documental para permitir o enquadramento teórico, seguindo-se as seguintes fases:

- Definição do objetivo;
- Revisão bibliográfica;
- Definição da amostra;
- Pedido de autorização para a realização do estudo na escola (Anexos 4,5,6,7);
- Recolha de dados;
- Elaboração do guião da entrevista (Anexo 8);
- Aplicação da entrevista à população alvo;
- Recolha e apresentação dos resultados;
- Análise e discussão dos dados.

Apresentação dos resultados

Os dados apresentados foram obtidos através das entrevistas realizadas aos 3 professores de Educação Especial e das observações efetuadas na UEE.

Em relação às entrevistas realizadas aos 3 professores de Educação Especial que trabalham na UEE em estudo os resultados são os seguintes.

Tabela 6: respostas das entrevistas aos docentes da UEE

Perguntas	Respostas
1 Ao longo do ano letivo é evidente uma melhoria da aprendizagem nos alunos com PEA?	Os três professores responderam afirmativamente. O ensino estruturado promove a aquisição de competências por parte dos alunos com PEA de uma forma mais eficaz e consistente.
2 Especificamente em que áreas do desenvolvimento se nota essa melhoria?	Os três professores responderam comunicação, socialização e autonomia.
3 Que atividades realiza na sala Teacch que promovam as três áreas referidas anteriormente (autonomia, socialização e comunicação)?	No que diz respeito à autonomia, os três professores responderam que, na generalidade, os alunos realizam tarefas de autonomia na higiene, alimentação e por vezes executam algumas instruções simples que lhes são dadas no espaço escolar. O professor 1 deu como exemplo tarefas funcionais que os alunos realizam como abotoar e desabotoar roupa, dobrar roupa, emparelhar e dobrar meias (cores e tamanhos), apertar o fecho ou botão das calças, arrumar nas caixas as calças e e arrumar objetos no sítio indicado (como arrumar os jogos e puzzles). O professor 2 focou-se nas questões da higiene pessoal: lavar e limpar as mãos, ir sozinho à casa de banho por iniciativa própria, saber utilizar de forma adequada o papel higiénico, etc.

	Sobre a socialização os três professores disseram que socialização os alunos interagem com os seus colegas das suas turmas de referência, tanto durante as aulas como nos recreios e no refeitório. Na opinião dos três professores tenta-se que os alunos se relacionem não só com crianças e adultos da UEE, mas de toda a escola. O professor 2 acrescentou que os alunos participam também nas atividades da escola como torneios desportivos, celebrações do dia do teatro ou dia do Inglês, mesmo que alguns apenas enquanto espetadores. O professor 3 disse ainda que os alunos que frequentam a unidade também participam em visitas de estudo ou passeios com os restantes alunos da escola. Sobre a comunicação, os professores responderam que os alunos usam um sistema alternativo de comunicação (SPC). No caso dos alunos verbais, estes utilizam o método das 28 palavras de modo a perceberem e a ler palavras. Os três professores responderam que pretende-se melhorar a comunicação recetiva e expressiva. Comunicam usando frases simples, tentam que os alunos compreendam o pronome pessoal EU. A nível da comunicação oral, trabalha-se no sentido dos alunos dizerem sons e palavras, dizerem pequenas palavras, imitar sons de animais, imitar sons da natureza, trautear canções são as atividades nas quais os professores se focam mais. A nível da comunicação não-verbal, os professores responderam que trabalham no sentido de aumentar as situações de comunicação através da utilização de imagens, de gestos funcionais, de mimar canções e de aumentar a utilização de símbolos SPC. Na comunicação, há um diálogo constante com os alunos, mesmo que não se obtenha resposta. Também há leitura de histórias, normalmente acompanhadas por símbolos SPC, teatro de fantoches, canções, visionamento de filmes, lengas lengas, ...
--	---

4 Há articulação entre todos os técnicos intervenientes na sala com os alunos com PEA?	O professor 1 referiu que todos trabalham com o mesmo objetivo e que os técnicos acompanham o que é feito na sala TEACCH. O professor 2 disse também que eles próprios também tentam acompanhar o que é realizado nas terapias para melhor poderem planificar as atividades para os alunos. O professor 3 realçou a importância de serem uma equipa educativa que trabalha com aqueles alunos e que a articulação é como um fio condutor que os conduz até ao mesmo objetivo: o desenvolvimento das crianças.
5 Considera suficientes os recursos humanos disponíveis?	Os 3 professores responderam que estes não são suficientes, pois os alunos são muito dependentes e na maior parte das vezes, é necessário um adulto para cada criança.
6 Quantas vezes por semana frequentam as crianças cada apoio (musicoterapia, psicóloga, psicomotricista, terapeuta da fala)?	Os alunos frequentam uma vez por semana a musicoterapia, psicologia e psicomotricidade. No que diz respeito à terapia da fala os alunos frequentam duas vezes por semana.
7 Considera suficientes os recursos materiais disponíveis?	Os professores 1 e 2 consideraram os recursos materiais existentes bastante razoáveis. O professor 3 respondeu que os recursos materiais existentes são satisfatórios.
8 De que modo é feita a articulação com os docentes	O professor 1 respondeu que a articulação com os docentes do ensino regular é estreita e dinâmica em que as idas dos alunos à sala do ensino regular são previamente combinadas e planeadas, assim como as atividades que vão desenvolver na sala da turma de

do ensino regular?	referência. O professor 2 respondeu que a articulação é boa e é feita com recurso a atividades planeadas em conjunto. O professor 3 respondeu que a articulação é boa e vai ao encontro dos princípios que regem a inclusão de todos os alunos com ou sem dificuldades.
9 Qual o empenho e colaboração dos pais destas crianças? (revelam interesse pelo dia-a-dia dos seus filhos, informam do que se passa fora da escola com a criança)?	O professor 1 respondeu que a colaboração de um modo geral é muito boa revelando interesse pelo dia-a-dia dos seus filhos e informam aos docentes do que aconteceu em casa com os mesmos. Os professores 2 e 3 responderam que a colaboração é boa.
10 Verifica que há um trabalho continuado com a família? (Reforço da aprendizagem da sala; reforço das rotinas; incentivo ao aluno para fazer as coisas sozinho)	O professor 1 respondeu que nem sempre, uma vez que por vezes não se nota o reforço das rotinas. Algumas coisas que pareciam já adquiridas são esquecidas pela falta de reforço (durante o fim de semana, as férias, por exemplo). Por vezes os alunos à segunda-feira chegam bastante destabilizados, e se tiverem adquirido uma competência na semana anterior, por mais que se diga aos pais, na segunda já não a conseguem fazer. O professor 2 apenas respondeu por vezes. Algumas famílias tentam reforçar em casa o que fizemos com eles na escola, mas outras não o fazem. Temos pais que não conseguem insistir com os filhos a fazer determinada coisa (ex. comer sozinho ou comer determinada comida), porque começam a fazer birras, e acabam por ser eles a fazer pelos filhos. O professor 3 respondeu que nem sempre esse trabalho é visível, uma vez que não vemos o que se passa em casa dos alunos.

	Apenas podemos depreender do que vemos aqui na UEE. A verdade é que, quando os alunos passam mais tempo em casa parecem regredir e esquecer competências que já estavam adquiridas antes.
11 Considera que a escola promove a inclusão? De que forma?	Sim. A escola promove a inclusão através de sensibilização à deficiência, palestras, ações de formação e reuniões com os docentes.
12 Sugestões para um melhor funcionamento da UEE.	A resposta comum aos três professores foi a necessidade de mais uma funcionária a tempo inteiro na UEE de modo a promover ainda mais a inclusão dos alunos nas turmas.

Análise dos Resultados

Melhoria das aprendizagens

Face à apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas analisamos as respetivas informações. Segundo a análise das respostas, verificamos que nesta UEE são trabalhadas as áreas de desenvolvimento referidas no estudo: **Comunicação**, **Socialização** e **Autonomia**. Estas áreas são as mais afetadas nestas crianças. Algumas das características do autismo infantil são a dificuldade de contacto com as pessoas, graves alterações de linguagem que se estendiam do mutismo a uma linguagem sem função comunicativa, refletindo as dificuldades de contato e de comunicação interpessoal (Holmes,1997; Frith,1989; Rutter,1987 cit. por Kwee, 2006).

Araújo (2008) também estudou o autismo e referindo Kanner (1943), indicou o que caracteriza as crianças com Autismo: incapacidade de se relacionarem umas com as outras, dificuldade em usarem a linguagem como veículo de significados e um desejo obsessivo de imutabilidade, da manutenção do estado de coisas. O DSMI-IV-TR (2002) classifica o autismo como uma Perturbação Global do Desenvolvimento. Segundo este manual o autismo caracteriza-se por um défice em várias áreas do desenvolvimento:

competências sociais, competências da comunicação e pela presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas.

As respostas dos professores relativamente à melhoria das aprendizagens dos alunos com PEA nas três áreas mais afetadas (comunicação, socialização e autonomia) que frequentam a Sala TEACCH vão de encontro às Normas Orientadoras (Pereira, 2008). As UEE procuram tornar o ambiente em que o aluno se insere mais previsível e acessível ajudando os alunos com PEA a encontrar maior disponibilidade para a comunicação, interação e aprendizagens. Esta metodologia contribui para o aumento do seu nível de autonomia e de participação na escola.

A nível da socialização Moreira (2005) também suporta a ideia de que a metodologia TEACCH ajuda o aluno autista nesta área. O problema do autismo é que o indivíduo não tem habilidade de interagir, ele até tem vontade, mas não sabe como! (Caballo, 2003, cit. por Moreira, 2005). É aí que entra a metodologia TEACCH. Conforme Leon e Lewis (1997, cit. por Moreira, 2005), o TEACCH é um programa que ajuda o autista a adquirir habilidades de comunicação para que se possa relacionar com outras pessoas (Assumpção, 1996, cit. por Moreira, 2005).

Os docentes referiram que o ensino estruturado promove e desenvolve as competências básicas e diárias de ligação da criança autista com o mundo que a rodeia. O aluno autista, segundo os docentes entrevistados, desenvolve rotinas e hábitos pois o ambiente estruturado da sala TEACCH permite fornecer-lhe informação clara e estímulos adequados para a realização de tarefas que o aluno seja capaz de realizar, concordaram com as Normas Orientadoras (Pereira, 2008), porque através do ensino estruturado, constataram que é possível:

- Fornecer uma informação clara e objetiva das rotinas;
- Manter um ambiente calmo e previsível;
- Atender à sensibilidade do aluno aos estímulos sensoriais;
- Propor tarefas diárias que o aluno é capaz de realizar;
- Promover a autonomia.

No mesmo documento, é referido que o Modelo TEACCH tem como objetivo incidir em áreas como:

- Ensino de capacidades de comunicação;
- Organização e prazer na partilha social.

Este modelo tenta também centrar-se nas áreas fortes dos alunos com PEA:

- Processamento visual;
- Memorização de rotinas funcionais;
- Interesses especiais.

Sobre a evidência na melhoria global dos alunos ao frequentarem a UEE, os docentes referiram a importância da UEE, como contributo na melhoria da qualidade de vida dos alunos, de acordo com o artigo de Carvalho e Onofre (2006) também apresenta informação concordante com os nossos dados. No referido artigo sobre práticas bem-sucedidas, no âmbito das NEE, sobre uma sala de recursos TEACCH, em Oeiras, Carvalho e Onofre (2006), referiram que, através da criação de situações de ensino estruturado apoiado em estruturas visuais (plásticas, gráficas, lúdicas, didáticas, pedagógicas), procura-se potenciar a motivação destas crianças para explorar e aprender e desta forma, aumentar os tempos de atenção partilhada, de interação social, de contacto do olhar e de comunicação através deste, desenvolver os tempos de atenção e concentração e de interesse pelas tarefas propostas. Além disso, estas estruturas visuais, ensinam e ajudam a seguir instruções de forma autónoma, auxiliando as crianças com PEA a lidar com as mudanças e proporcionando mais flexibilidade no pensamento. Neste estudo, na opinião dos docentes as crianças com PEA que frequentam o ensino estruturado - Modelo TEACCH apresentam um desenvolvimento mais integrado e equilibrado, verificou-se também, que de acordo com a perspectiva dos docentes participantes neste estudo, o Modelo TEACCH reduz a ansiedade da criança com Perturbações do Espectro do Autismo e potencia as aprendizagens e, ainda na opinião dos docentes os alunos com Perturbações do Espectro do Autismo que frequentam o ensino estruturado – Modelo TEACCH revelam um desenvolvimento cognitivo superior aos alunos com esta síndrome que não frequentam o ensino estruturado, tal como dados do estudo de Moraes (2012).

Verificados os dados recolhidos na entrevista, os docentes inquiridos referiram que a criança autista apresenta um maior desenvolvimento quando aprende segundo a metodologia TEACCH e que as aprendizagens variam de criança para criança, havendo crianças que se desenvolvem mais a nível da comunicação e outras a nível da autonomia, por exemplo, como estudo de Moreira (2005), evidenciou a mesma opinião.

Metodologia

Em relação à pergunta 3 sobre as atividades realizadas na UEE, as respostas dadas pelos professores englobam vários tipos de atividades que têm como objetivo último melhorar a qualidade de vida destes alunos, promovendo a autonomia, a comunicação e a socialização dos alunos com PEA. Os nossos dados estão fundamentados com outros estudos e documentos, como as Normas Orientadoras (Pereira, 2008) que definem a filosofia do modelo TEACCH. Este modelo tem como objetivo principal ajudar a criança com PEA a crescer e a melhorar os seus desempenhos e capacidades adaptativas de modo a atingir o máximo de autonomia ao longo da vida. A utilização do horário, não só organiza o tempo, como é também um suporte eficaz para a comunicação e para a interiorização de conceitos. (Pereira, 2008).

Através da criação de situações de ensino estruturado com apoio de estruturas visuais, de material próprio e de atividades adequadas às suas necessidades (plásticas, gráficas, lúdicas, didáticas, pedagógicas, ...) os docentes procuram potenciar a motivação destas crianças para explorar e aprender com o objetivo de aumentar os tempos de atenção partilhada, de interação social, de contacto do olhar e de comunicação através do olhar, desenvolver os tempos de atenção, de concentração e de interesse pelas atividades propostas e materiais. Manter e aumentar a capacidade de saber esperar pela sua vez em atividades motoras e verbais, aumentar a consistência da resposta em contextos variados, desenvolver a capacidade de cumprir ordens em diversos contextos e a competência para iniciar, realizar e terminar tarefas de forma autónoma. (Carvalho & Onofre, 2006). Entre as atividades referidas pelos professores entrevistados estão atividades funcionais também referidas no estudo de Fonseca (2009).

Nas respostas dos professores entrevistados, o uso de imagens e de símbolos SPC e a utilização de frases simples são apontados como promotores da comunicação dos alunos. Os nossos dados vão de encontro ao que refere Fonseca (2009) sobre a área da comunicação com os alunos com PEA:

“os apoios visuais são meios altamente eficazes para promover a comunicação e a independência de pessoas com autismo, pois estes indivíduos frequentemente têm dificuldades básicas de compreender adequadamente a língua falada e sinais sociais como postura corporal, gestos e contato visual. Os adultos, ao comunicarem com estas crianças devem expressar-se através de objetos, figuras, fotos, imagens em geral, ao invés da exclusiva palavra falada e das expressões não-verbais. Deve tentar-se essa comunicação de forma mais simples e mais clara usando tais apoios. Por exemplo, em vez de usar cinco frases longas para explicar que estamos a ir ao centro comercial, uma foto ou figura pode

reunir numa única imagem todas as informações que a criança autista precisa para absorver a mesma mensagem.”(Fonseca 2009, p.1)

Articulação com os técnicos e professores do ensino regular

Sobre a articulação entre todos os técnicos intervenientes na sala com os alunos com PEA os professores referiram que esta articulação é feita, existindo sempre uma ligação e um “fio condutor” entre o trabalho que é feito na UEE e o trabalho desenvolvido por cada técnico. Estes dados estão referidos no Projeto Educativo do Agrupamento de escolas, onde se lê que a articulação entre os docentes da educação especial, os professores titulares de grupo / turma, os diretores de turma e os diferentes técnicos na referenciação, na avaliação e no acompanhamento dos alunos com necessidades educativas especiais foi considerada um ponto forte na avaliação externa realizada ao Agrupamento entre os dias 4, 5 e 8 de Novembro de 2010, no âmbito da Lei nº31/2002, de 20 de Dezembro, que aprova o sistema de avaliação dos estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário.

No Regimento Interno da EB1 do estudo, também é reforçada a ideia da articulação. Neste documento pode ler-se que para um bom funcionamento da UEEA enquanto recurso pedagógico especializado é fundamental um trabalho de equipa que inclua as famílias dos alunos, os professores da turma, as técnicas do Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA), a articulação com os órgãos de gestão, serviços da comunidade que se considerem necessários para responder às necessidades individuais dos alunos com perturbações do espectro do autismo. Os nossos dados também são suportados pelo documento do Ministério da Educação relativo às Normas Orientadoras para as Unidades de Ensino Estruturado (2008), onde se enfatiza a importância da articulação entre todos os profissionais que trabalham com os alunos autistas:

“relativamente ao trabalho desempenhado pelos técnicos (terapeuta da fala e psicólogo), este deve ser feito em estreita e sistemática articulação com os restantes intervenientes no processo educativo (família, docente da turma/conselho de turma e docentes e auxiliares das UEE), atendendo aos objetivos definidos, aos diferentes domínios e respeitando sempre as dinâmicas de trabalho intrínsecas a cada área de intervenção” (Pereira 2008, p.33)

Em relação à articulação com os docentes do ensino regular o fundamento é o mesmo que existe com os técnicos. A Declaração de Salamanca (1994) suporta os nossos dados. Segundo este documento, os diretores das escolas têm uma responsabilidade especial na promoção de atitudes positivas por parte de toda a

comunidade educativa e na colaboração eficaz entre os professores regulares e o pessoal de apoio. A organização do apoio, assim como o papel específico que deverá ser desempenhado por cada um dos vários elementos envolvidos no processo pedagógico, devem ser decididos através da consulta e da negociação. A colocação de crianças com deficiência nas classes regulares deve constituir parte integrante dos planos nacionais que visam a educação para todos.

No estudo de Ferreira, I. (2011), a autora afirmou que o trabalho em equipa é de extrema importância no desenvolvimento de uma criança, dado que os intervenientes têm a possibilidade de se ajudar mutuamente a ultrapassar todas as dificuldades que vão surgindo na formação destas crianças. Os entrevistados deste estudo reforçaram que esta colaboração é essencial para que os objetivos do plano de intervenção sejam alcançados; partilhar o trabalho e avaliar o que se torna necessário ser trabalhado e sobre o que está adquirido é essencial. Todos partilham da opinião que é importante transmitir entre si o trabalho que realizam com a criança, o que vem confirmar os dados do nosso estudo.

Recursos Humanos

No que diz respeito aos recursos humanos disponíveis, as respostas vão ao encontro do observado. Muitas vezes os alunos precisam de um professor só para si para conseguir realizar uma atividade na totalidade.

O Regimento Interno apoia o parecer dos professores na necessidade de mais uma Assistente Operacional na sala. Segundo este documento e de acordo com as Normas Orientadoras do Ministério de Educação para as UEE (Pereira, 2008), a atribuição dos recursos humanos tem em conta o número de alunos, o seu nível funcional e o horário de funcionamento. Assim, considera-se conveniente para este grupo de seis alunos os seguintes recursos:

- 2 Docentes de formação especializada do Quadro de Educação Especial do agrupamento, preferencialmente com experiência ou formação na área das PEA e ensino estruturado;
- 2 Assistentes Operacionais do Quadro do Agrupamento com o intuito de garantir estabilidade e continuidade e, sempre que possível, familiarizadas com a problemática do Autismo e do ensino estruturado.

No que concerne aos apoios (musicoterapia, psicóloga, psicomotricista, terapeuta da fala) frequentados pelos alunos da sala TEACCH, as respostas dos

professores confirmam-se no Regimento Interno onde estão registados os apoios frequentados pelos alunos da UEE. O Agrupamento São Vicente-Telheiras tem estabelecido um protocolo com o CRI APPDA – Lisboa que contempla os seguintes recursos humanos:

- 1 Terapeuta da Fala;
- 1 Psicóloga;
- 1 Técnica de Reabilitação Psicomotora.

Em relação às terapias adaptadas está prevista a Musicoterapia.

Em relação aos recursos materiais disponíveis as respostas confirmaram o observado e o estipulado pelas Normas Orientadoras (Pereira, 2008).

Atendendo à forma diferenciada e específica de aprender dos alunos com PEA, é necessário elaborar e/ou adaptar material. Assim, considera-se essencial nas UEEA a existência de material informático (computador, impressora, scanner, software educativo, software de comunicação aumentativa/alternativa...), máquina de plastificar, material audiovisual, material didático, material de desgaste (velcro autocolante, papel autocolante). Para a estruturação do espaço físico considera-se necessário a existência de mobiliário que permita a criação de áreas com fronteiras bem definidas: estantes/armários; mesas de trabalho individual; mesas de trabalho de grupo; cadeiras; sofá e outros. (Normas Orientadoras, Pereira, 2008)

Articulação com a família

Em relação às perguntas relacionadas com a família, os docentes referiram que, no geral, a colaboração existente é positiva. Os pais mostram interesse pelo que os seus filhos fazem na escola e também informam a escola, os docentes da sala TEACCH, sobre o que se passa com os seus filhos em casa e durante os fins-de-semana e férias. No entanto, os professores entrevistados afirmaram também que, por vezes, os pais não reforçam as aprendizagens nem as rotinas em casa. Por vezes, algumas coisas que já pareciam aprendidas são esquecidas por falta de reforço. Na opinião destes professores, essa falta de reforço por parte dos pais, deve-se, provavelmente, ao seu cansaço sentido depois de um dia de trabalho, o que os deixa sem muita energia para “trabalhar” com os seus filhos em casa. Após o período de férias escolares e após os fins-de-semana, os professores notam uma regressão nas aprendizagens dos alunos.

Os docentes consideraram este trabalho conjunto e continuado com a família essencial para a consolidação do que é feito na escola e também para a estabilidade da criança autista; é importante que os ambientes experienciados pelo autista não sejam muito diferentes em casa e na escola.

A teoria suporta a importância da colaboração desta no desenvolvimento educativo da criança com PEA. A família e/ou os pais devem continuar em casa o trabalho efetuado na UEE. Esta colaboração é fundamental para que a criança perceba que as regras e as rotinas não diferem da escola e de casa. Havendo um trabalho continuado, não há uma “quebra” ou um abrandamento do desenvolvimento da criança, pois esta está continuamente a ser estimulada e as aprendizagens a serem reforçadas. É importante a família ter conhecimento de tudo o que é feito com o seu educando na escola; tal como é essencial a família comunicar aos professores e técnicos da UEE o que acontece com o aluno em casa.

Na Declaração de Salamanca (1994), documento base da Educação Inclusiva, foi reforçada a ideia de que a educação das crianças com necessidades educativas especiais é uma tarefa partilhada por pais e por profissionais. Uma atitude positiva por parte dos primeiros favorece a integração social e escolar, mas eles precisam de apoio para assumir as funções de progenitores duma criança com necessidades especiais. O papel das famílias e dos pais pode ser valorizado se lhes forem transmitidos os esclarecimentos necessários numa linguagem simples e clara.

É importante o trabalho conjunto entre família e escola. Torres (2008) afirmou que para haver um sucesso na educação das crianças, é necessário conciliar esforços entre os diferentes agentes educativos: pais, professores e membros da comunidade. No mesmo estudo, a autora referiu Marques (1991), que defendeu que quando os pais e os professores colaboram mutuamente, as crianças e jovens beneficiam. Os alunos e as famílias beneficiam porque esta interação melhora o aproveitamento escolar dos alunos e os pais ficam informados acerca da educação e da escola. A escola sozinha é incapaz de vencer a batalha do sucesso educativo. Torna-se necessário o apoio e colaboração das famílias para a contribuição de um desenvolvimento harmonioso das crianças e jovens. (Torres, 2008)

No estudo realizado por Ferreira, I. (2011), verificou-se que a participação e colaboração dos pais no processo educativo/terapêutico foi um fator decisivo na promoção do desenvolvimento da criança com PEA, bem como a intervenção dos

técnicos e professores envolvidos. A autora considerou, no seu estudo, que a família é o núcleo crucial para o desenvolvimento da criança. No mesmo estudo, Ferreira, I. (2011) enfatiza que a patologia, as especificidades e as exigências de uma criança autista implicam sucessivas adaptações e reorganizações por parte da sua família, mais concretamente dos seus pais. O seu desenvolvimento depende, também, da forma como os pais organizam o meio educacional que a rodeia, na medida em que, embora o grau de dificuldade varie muito de indivíduo para indivíduo este está, em grande parte, dependente da qualidade do trabalho educativo realizado. É importante salientar o envolvimento cada vez maior e mais participativo dos pais, neste processo terapêutico. Este estudo reforça todo o nosso trabalho desenvolvido considerando a necessidade de haver uma articulação entre a família e a escola, as duas principais instituições de socialização da criança, parece ser uma ideia consensual, sempre que se fala em oferecer uma educação de qualidade a todos. (Ferreira, I., 2011)

Inclusão

Sobre a promoção da inclusão por parte da escola, os professores responderam que esta é uma realidade que tem sido promovida através de sensibilização à deficiência, palestras, ações de formação e reuniões com os docentes e também com os Encarregados de Educação. Este tema foi valorizado positivamente por todos os docentes. Têm sido aplicadas diferentes estratégias com vista a Inclusão destes alunos na escola, a participação no dia-a-dia na escola, na comunidade, nos passeios, nas atividades noutras instituições.

Segundo a Declaração de Salamanca (1994), o papel das escolas regulares na promoção da Inclusão é fundamental. Seguindo a orientação inclusiva, as escolas regulares constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência, numa ótima relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo.

Reforçamos a Declaração de Salamanca (1994), na qual se lê que tanto as autoridades locais como os diretores dos estabelecimentos de ensino poderão contribuir de forma significativa para tornar as escolas mais adequadas às crianças com necessidades educativas especiais, se lhes forem dados treino e autoridade para tal.

Deverão ser chamadas a desenvolver uma gestão mais flexível, a redimensionar recursos pedagógicos, a diversificar as ofertas educativas, a fomentar a ajuda entre as crianças, a garantir o apoio aos alunos com dificuldades e a desenvolver estreitas relações com os pais e com a comunidade. A boa gestão escolar depende do envolvimento ativo e criativo dos professores e auxiliares, assim como do desenvolvimento duma cooperação eficaz e dum trabalho de equipa, destinado a satisfazer as necessidades dos alunos. Os diretores das escolas têm uma responsabilidade especial na promoção de atitudes positivas por parte de toda a comunidade educativa e na colaboração eficaz entre os professores regulares e o pessoal de apoio. A organização do apoio, assim como o papel específico que deverá ser desempenhado por cada um dos vários elementos envolvidos no processo pedagógico, devem ser decididos através da consulta e da negociação.

O estudo de Capucha (2010) reforçou a importância da escola e dos órgãos diretivos e organizacionais na promoção da Inclusão. Capucha (2010) defendeu que educar e ensinar, de acordo com uma perspetiva inclusiva, implica refletir sobre as práticas pedagógicas a implementar e, de acordo com Silva (2009, cit. por Capucha, 2010), estratégias centradas na pedagogia diferenciada e na aprendizagem cooperativa. Estas estratégias dependem, obviamente da atitude do professor e da forma como ele as coloca em prática, no entanto, o sucesso das mesmas, está igualmente relacionado com uma organização e gestão escolar que esteja em sintonia com estas atitudes. Importa investir não só em modelos de formação continuada de professores, mas na sensibilização de toda a comunidade escolar, nomeadamente aos órgãos diretivos de cada escola, para a importância de uma gestão organizada, que facilite a interação e a cooperação entre os vários profissionais (professores e outros técnicos) presentes na escola e com os encarregados de educação e toda a comunidade onde cada escola se insere.

O Decreto-Lei 3/2008 promove e reforça a importância da inclusão dos alunos com necessidades educativas especiais. Este Decreto pretende a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens.

“A educação especial tem por objetivos a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego das

Observação direta dos alunos com PEA na UEE

A organização do tempo na UEE do nosso estudo é feita de acordo com o horário referido (Quadros 7 e 8). Esta organização tem de ter em conta o horário escolar regular e também dos apoios especializados como psicólogo, psicomotricista, terapeuta da fala e musicoterapeuta. Dentro da sala TEACCH os horários dos alunos estão bem definidos e encadeados, havendo momentos para as rotinas de higiene, para as refeições e para as atividades. Estes dados estão de acordo com os dados do estudo de Ferreira, I. (2011), que referiu que a organização do tempo é uma questão importante para as crianças com PEA. De acordo com os resultados do estudo de Ferreira, I. (2011), para a educadora da instituição, o tempo segue uma sequência repetida de atividades, a que chamam rotina do dia e que deve incluir atividades individuais, em pequeno e em grande grupo; atividades livres e orientadas; atividades calmas e outras que impliquem grande movimento e desgaste físico; atividades de interior e de exterior. Apesar de considerarem que as rotinas não devem ser rígidas e inflexíveis, esta educadora sabe que está condicionada por um horário da instituição e que baliza o tempo conforme as horas das refeições, as atividades extracurriculares, a hora de entrada e saída das crianças e das profissionais e outras situações organizacionais. (Ferreira, I., 2011)

A nível da organização do tempo, esta UEE também segue a metodologia TEACCH, estando afixados os horários dos alunos com símbolos SPC. Nesta UEE o horário dos alunos é lido de cima para baixo.

Carvalho e Onofre (2006) explicaram a importância desta organização. Segundo as autoras, esta organização do tempo estruturada visualmente através de horários de atividades e planos de trabalho fornece antecipadamente à criança (através de uma organização externa) informação clara e objetiva sobre o que vai acontecer ao longo do tempo do dia e em que sequência (antecipar e prever), o que proporciona um ambiente seguro, calmo e previsível. Como resultado consegue-se compensar a dificuldade que os alunos com PEA manifestam em sequenciar e em manterem-se organizados, diminuindo comportamentos disruptivos aumentando a motivação e melhorando a capacidade de aceitação a alterações da rotina.

Em relação às observações efetuadas na sala Teacch desta UEE estes foram os resultados.

Observações efetuadas em diferentes períodos letivos (janeiro a junho de 2013)

Tabela 7: Observações janeiro 2013

Alunos	Autonomia	Socialização	Comunicação
Aluno A	- Necessitava de ajuda para lavar os dentes. Não segurava escova nem colocava a pasta de dentes. - Utilizava o horário apenas quando acompanhado por um professor. - Não comia sozinho nem sabia utilizar os talheres.	- Não saía da sala na altura do recreio, não convivendo com os alunos da escola. - Fazia muitas birras.	- Não comunicava nem verbalmente nem por gestos.
Aluno B	- Sabia utilizar o horário corretamente. - Trabalhava na área de trabalho de forma autónoma.	- Ia à turma do regular durante a hora do lanche, distribuir o leite aos colegas. - Ia ao recreio na mesma altura dos restantes alunos da escola.	- Comunicava oralmente com presença de ecolalia. Entendia as instruções dadas pelos professores. - Lavava os dentes sozinho. - Na atividade de escrita e leitura (frases pequenas e simples), o aluno realizava a atividade com a ajuda da professora.

Aluno C	- Não sabia utilizar o horário. - Não comia sozinho nem sabia utilizar os talheres.	- Não ia ao recreio, mantinha-se na sala.	- O professor realizava com o aluno atividades sensoriais com diversos objetos pedindo ao aluno que repetisse as palavras. O aluno nem sempre as repetia de imediato demonstrando dificuldade na expressão oral.
Aluno D	- O aluno sabia utilizar o horário, mas não sabia em que envelope colocar o cartão retirado.	- Não ia ao recreio, mantinha-se na sala. - Mesmo dentro da sala isolava-se dos colegas.	- Utilizava o sistema PECS no pedido do lanche.
Aluno E	- O aluno sabia utilizar o horário, mas não sabia em que envelope colocar o cartão retirado. - Trabalhava na área de trabalho de forma autónoma. - Ia à casa de banho de forma autónoma e espontânea.	- Ia à turma do regular durante a hora do lanche, distribuir o leite aos colegas. - No recreio os colegas iam ter com ele e ele não os repudiava.	- Nas atividades de repetição de palavras (sobre comida) o aluno emitia sons sem qualquer significado.
Aluno F	- Necessitava de ajuda para lavar os dentes. Não bochechava e não segurava na escova.	- Durante o recreio não brincava nem estava com os colegas, ficando a brincar com	- Nas atividades de repetição de palavras (sobre comida) o aluno não emitia qualquer

	- O aluno sabia utilizar o horário, mas não sabia em que envelope colocar o cartão retirado. - Trabalhava na área de trabalho de forma autónoma.	as folhas das árvores.	som.
--	---	------------------------	------

Tabela 8: Observações junho 2013

Alunos	Autonomia	Socialização	Comunicação
Aluno A	- Utilizava o horário. - Comia sozinho e bebia do copo sem ajuda do adulto.	- Brincava no recreio, às vezes acompanhado outras vezes com os colegas.	- Compreendia o que lhe diziam, mas não verbalizava.
Aluno B	- Utilizava o horário de forma espontânea e autónoma. - Ia buscar jogos para fazer espontaneamente. - Arrumava os seus trabalhos no dossier apenas com explicações verbais do professor.	- Brincava no recreio com os colegas.	- Passou a existir menos ecolália na oralidade. - Passou a construir palavras com duas sílabas com ajuda de cartões. - Mantinha pequenas conversas com os professores, quando estes o incentivavam com perguntas (sobre a escola, sobre o fim de semana, por

			exemplo)
Aluno C	- Começou a comer o lanche praticamente sozinho. A professora colocava-lhe a colher na mão e o aluno já conseguia comer.	- Ia ao recreio acompanhado de um adulto. - Aceitava a companhia de colegas quando passeava pela escola.	-Repetia as palavras que lhes estavam a ser ensinadas e conseguia dizer o fim das palavras quando os professores diziam as sílabas iniciais.
Aluno D	- Ia à casa de banho de forma autónoma e espontânea. - Comia sozinho.	- Passou a ir ao recreio e a deixar algumas crianças aproximarem-se.	- Continuou a utilizar o sistema PECS. - Participou de forma mais ativa no preenchimento do calendário
Aluno E	- Ia à casa de banho de forma autónoma e espontânea.	- Continuava a socializar com os colegas no recreio.	- Continuava a emitir ruídos e sons sem sentido ou significado.
Aluno F	- Utilizava o horário sozinho. - Despia e vestia o casaco sozinho. Pendurava-o sozinho no seu cabide.	- Ia para o recreio, mas mostrou-se recetivo à companhia das outras crianças mesmo que fossem elas a interagir com ele e não ele com elas.	- Pedia o que queria apontando ou indo buscar o objeto (por exemplo, quando queria beber água ia buscar o copo e dava-o ao adulto)

É de referir que alguns destes alunos já frequentavam a sala TEACCH há alguns anos, possuíam competências logo no início das nossas observações e que se mantiveram ao longo do ano letivo. Todos os alunos mostraram evolução, mas nem todos na mesma área (Comunicação, Socialização e Autonomia) nem com a mesma frequência. Como referiu Araújo (2008) no seu estudo, as crianças com PEA manifestam respostas inadequadas a experiências sensoriais, mas estas características podem variar de ligeiras a severas e apresentam-se de forma diferente em cada criança.

Registámos dos respetivos alunos:

O aluno A revelou maior evolução a nível da socialização, deixando de fazer birras e estando com o grupo e também a nível da autonomia, pois começou a ser menos dependente nas refeições.

O aluno B é de todos os alunos desta UEE o que revela ser capaz de fazer mais coisas. A evolução maior foi a nível da comunicação em que mostrou ser capaz de construir palavras e frases, mostrando uma redução de ecolalia.

O aluno C revelou maior evolução a nível da comunicação, sendo capaz de reproduzir palavras e até de completá-las e da autonomia, especialmente a nível das refeições.

O aluno D evoluiu mais a nível da socialização, trabalhando mais com o grupo e convivendo mais com os colegas.

O aluno E foi o que demonstrou menores evoluções, pois continuou sem comunicar de forma alguma e a autonomia que demonstrou foi sempre a mesma desde início. A nível da socialização, o ser afetuoso e receber bem o carinho dos outros, tanto dos seus pares como dos professores foi a sua maior evolução.

O aluno F evoluiu nas três áreas observadas: na comunicação, apesar de não falar, mostrava entender tudo o que lhe era pedido, pedia o que queria por gestos ou indo buscar objetos; na autonomia realizava as suas tarefas diárias como pendurar o casaco sozinho e a nível da socialização aceitava bem a presença dos colegas e até lhes dava a mão e aceitava beijinhos deles.

Para quem não contacta ou convive com os alunos desta UEE pode parecer que as evoluções ao longo de um ano letivo não são muitas. Porém, pelo que foi possível observar na UEE, todos os alunos evoluíram nas suas aprendizagens, mesmo que não tivessem evoluído em todas as áreas. Não podemos deixar de salientar que um aluno autista tem maior dificuldade em mostrar o que sabe, podemos pensar que eles não

sabem algo mas sabem-no e também, ao invés, pensamos que eles sabem e depois não o demonstram.

Nas observações realizadas na UEE, pudemos também perceber que durante as atividades os professores foram conversando com os alunos e reforçando sempre o vocabulário que lhes estavam a ensinar. Também davam reforços positivos quando eles faziam algo corretamente: “Muito bem!”, “Lindo menino”, “Assim é que é!”. Os professores mostraram-se sempre muito carinhosos com os alunos.

Propostas de melhoria para os alunos da UEE

Após este estudo, apresentamos algumas sugestões de melhoria do funcionamento da UEE e contributo para a qualidade de vida dos alunos.

Em relação ao aluno C, que é invisual, a aprendizagem de braille é fundamental no desenvolvimento e promoção da comunicação do aluno. Uma outra possibilidade, seria utilizar no horário deste aluno texturas ou objetos reais. Por exemplo, a escovagem dos dentes poderia ter uma pequena escova de dentes que o aluno reconhecesse como indicativo dessa rotina, um pacote de leite ou de iogurte vazio para o lanche.

No que concerne o aluno F, que sofre de obesidade, poder-se-iam desenvolver mais atividades físicas como subir e descer escadas, percursos de obstáculos (contornar pinos), caminhar mais e depois numa fase seguinte fazer corridas.

A implementação de ateliers no período da tarde com atividades mais manuais e diversificadas, também úteis para a vida ativa seria para estes alunos uma estratégia de adaptação ao mundo quem os rodeia. Cada tarde poderia ser dedicada a um atelier diferente: tecelagem, culinária, olaria, música.

Em concordância com as respostas dadas pelos professores dessa UEE, a nível de recursos humanos parece-nos importante ter mais uma auxiliar para haver um melhor acompanhamento do trabalho realizado com os alunos.

Considerações Finais

Ao realizar este estudo, a prática permitiu-nos o contacto direto com a problemática em análise. Como esta pode diferir de criança para criança, pois cada criança é única e tem uma personalidade própria, embora todas tenham em comum serem autistas e como pode ser feita a inclusão destas crianças no nosso sistema de ensino.

Os professores entrevistados consideraram existir uma melhoria das aprendizagens dos alunos com PEA nas três áreas mais afetadas (comunicação, socialização e autonomia) que frequentam a sala TEACCH. As UEE procuram tornar o ambiente em que o aluno se insere mais previsível e acessível ajudando os alunos com PEA a encontrar maior disponibilidade para a comunicação, interação e aprendizagens. Os docentes referiram que o ensino estruturado promove e desenvolve as competências básicas e diárias de ligação da criança autista com o mundo que a rodeia. Segundo os docentes entrevistados, o aluno autista desenvolve rotinas e hábitos uma vez que o ambiente estruturado da sala TEACCH permite fornecer-lhe informação clara e estímulos adequados para a realização de tarefas que o aluno seja capaz de realizar.

Os resultados do nosso estudo sugerem que o modelo TEACCH representa, de facto, um grande contributo para o desenvolvimento global dos alunos com PEA. Neste desenvolvimento inclui-se obviamente uma maior adaptação, integração e inclusão no mundo que os rodeia, nomeadamente na escola, onde passam a maior parte do seu tempo. Os resultados obtidos foram suportados por vários estudos que chegaram a conclusões semelhantes.

A experiência tem revelado que o TEACCH, adequadamente usado, pode ajudar muito estas crianças. Temos conseguido resultados acima do esperado, não de forma súbita e milagrosa, mas como fruto de um trabalho demorado e sempre voltado para as características individuais de cada criança (Mello, 2005). Esta conclusão é apoiada pelo estudo de Fernandes (2010), onde se afirmou que o modelo TEACCH funciona, pois o ensino estruturado facilita o processo de aprendizagem, bem como a autonomia e os problemas de comportamento das crianças com PEA.

Com a aplicabilidade da metodologia TEACCH, a tendência de evolução das crianças com Autismo que passam por um processo consistente de aprendizado, é de se humanizarem cada vez mais, gradual e progressivamente. Verificamos que adquirem algumas habilidades e constroem alguns significados. (Mello, 2005).

O estudo de Moreira (2005) foi realizado com crianças autistas com quem foi utilizada a metodologia TEACCH. Os resultados obtidos suportam os resultados do nosso estudo, mostrando que a criança autista apresenta um maior desenvolvimento quando aprende segundo a metodologia TEACCH e que as aprendizagens variam de criança para criança; havendo crianças que se desenvolvem mais a nível da comunicação e outras a nível da autonomia, por exemplo. Cada criança deve ser analisada individualmente, para que o seu programa de tratamento também seja feito de maneira individual. Não é porque as crianças têm o mesmo diagnóstico que apresentam as mesmas dificuldades. Todos são diferentes e as suas rotinas e atividades devem ser estudadas de acordo com a necessidade específica de cada um, o que é constatado através do PEP-R. (Moreira, 2005).

Os resultados do nosso estudo, que consignou que nem todas as crianças autistas revelam o mesmo desenvolvimento, nem se desenvolvem nas mesmas áreas vão de encontro às Normas Orientadoras do Ministério da Educação (Pereira, 1998), onde se defende que reconhecer a variabilidade de combinações é fundamental para compreender as pessoas com Autismo e as diferentes necessidades individuais. Não obstante estes indivíduos manifestarem um conjunto de sintomas que permitem realizar um diagnóstico clínico, não existem duas pessoas afetadas da mesma forma e por isso podem ser muito diferentes entre si, não constituindo um grupo homogêneo.

Concluimos de acordo com o parecer dos docentes, tal como defende Moreira (2005), que é fundamental a estimulação destas crianças; que deve haver uma rotina de trabalho, mas o mundo não deve adaptar-se a eles, e sim, eles ao mundo; é necessário provocá-los e enfrentá-los com situações que lhes pareçam difíceis, para que não haja agravamento na área social. Neste documento (Moreira, 2005), foi reforçada, ainda, a ideia de que não há cura para o Autismo, mas, através do Método TEACCH podem-se minimizar os sintomas e fazer com que a criança consiga lidar com as atividades que antes lhe pareciam confusas com mais tolerância. Desta forma, existe a possibilidade de mudar tendências inatas do comportamento. No mesmo artigo (Moreira, 2005), a autora defendeu que o que se observa é que é possível, com a metodologia TEACCH desenvolver habilidades sociais para que o indivíduo autista possa interagir, de forma aceitável, nesta sociedade. A família deve dar continuidade a este trabalho.

Atualmente reconhece-se que a participação e colaboração dos pais no processo educativo/terapêutico das crianças com necessidades educativas especiais, é um fator

decisivo na promoção do seu desenvolvimento. Todos estão de acordo com este princípio, pais, médicos, educadores, contudo ao longo da história nem sempre assim aconteceu. Tal como foi evoluindo o conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE) e as modalidades de atendimento às crianças com NEE, também o papel dos pais tem vindo a ser alterado e encarado de diferentes formas. Isto é, tal como se passou da iniciativa privada à intervenção do Estado na educação das crianças com NEE, também a família passou de responsável pelo problema da criança (causa desse problema) a participante ativo, e com direitos adquiridos, no processo de desenvolvimento/aprendizagem dos seus filhos. (Ferreira, I., 2011). Os docentes entrevistados consideraram este trabalho conjunto e continuado com a família essencial para a consolidação do que é feito na escola e também para a estabilidade da criança autista; é importante que os ambientes experienciados pelo autista não sejam muito diferentes em casa e na escola.

Sobre a promoção da inclusão por parte da escola, os professores responderam que a inclusão é feita através de encontros de sensibilização à deficiência, palestras, ações de formação e reuniões com os docentes e também com os Encarregados de Educação. Todos os docentes valorizaram este tema. Têm aplicado diferentes estratégias com vista a Inclusão destes alunos na escola, a participação no dia-a-dia na escola, na comunidade, nos passeios, nas atividades noutras instituições.

Oliveira (2009) defendeu que cabe a todos, enquanto membros da sociedade, lutar para que todos possam ser incluídos, independentemente das suas características ou limitações. Tendo como referência basilar os princípios que fundamentam a educação inclusiva, o sistema educativo e em particular a escola, deve organizar-se de forma a proporcionar uma educação de qualidade aos seus alunos, sendo fundamental a existência de serviços educativos e apoios adequados e eficazes. (Oliveira, 2009).

A valorização das UEE e o seu contributo no desenvolvimento global da criança autista é referido nas Normas Orientadoras (Pereira, 2008) onde é explicitado que as Unidades de Ensino Estruturado podem constituir um valioso recurso pedagógico das escolas, ou agrupamento de escolas. Com base no ensino estruturado procuram tornar o ambiente em que o aluno se insere mais previsível e acessível, ajudando-o a encontrar maior disponibilidade para a comunicação, interação e aprendizagens. Esta resposta educativa específica visa melhorar a qualidade de vida das crianças/jovens com PEA,

aumentando o seu nível de autonomia e de participação na escola, junto dos seus pares, fomentando a sua inclusão na sociedade.

Bibliografia

Aires, L. (2011). Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional. Universidade aberta.

Disponível em:

<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/1/Paradigma%20Qualitativo%20e%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Educacional.pdf>

Acedido em 22 de abril de 2013

Alarcão, I. e Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento aprendizagem*, 2a ed. Coimbra: Almedina.

Araújo, J. (2008). *As Perturbações do Espectro do Autismo na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1984/1/2009000553.pdf>

Acedido em: 20 de novembro de 2012

Assumpção Jr, F. e Pimentel, A. (2000). Autismo Infantil, *Revista Brasileira de Psiquiatria* ;22(Supl I):37-9

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3795>

Acedido em: 20 de novembro de 2012

Atienza, J. (2002). *Síndrome de Rett*

Disponível em: <http://paidopsiquiatria.com/documentos/rett.pdf>

Acedido em 04 janeiro de 2013

Bénard da Costa, A. M. (1999). *Uma Educação Inclusiva a partir da escola que temos*. Conselho Nacional de Educação.

Disponível em:

http://www.cnedu.pt/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=660&language=en

Acedido em 12 de fevereiro de 2013

Berganza, C., Brenner, C., Medina, E. e Sosa, R. (2003). *Síndrome de Rett – Revisión Bibliográfica y presentación de casos*.

Disponível em:

<http://desastres.usac.edu.gt/apuntes/VOL-1--NUM-1/SINDROME%20DE%20RETT.pdf>

Acedido em 04 janeiro de 2013

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria dos Métodos*. Porto: Porto Editora.

Boni, V. e Quaresma, S. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFS*. Vol. 2 nº 1 (3), p. 68-80.

Disponível em:

<https://journal.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>

Acedido em: 09 de março de 2013

Braga, C. (2010). *Perturbações do Espectro do Autismo e Inclusão: atitudes e representações dos pais, professores e educadores de infância*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho. Braga.

Disponível em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14595/1/Tese.pdf>

Acedido em 9 de dezembro de 2012

Camargos Jr., W. e colaboradores (2005). *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio*. Brasília: Corde.

Disponível em:

<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/Transtornos%20Invasivos%20do%20Desenvolvimento%20-%203%C2%BA%20Mil%C3%AAnio.pdf>

Acedido em 9 de dezembro de 2012

Capucha, M. (2010). *Inclusão ou Ilusão? Intervenção com uma criança com autismo no âmbito da componente de apoio à família*. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

Acedido em: 20 de novembro de 2012

Disponível em:

<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2088/tese.pdf?sequence=1>

Carvalho, A.C. e Onofre, C. (2006). *Aprender a olhar para o outro: Inclusão da Criança com Perturbação do Espectro Autista na Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico. Necessidades Especiais de Educação: Práticas de sucesso*, Ministério da Educação, Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.

http://comunicacaoaa.files.wordpress.com/2010/02/nee_praticas_sucesso.pdf

Acedido em 4 de fevereiro de 2013

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, CID-10 (edição de 2010), Organização Mundial de Saúde.

Disponível em:

http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf

Acedido em 20 de março de 2013

Correia, N. (2011). *A importância da intervenção precoce para as crianças com autismo na perspetiva dos educadores e professores de educação especial*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa.

Disponível em:

<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1489/Neusa%20Correia.pdf.pdf?sequence=1>

Acedido em: 20 de novembro de 2012

Costa, L. (2011). *(Vi)ver o autismo*. Dissertação de Mestrado,. Escola Superior Almeida Garrett. Lisboa.

Disponível em:

http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2329/Tese_Liliana1.pdf?sequence=1

Acedido em: 20 de novembro de 2012

Coutinho, C. (2005). *Percursos da investigação em Tecnologia Educativa em Portugal: uma abordagem temática metodológica a publicações científicas (1985 – 2000)*. Monografias em Educação. Centro de Investigação em Educação. Universidade do Minho. Braga.

Coutinho, M. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*. 1 (XXII), 55-64.

Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a06.pdf>

Acedido em 1 abril 2013

Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção (1994). *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais Acesso e Qualidade*. Salamanca, Ministério da Educação e Ciência de Espanha.

Disponível em: http://redeinclusao.web.ua.pt/files/fl_9.pdf

Acedido em 21 de dezembro 2011

Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, Diário da República, 1.ª série — N.º 4 — 7 de Janeiro de 2008, Ministério da Educação.

Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2008/01/00400/0015400164.pdf>

Acedido em 23 de março 2013

Dias, S. (2009). *Empresa 2.0 – Introdução da Web 2.0 numa empresa de Formação de Gestores e Empresários*. Relatório de Estágio. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa.

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2100/1/22058_ulfp034768_tm.pdf

Acedido em 23 março 2013

Diogo, S., Sequeira, S. e Vila, C. (2009). *Autismo e Síndrome de Asperger*. Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes. Portimão.

Acedido em: 20 de novembro de 2012

Disponível em:

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0140.pdf>

DSM-IV-TR, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (2002). 4ª ed.. Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores.

Disponível em:

<http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/autismo.php>

http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php

Acedido em 3 de dezembro de 2012

Emygdio da Silva, M. (2009). Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas, *Revista Lusófona de Educação*, 13, 135-153.

Acedido em 20 de novembro de 2012

Disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n13/13a09.pdf>

Felicio, V. (2007). *O Autismo e o professor, um saber que pode ajudar*. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Bauru. Brasil.

Disponível em:

<http://www.fc.unesp.br/upload/pedagogia/TCC%20Viviane%20-%20Final.pdf>

Acedido em: 4 de fevereiro de 2013

Fernandes, C. (2011). *Síndrome de Rett*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Almeida Garrett. Lisboa.

Disponível em:

http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/1642/tese_carlos_fernandes.pdf?sequence=1

Acedido em 04 janeiro de 2013

Ferreira, A. (2011). *Uma Criança com Perturbação do Espectro do Autismo – Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Porto.

[http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/496/PG-](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/496/PG-EE_133_2011_ANAFERREIRA.pdf..pdf?sequence=1)

[EE_133_2011_ANAFERREIRA.pdf..pdf?sequence=1](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/496/PG-EE_133_2011_ANAFERREIRA.pdf..pdf?sequence=1)

Acedido em 3 de março de 2013

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.

Disponível em:

http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/700/1/Tese_Isabel_Ferreira.pdf

Acedido em 7 de janeiro de 2013

Fonseca, M. (2009), *A educação do dia a dia - Suportes visuais para crianças com autismo*.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da compreensão à realização*. Lisboa. Lusociência.

Fraser, M. e Gondim, S. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa, *Paidéia*, 14 (28), 139 -152. Universidade Federal da Bahia, Ribeirão Preto.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>

Acedido em 9 de março de 2013

Gadia, C., Rotta, N. e Tuchman, R. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento, *Jornal de Pediatria*, Vol. 80, Nº2 (supl), Sociedade Brasileira de Pediatria.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa10.pdf>

Acedido em 20 de novembro de 2012

Gaino, S. (2004). *Lista de verificação em comunicação e linguagem para transtornos do espectro autístico*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo
Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/teses/SilvanaBatistaGaino.pdf>
Acedido em 15 de março de 2013

Gonçalves, A. (2011). *Os modelos de intervenção são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior Almeida Garrett. Lisboa.
Disponível em :
http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/1492/1/Mestrado%20final%20entregue%20em%2016%20de%20setembro%20-%20N1_S.pdf
Acedido em 20 de novembro de 2012

Gonçalves, M. (2011). *Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo: utilização do sistema PECS para promover o desenvolvimento comunicativo*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Lisboa. Escola Superior de Educação de Lisboa. Lisboa.
Disponível em:
<http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1208/1/Alunos%20com%20perturba%C3%A7%C3%B5es.pdf>
Acedido em 20 de março de 2013

Karabekiroglu, K. (2011). *Pervasive Developmental Disorder- not Otherwise Specified: Specifying and Differentiating*. Intechopen.
Disponível em:
<http://www.intechopen.com/books/autismspectrum-disorders-the-role-of-genetics-in-diagnosis-and-treatment/pervasive-developmental-disorder-nototherwise-specified-specifying-and-differentiating>
Acedido em 5 de fevereiro de 2013

Kwee, C. (2006). *Abordagem transdisciplinar no autismo: o programa Teacch*. Dissertação de Mestrado. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro.

Disponível em :

http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes_fonoaudiologia/CAROLINE-SIANLIAN-KUEE.pdf

Acedido em 12 de novembro de 2012

Leon, V. (2002). *Estudo das propriedades psicométricas do perfil psicoeducacional PEP-R: elaboração da versão brasileira*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1594/000352446.pdf?sequence=1>

Acedido em 9 de dezembro de 2012

Leon, V. Bosa, C. , Hugo C. e Hutz, C. S. (2004). Propriedades Psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R, *Avaliação Psicológica*, (3)1, pp. 39-52.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v3n1/v3n1a05.pdf>

Acedido em 20 de novembro de 2012

Martins, V. (2006). *Avaliação do valor educativo de um software de elaboração de partituras: um estudo de caso com o programa Finale, no 1º Ciclo*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Braga.

Disponível em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6326>

Acedido em 6 de março de 2013

Mello, A. M. (2005). *Autismo: Guia prático*. São Paulo.

Disponível em: www.ama-autismo.pt/index.php/documentos/.../3-autismo-guia-pratico

Acedido em 20 de novembro de 2012

Mercadante, M., Schwartzmann, J. e Van der Gaag, R. (2006). Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(Supl I):S12-20.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a03v28s1.pdf>

Acedido em 20 de novembro de 2011

Morais, T. (2012). *Modelo TEACCH - Intervenção Pedagógica em Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa.

Disponível em:

http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2673/_D.pdf?sequence=1

Acedido em 20 de novembro de 2012

Moreira, P. (2005). *Autismo: a difícil arte de educar*, Universidade Luterana do Brasil – Ulbra – Campus Guaíba – RS.

Disponível em:

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0250.pdf>

Acedido em 20 novembro de 2012

Oliveira, I. (2009). *Contributos de um programa baseado na Dançoterapia/Movimento Expressivo no desenvolvimento da Comunicação Não – Verbal em crianças e jovens com PEA*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

Disponível em:

[https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/752/2/Tese - Contributos de um programa baseado na dançoterapia - movimento excessivo no desenvolvimento da comunicação não verbal em alunos com pea.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/752/2/Tese%20-%20Contributos%20de%20um%20programa%20baseado%20na%20dan%C3%A7oterapia%20-%20movimento%20excessivo%20no%20desenvolvimento%20da%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20n%C3%A3o%20verbal%20em%20alunos%20com%20pea.pdf)

Acedido em 23 de dezembro de 2012

Ozonoff, S., Rogers, S., Hendren, R. (2003). *Perturbações do Espectro do Autismo: Perspetivas da Investigação Atual*. Climepsi Editores.

Percy, A. (2008). Síndrome de Rett: Del reconocimiento al diagnóstico y la intervención terapéutica, *Expert Rev Endocrinol Metab.* 3(3), 327-336.

[http://www.rettargentina.com.ar/wp-content/uploads/Sindrome de Rett-Alan%20Percy.pdf](http://www.rettargentina.com.ar/wp-content/uploads/Sindrome_de_Rett-Alan%20Percy.pdf)

Acedido em 11 janeiro 2013

Pereira, F. (coord) (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo - Normas Orientadoras*. Direcção-Geral da Inovação e do Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.

Disponível em:

www.dgidec.min-edu.pt/.../data/ensinoespecial/publ_unidades_autismo.pdf.

Acedido em: 30 de janeiro de 2010

Projeto Educativo (revisto) do Agrupamento S. Vicente de Telheiras - 2011-2015 (2012).

Disponível em:

<http://www.aesvt.net/attachments/article/69/Projeto%20Educativo%20revisto%2030-11-2012.pdf>

Acedido em 20 de fevereiro de 2013

Rebelo, L. (2011). *A autoconcepção dos professores sobre a criança autista em contexto escolar*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior Almeida Garrett. Lisboa.

Disponível em:

<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1478/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20Liliana%20Rebelo.pdf?sequence=1>

Acedido em 20 de novembro de 2012

Regimento interno da EB1 Prista Monteiro

Disponível em:

<http://www.aesvt.net/attachments/article/61/regimento%20interno%20EB1%20Prista%20Monteiro.pdf>

Acedido em 24 de fevereiro de 2013

Sanches, I e Teodoro, A. (2007). Procurando indicadores de educação inclusiva: as práticas dos professores de apoio educativo. *Revista Portuguesa de Educação*, 20(2), p. 105-149. Universidade do Minho.

Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpe/v20n2/v20n2a05.pdf>

Acedido em 12 de fevereiro de 2013

Sanches, I e Teodoro, A. (2006). Da Integração à inclusão Escolar: Cruzando perspectivas e conceitos, *Revista Lusófona de Educação*, nº 8, pp. 63-83.

Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n8/n8a05.pdf>

Acedido em 10 de fevereiro de 2013

Sanches, I. (2005). Compreender, Agir, Mudar, Incluir. Da investigação-acção à educação Inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, nº 5, pp127-142.

Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rle/n5/n5a07.pdf>

Acedido em 11 de fevereiro de 2013

Santos, A. (2010). *Práticas de inclusão em salas de Jardim-de Infância – um estudo qualitativo com Educadores de Infância*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Educação e Ciências.

Santos, I. e Sousa, P. (2005). *Caracterização da síndrome autista*. Universidade de Coimbra. Coimbra.

Disponível em <URL: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0259.pdf>>

Acedido em 20 de novembro de 2012

Schwartzmann, J. (2003). Síndrome de Rett, *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 25(2):110-3.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a12.pdf>

Acedido em 20 de novembro de 2012

Serra, D. (2010). Sobre a inclusão de alunos com Autismo na escola regular. Quando o campo é quem escolhe a teoria. *Revista de Psicologia*, v. 1 n. 2, p. 163-176, Fortaleza.

Disponível em:

<http://www.revistapsicologia.ufc.br/images/pdf/ano1edicao2/artigos/ano1edicao2011.pdf>

Acedido em 20 de janeiro de 2013

Soares, C. (2009). *O espectro do Autismo*. Seminário de Projeto. Escola Superior Paula Frassinetti, Porto.

Disponível em:

<http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/281/PG-EE-2009CarlaSofiaSoares.pdf?sequence=1>

Acedido em 7 de janeiro de 2013

Teixeira, A. (2011). *A utilização do Livro Adaptado no desenvolvimento da linguagem da criança com Trissomia 21 – Perceções dos Educadores de Infância – Estudo de caso*. Seminário de Projeto. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Porto.

http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/576/PG_EE%20ANDREIATEIXEIRA_2011.pdf?sequence=1

Acedido em 20 de março de 2013

Teixeira, P. (2005). *Síndrome de Asperger*.

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0254.pdf>

Acedido em 04 janeiro de 2013

Telmo, I. (2006). *Formautismo: Manual de formação em autismo para professores e famílias*. Lisboa: APPDA-Lisboa. Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo.

Tetzchner, S. e Martinsen, H. (2002). *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa*. Porto: Porto Editora.

Torres, M. (2010). *Síndrome de Asperger*, Granada.

Disponível em:

http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_36/MARA%20DE%20LOS%20SANTOS_SIERRA_1.pdf

Acedido em 04 janeiro de 2013

Torres, Z. (2008). *A influência das práticas parentais educativas no desenvolvimento de perturbações na infância e adolescência*. Tese de Doutorado. Universidade de Málaga.

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

ANEXOS

PERFIL PSICOEDUCACIONAL REVISTO¹⁰

Folha de Resumo PEP-R

<i>Ano</i>	<i>Mês</i>	<i>Dia</i>	<i>Escala</i>	<i>A</i>	<i>L</i>	<i>S</i>	<i>Escala de</i>	<i>P</i>	<i>E</i>	<i>F</i>
			<i>Comportamental</i>				Desenvolvimento			
Data do teste			Relação (12)				Imitação (16)			
Data de Nasc.			Materiais (8)				Percepção (13)			
<i>Idade cronológica</i>			<i>Sensorial (12)</i>				Motricidade Fina (16)			
			<i>Linguagem (11)</i>				Motricidade Global (18)			
							Óculo- Manual (15)			
							Realização (26)			
							Verbal (27)			
							Nível de Desenvolvimento			
							Idade Desenvolvimento			

Nome:	Escola:
Sexo:	Morada:
Examinador:	P.N.

Legenda:

Limitações significativas:	0-1ano
Observação Comportamental:	1-2 anos
Nível de Comunicação Espontânea:	2-3 anos
	3-4 anos
	4-5 anos
	5-6 anos
	6-7 anos

¹⁰ Traduzido e adaptado pela Equipa de Autismo da Região Centro: Hospital Pediátrico de Coimbra - Centro de Desenvolvimento (HP-CDC) e Direcção Regional de Educação do Centro (DREC)

FOLHA DE COTAÇÃO 1

COMPORTAMENTO

R	M	S	L

Bolas de Sabão

- 1.Desenrosca o frasco
- 2.Faz bolas de sabão
3. Segue as bolas com os olhos
4. Atravessar com o olhar a linha média

Blocos de Tacto

5. Examina os cubos (A/L/S)

--	--	--	--

Caleidoscópio

6. Manipula o caleidoscópio
7. Tem preferência ocular

Campainha

8. Toca duas vezes a campainha

--	--	--	--

Plasticina

9. Enfia o dedo na plasticina
10. Enfia o pauzinho (P se 12=P)
11. Faz um rolo
- 12.Faz uma taça

Fantoches cão, gato e objectos

colher, copo, escova de dentes, lenço

- 13.Manipula um boneco
- 14.Imita o som do animal

DESENVOLVIMENTO

I	P	M	M	O	R	V
		F	G	M		

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

15. Imita as acções com os objectos (3)

16. Aponta as partes do corpo do boneco (olhos, orelhas, nariz, boca) (3)

17. Mostra partes do seu próprio corpo (as mesmas) (3)

18. Jogo interactivo complexo (história) (F se 13=F)

A
L
S

0	0	1	0

P
E
F

6	3	5	0	0	3	0

FOLHA DE COTAÇÃO 2

COMPORTAMENTO

DESENVOLVIMENTO

Puzzle formas geométricas- 3

19. Indica o local correcto

20. Encaixa as peças

21. Nomeia as três formas

22. Identifica as formas

R	M	S	L

I	P	M	M	O	R	V
		F	G	M		

Puzzle objectos - 4 peças

23. Completa o puzzle

24. Cruza a linha média

Puzzle da Luva - 3 peças

25. Indica os espaços por tamanho

26. Encaixa as peças por tamanho

27. Nomeia grande e pequeno

28. Identifica grande e pequeno

Puzzle do gato- 4 peças

29. Indica o local das peças (F se 23=F)

30. Encaixa as peças (F se 23=F)

Puzzle da vaca

31. Reconstrói o puzzle (F se 23=F)

Discos e Cubos coloridos (5)

32. Associa os cubos aos discos (5)

33. Nomeia as 5 cores

34. Identifica as cores (5)

Castanholas

35. Ouve e orienta-se para elas

36. Reacção ao som (A/L/S)

A
L
S

0	0	1	0

P
E
F

0	5	0	1	3	5	3

FOLHA DE COTAÇÃO 3

COMPORTAMENTO

R	M	S	L

Actividade Física

37. Anda sozinho

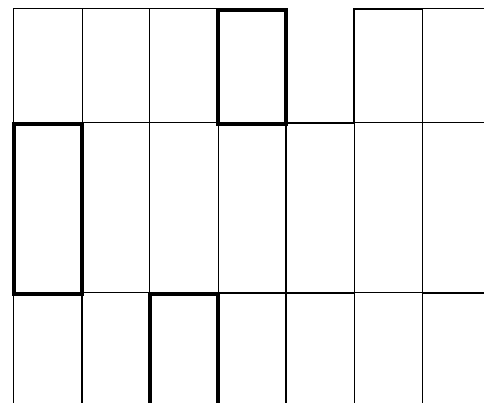
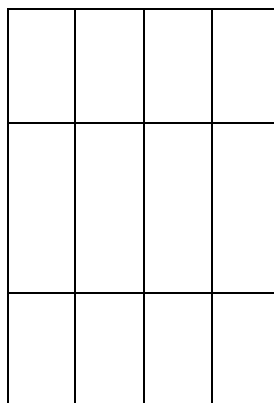
38. Bate palmas

39. Mantém-se num só pé (F se 37=F)

DESENVOLVIMENTO

I	P	M	M	O	R	V
		F	G	M		

40. Salta com os pés juntos (F se 37 =E/F)



41. Imita os movimentos (levanta um braço, toca no nariz, toca no nariz e levanta o outro braço)

42. Toca com o polegar nos outros dedos, em sequência

Bola

43. Apanha a bola (1 em 3 vezes)

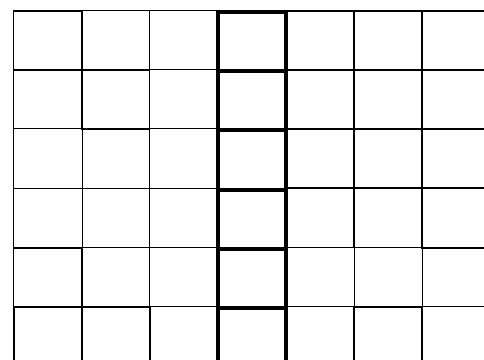
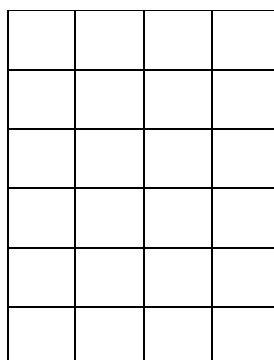
44. Atira a bola (1 em 3 vezes)

45. Chuta a bola

46. Apresenta preferência do pé

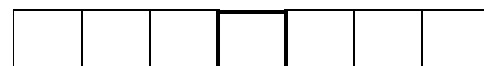
47. Leva a bola (4 passos) (F se 37=F)

48. Empurra a bola (F se 37=F)



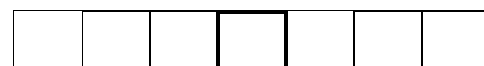
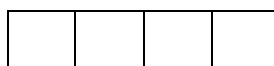
Escadas

49. Sobe (pés alternados) (F se 37=F)



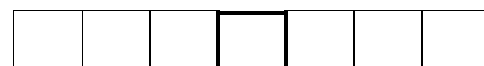
Cadeira

50. Sobe para a cadeira



Carrinho

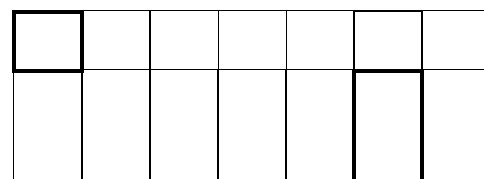
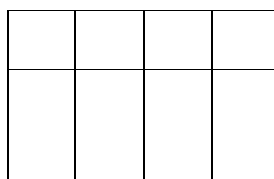
51. Desloca-se no carrinho



Toalha ou copo e objecto favorito

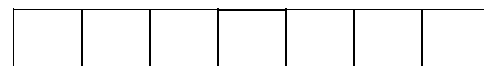
52. Joga às escondidas (P se 18=P)

53. Encontra objecto escondido (P se 108=P)



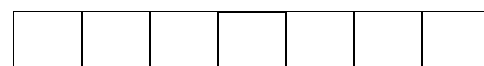
Espelho

54. Reage à sua imagem ao espelho



Contacto Físico

55. Reage ao contacto físico



	2	0	0	0		2	0	1	13	0	1	0
A					P							
L					E							
S					F							

FOLHA DE COTAÇÃO 4

COMPORTAMENTO

DESENVOLVIMENTO

Cócegas

56. Reage às cócegas

Apito

57. Ouve e orienta-se para o som

58. Reacção ao som (A/L/S)

Gestos

59. Responde aos gestos

Copo e Sumo

60. Bebe o sumo

Frasco e Objecto favorito

61. Pede ajuda

Fio com contas grandes

62. Reacção ao fio (A/L/S)

63. Enfia as contas

64. Balança duas pérolas no fio

65. Retira as contas do suporte (6)

66. Enfia as contas no pauzinho (3)

67. Usa as mãos cooperativamente

68. Transfere objectos

R	M	S	L

I	P	M	M	O	R	V
		F	G	M		

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Identificação

69. Como te chamas

70. És um rapaz ou uma rapariga

Caderno da escrita

71. Rabisco espontâneo

72. Apresenta preferência da mão

	0	1	2	0
A				
L				
S				

	0	2	4	4	1	0	3
P							
E							
F							

FOLHA DE COTAÇÃO 5

COMPORTAMENTO

R	M	S	L

DESENVOLVIMENTO

I	P	M	M	O	R	V
		F	G	M		

Caderno da Escrita

73. Copia linha vertical (1 em 3)

74. Copia círculo (1 em 3) (F se 71=F)

75. Copia o quadrado (1 em 3)

76. Copia um triângulo (1 em 3) (F se 73=F)

77. Copia um losango (1 em 3) (F se 73=F)

78. Pinta dentro dos limites (F se 71=F)

79. Passa por cima das formas
(P se 74 - 77=E ou P)

Cartão de letras

80. Combina 9 letras
81. Nomeia as letras
82. Identifica as letras
83. Copia 7 letras (F se 73=F)
84. Desenha um boneco (F se 73=F)
85. Escreve o seu nome (F se 73=F)

Papel e Tesoura

86. Corta com a tesoura

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Bolsa com 5 Objectos

87. Identifica e dá os objectos (4)
(pode precisar de modelos visuais)
88. Identifica os objectos pelo tacto (4)
(sem modelo visual)

Base e 9 peças de feltro

89. Faz a figura do boneco

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Jogo Livre

90. Brinca sozinho (A/L/S)
91. Inicia interacção social (A/L/S)
92. Reacção à voz do examinador
(A/L/S)

A
L
S

2	1	0	0

P
E
F

0	0	3	0	9	4	1

FOLHA DE COTAÇÃO 6

COMPORTAMENTO

DESENVOLVIMENTO

12 Cubos e um Frasco

93. Empilha 8 cubos

94. Põe 1 cubo dentro da caixa

95. Conta 2 e 7 cubos

96. Dá 2 e 6 cubos

Copo e Cubos

97. Põe o cubo no copo e este no chão

Cubos, Picos e Frasco

98. Separa 2 tipos de objectos (F se 94=F)

99. Deixa um cubo no frasco (P se 98=P)

Imitação de Dígitos

100. Repete 2 e 3 dígitos

101. Repete 2 e 3 dígitos

1º ensaio 7-9 ; 2-4-1; 2º ensaio 5,3 ; 5-7-9

102. Repete 4 e 5 dígitos (F se 100=F)

103. Repete 4 e 5 dígitos

1º ensaio 5-8-6-1 ; 3-2-9-4-8

2º ensaio 7-1-4-2 ; 7-4-8-3-1

Contar

104. Conta em voz alta (1-10)

Cartões dos números

105. Nomeia os números (10)

R	M	S	L

I	P	M	M	O	R	V
		F	G	M		

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Adições e Subtracções *

106. Resolve problemas na 2ª pessoa
(2)

(F se 95=F)

107. Resolve problemas na 3ª pessoa (2)

(F se 95=F)

A
L
S

0	0	0	0

P
E
F

2	0	1	0	2	3	7

FOLHA DE COTAÇÃO 7

COMPORTAMENTO

R	M	S	L

DESENVOLVIMENTO

I	P	M	M	O	R	V
		F	G	M		

3 Copos e Doce

108. Encontra o doce debaixo do copo

(F se 53= E ou F)

109. Utiliza a pinça

Cartões com Imagem

110. Mima a função dos objectos

Sino

111. Ouve e orienta-se para o som

112. Reacção ao som (A/L(S)

Apito, Castanholas e colher

113. Imita com os objectos sonoros.

Cartas de Categorias

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

114. Agrupa as cartas (cores/formas)
(12) (F se 32=E ou F)

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Correspondência Cartas e Objectos

115. Faz corresponder cartão/objecto
(5)

116. Nomeia objectos (5)

117. Dá os objectos que lhe são pedidos

118. Demonstra a função dos objectos

Interruptor

119. Acciona o interruptor

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Livro da Linguagem *

120. Mostra interesse

121. Reconhece as imagens (14)

122. Nomeia as imagens (14)

Repetição: Sons, Palavras e Frases

123. Repete 3 sons *

124. Repete 2 palavras *

A
L
S

0	0	1	0

P
E
F

3	3	2	0	0	6	2

FOLHA DE COTAÇÃO 8

COMPORTAMENTO

R	M	S	L

DESENVOLVIMENTO

I	P	M	M	O	R	V
		F	G	M		

Repete Sons, Palavras e Frases

125. Repete frases curtas* (2) (F se 124=F)

126. Repete frases simples* (2)

(F se 125= E ou F)

127. Repete frases complexas* (2)

(F se 126=E ou F)

Fantoche, Copo, Cadeira e Bola

128. Obedece a ordens verbais* (4)

Imitação

129. Reage à imitação das suas acções

(P se 41=P)

130. Reage à imitação dos seus sons

(P se 124=P)

Ordens

131. Obedece a ordens simples (3)

Utilização da linguagem

132. Utiliza frases de 2 palavras * (3)

133. Utiliza frases de 4 ou 5 palavras *
(1)

134. Utiliza o plural (2)

135. Utiliza pronomes (1)

Livro da linguagem

136. Lê palavras curtas *

137. Lê 1 frase curta * (F se 136=E ou F)

138. Lê com alguns erros (F se 137=E / F)

139. Lê com compreensão * (F se 137=I)

140. Lê e segue ordens * (F se 137=E ou F)

Caixa de trabalhos acabados

141. Antecipa a rotina

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Faz gestos com a mão

142. Diz adeus com a mão (P se 41=P)

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Belisco

143. Reacção ao belisco (A/L/S)

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

A
L
S

0	0	1	0

P
E
F

3	0	0	0	0	4	11

FOLHA DE COTAÇÃO 9

COMPORTAMENTO

Observação do comportamento (A/L/S)

144. Exploração do ambiente

145. Exame ao material do teste

146. Contacto visual

147. Sensibilidade visual

148. Sensibilidade auditiva

149. Interesse pelas texturas

150. Exploração do sabor

151. Exploração olfactiva

152. Afectividade

153. Comportamento durante as actividades

154. Pede ajuda ao examinador

155. Reacção ao medo

156. Gestos estereotipados

157. Consciência da presença do examinador

158. Cooperação com o examinador

R	M	S	L

159. Capacidade de atenção
 160. Tolerância a interrupções
 161. Entoação e inflexão
 162. Tagarelice

	7	4	6	2
A				
L				
S				

FOLHA DE COTAÇÃO 10

COMPORTAMENTO

Observação do comportamento (A/L/S)	R	M	S	L
163. Utilização das palavras				
164. Jargão ou linguagem idiossincrática				
165. Ecolalia retardada				
166. Ecolalia imediata				
167. Preservação de palavras e sons				
168. Utilização de pronomes				
169. Inteligibilidade da linguagem				
170. Competências sintáticas				
171. Comunicação espontânea				
172. Motivação por recompensas concretas				
173. Motivação por elogios				
174. Motivação por recompensas intrínsecas				

	1	2	0	9
A				
L				
S				

*INSTRUÇÕES PARA OS ITENS COM **

106. Resolve problemas mentalmente (2ª pessoa)

Se tu tiveres 1 bola e eu te der mais 2, com quantas ficas? (3)

Se tu tiveres 2 moedas e eu te der 4 moedas, com quantas ficas? (6)

Se tu tiveres 5 blocos e deitares fora 2, com quantos ficas? (3)

107. Resolve problemas mentalmente (3ª pessoa)

O Miguel tinha 5 bolas, mas deitou fora 2. Com quantas ficou? (3)

O João tinha 2 moedas e a mãe deu-lhe mais 4. Com quantas ficou? (6)

O Luís tinha 3 carros e o pai deu-lhe mais 1. Com quantos ficou? (4)

120. Livro da linguagem

COMPREENSÃO	EXPRESSÃO
Mostra-me:	O que é isto? O que é que está a fazer?
1 – Chávena	1 – Vaca (muu-muu, touro)
2 – Boneca	2 – Bola (qualquer tipo de bola)
3 – Chave	3 – Flor (margarida)
4 – Avião	4 – Carrinho de bebé (ou frases que o descrevam)
5 – Gaiola	5 – Escova de dentes (escova)
6 – Guarda-chuva	6 – Frigorífico (congelador)
7 – Cozinha	7 – Pintar
8 – Atar	8 – Baloçar
9 – Portão	

10 – Boneco	9 – Garrafa (coca cola, sumo)
11 – Peru	10 – Ventoinha
12 – Apanhar	11 – Canguru
13 – Construir	12 – Patinar (correr de patins)
14 – Cozinheiro	13 – Carregar (segurar, brincar, andar com o cão)
15 – Torre / Empilhar	14 – Médico (enfermeiro)
16 – Colher / Apanhar	15 – Mergulhar (nadar, saltar)
17 – Tomar Banho	16 – Conduzir (andar numa carroça, passear)
18 – Termo	17 – Levantar (fazer músculo, exercício, levantar ou segurar em cima)
19 – Comboio	18 – Torre (Igreja, relógio)
20 – Lançamento	19 – Tenda (barraca)
	20 – Mover a terra (trabalhar, construir, conduzir o tractor)

123. Repete sons:

Mm, Ba-ba, pa-ta, La-la

124. Repete palavras:

pá, cão, bebé

125. Repete frases curtas

Bebé vê ali.

Eu quero papel.

Ele não chora.

126. Repete frases simples

O bebé chuta a bola vermelha.

Eu vi um avião a voar.

O João trouxe uma boneca e um comboio.

127. Repete frases complexas

Embora o meu cão lardasse o gato não fugiu.

Antes de jantar lavo sempre as mãos.

Se ficares quieto, dou-te um livro.

128. Responde a ordens verbais

Bata na caixa.

Acaricia o cão.

Fica de pé e salta.

Põe o copo na caixa e depois senta-te.

132. Utiliza frases com 2 palavras

Material	Questões	Respostas
Copo e sumo	Gostas de sumo? Queres sumo? Podes pedir sumo? Onde está o copo? O que queres que eu faça?	
Bolo	Queres um bolo? Podes pedir um bolo? Queres levar um bolo?	
Pente	O que é isto? O que é que fazes com isto? Quem penteia o teu cabelo em casa?	
Bolas de sabão	O que podemos fazer com isto? Gostas de bolas de sabão? Consegues rebentar as bolas? Diz-me o que estás a fazer.(rebentar, soprar)	

133. Utiliza frases com 4-5 palavras (livro da linguagem)

Diz-me o que estás a ver.

Tens disto em casa?

Fala-me do teu cão (bola, boneca ...).

Quem fez isto contigo?

Cozinhas com a mãe? O que é que fazes? O que gostas de comer? Como cozinhas ...?

Consegues vestir-te sozinho? O que é que gostas de vestir?

136. Lê palavras curtas

Bola

Cão

Gato

Casa

137. Lê frases curtas

O Tó tem um cão e um gato. O Tó também tem uma bola grande. O cão, o gato e o Tó vivem numa casa.

O Tó gosta de brincar com o seu cão e o seu gato. O cão saltou por cima da bola do Tó e fugiu pela rua abaixo. O Tó apanhou o cão. Eles foram para casa. O Tó pegou na bola e pô-la na caixa.

139. Lê com compreensão

Que animais tem o Tó? (cão e gato)

Com que é que o Tó brinca? (bola, gato ou cão)

Quem saltou por cima da bola do Tó? (cão)

C A R S
(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

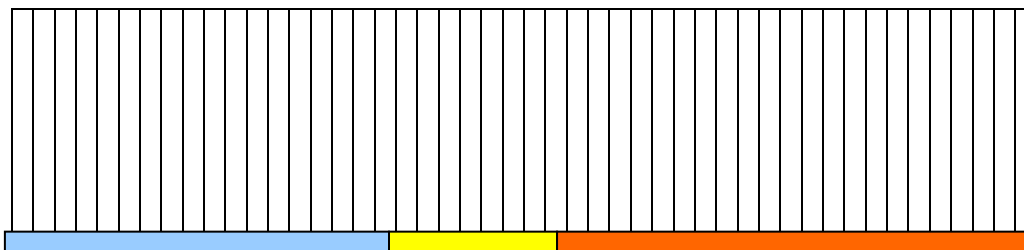
de: Eric Schopler, Robert J., Reichler e Barbara Rothen Renner
Hospital Pediátrico de Coimbra – Centro de Desenvolvimento da Criança

“ Escala comportamental composta por 15 Itens, desenvolvida para identificar crianças com síndrome autista, permitindo ainda uma classificação clínica da sua gravidade desde ligeiro a moderado e severo”.

ESCALA DE COTAÇÃO			
DOMÍNIOS		PONTUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
I	Relação com pessoas	1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3 - 4	
II	Imitação		
III	Resposta emocional		
IV	Uso corporal		
V	Uso de objectos		
VI	Adaptação à mudança		
VII	Resposta visual		
VIII	Resposta auditiva – ao som		
IX	Resposta ao paladar, olfacto e tacto		
X	Medo ou ansiedade		
XI	Comunicação verbal		
XII	Comunicação não-verbal		
XIII	Nível de actividade		
XIV	Nível e consistência da resposta intelectual		
XV	Impressão global		
Total:		Cotação	

COTAÇÃO TOTAL

15 18 21 24 27 30 33 36 39
42 45 48 51 54 57 60



Não Autista	Autista Ligeiro Moderado	Autista Severo
-------------	--------------------------------	----------------

Aluno: _____

Data de Nascimento: ____/____/____.

Idade: ____ anos.

Pré-escolar : ____ ano

1.º Ciclo do E. Básico: ____ ano

Instituição/Escola: _____

Data de observação: ____ de ____.

O Técnico

I – RELAÇÃO COM AS PESSOAS

1 - Sem evidência de anomalia ou dificuldade na relação com as pessoas.

Alguma timidez, agitação ou aborrecimento pode ser observada na avaliação, mas não um nível superior do que é esperado para uma criança da mesma idade.

2 - Relação ligeiramente anormal.

Evita olhar nos olhos do adulto, evita o adulto ou zanga-se se a interação é forçada, excessivamente tímido, não responde para o adulto como uma criança da sua idade, ou mais ligada aos pais do que é esperado.

3 - Relação moderadamente anormal.

A criança mostra-se distante ignorando os adultos e parecendo ausente por momentos. São necessários esforços e persistência para prender a sua atenção. O contacto iniciado pela criança e a qualidade é pouco pessoal.

4 - Relação **severamente anormal**.

A criança está distante e desinteressada do que o adulto está a fazer. Quase nunca inicia ou responde ao contacto com o adulto. Somente um esforço mais persistente consegue prender a sua atenção.

Observações:

II – IMITAÇÃO

1 - **Imitação apropriada**.

A criança é capaz de imitar sons, palavras e movimentos de forma adequada às suas capacidades.

2 - **Imitação ligeiramente anormal**.

Imita comportamentos simples como bater palmas ou sons simples na maior parte das vezes. Ocasionalmente pode imitar somente depois de muito estimulado ou com algum tempo de atraso.

3 - **Imitação moderadamente anormal**.

Imita só parte do tempo, requerendo uma grande persistência e ajuda do adulto. Pode frequentemente imitar após algum tempo de atraso.

4 - **Imitação severamente anormal**.

Raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com a ajuda do adulto.

Observações:

III – RESPOSTA EMOCIONAL

1 - **Respostas emocionais adequadas à idade e à situação**.

A criança mostra um tipo e um grau de resposta adequada, revelada por alteração na expressão facial, postura e modo/atitude.

2 - **Resposta emocional ligeiramente anormal**.

Ocasionalmente desenvolve um tipo ou grau de reação emocional desajustada. As reações muitas vezes não estão relacionadas com os objetos ou acontecimentos à sua volta.

3 - **Resposta emocional moderadamente anormal**.

Tipo e ou grau de resposta desajustada. Reações muito apagadas ou excessivas e outras vezes não relacionadas com a situação. Pode gritar, rir, sem motivo aparente.

4 - Resposta emocional severamente anormal.

Raramente a resposta é adequada á situação; o humor mantém-se independentemente da alteração dos acontecimentos. Por outro lado, pode manifestar diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.

Observações:

IV- MOVIMENTOS DO CORPO

1 - Movimento do corpo apropriado à idade.

Move-se com a facilidade, agilidade e coordenação da criança normal na mesma idade.

2 - Movimento do corpo ligeiramente anormal.

Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como uma criança desajeitada, movimentos repetitivos, coordenação pobre, ou aparecimento raro de movimentos invulgares referidos no ponto 3.

3 - Movimento do corpo moderadamente anormal.

Notados comportamentos nitidamente estranhos e não usuais para esta idade. Pode incluir movimentos finos dos dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, auto-agressão, balanceio, rodopiar, enrolar/entrelaçar de dedos, marcha em bicos de pés.

4 - Movimento do corpo severamente anormal.

Movimentos descritos no ponto 3 mais frequentes e intensos. Estes comportamentos persistem, muito embora se proibam e se envolva a criança noutras atividades.

Observações:

V- UTILIZAÇÃO DOS OBJECTOS

1 - Interesse e uso apropriados de brinquedos ou objetos.

A criança mostra um interesse normal em objetos ou brinquedos apropriados para o seu nível e usa-os de um modo adequado.

2 - Interesse e uso ligeiramente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Pode mostrar menos interesse que o normal num brinquedo ou brincar com ele de modo infantil, como batendo com ele ou levando-o à boca numa idade em que este comportamento já não é aceitável.

3 - Interesse e uso moderadamente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Mostra pouco interesse em brinquedos e objetos, ou pode estar preocupado em os utilizar de um modo anômalo e estranho. Pode focar a atenção numa parte insignificante destes, ficar fascinado com a reflexão de luz do objeto, mover repetidamente uma parte do objeto em particular ou brincar só com um objeto excluindo os outros. Este comportamento pode ser pelo menos parcial ou temporariamente modificado.

4 - Interesse e uso severamente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Comportamento semelhante ao ponto 3 mas de um modo mais frequente e intenso. É muito difícil desligar-se destas atividades uma vez nela embrenhada, sendo muito difícil alterar esta utilização desajustada.

Observações:

VI- ADAPTAÇÃO À MUDANÇA

1 - Adaptação à mudança adequada.

Pode reagir à mudança de rotina, mas aceita-a sem stress desajustado.

2 - Adaptação à mudança ligeiramente anormal.

Quando o adulto tenta mudar de tarefa esta pode querer continuar na mesma tarefa ou usar o mesmo material, mas consegue-se desviar a sua atenção facilmente. Por exemplo, pode-se zangar se é levada a um supermercado diferente ou se fez um percurso diferente da escola, mas acalma-se facilmente.

3 - Adaptação à mudança moderadamente anormal.

Resiste ativamente às mudanças de rotina. Quando se pretende alterar uma atividade, tenta manter a anterior, sendo difícil de dissuadir.

Por exemplo, insiste em recolocar a mobília que foi mudada. Fica zangada e infeliz quando uma rotina estabelecida é alterada.

4 - Adaptação à mudança severamente anormal.

Quando ocorrem mudanças mostra uma reação intensa que é difícil de eliminar. Se a mudança é imposta, fica extremamente zangada, não colaborante respondendo com birras.

Observações:

VII- RESPOSTA VISUAL

1 - Resposta visual adequada à idade.

O comportamento visual é normal. A visão é usada em conjunto com os outros sentidos para explorar novos objetos.

2 - Resposta visual ligeiramente anormal.

Tem de ser lembrada de tempos a tempos para olhar para os objetos. Pode estar mais interessada em olhar para um espelho ou luzes que uma criança da mesma idade e, ocasionalmente, ficar com olhar ausente. Pode também evitar o contacto visual.

3 - Resposta visual moderadamente anormal.

Tem de ser lembrada frequentemente para olhar o que está a fazer. Pode ficar com o olhar fixo, ausente, evitar olhar nos olhos das pessoas, olhar para os objetos de um ângulo estranho ou levá-los muito perto dos olhos embora os vendo normalmente.

4 - Resposta visual severamente anormal.

Evita constantemente olhar para as pessoas ou certos objetos e pode mostrar formas extremas de peculiaridades visuais descritas acima.

Observações:

VIII- RESPOSTA AO SOM

1 - Resposta ao som adequada à idade.

O comportamento auditivo é normal. A audição é utilizada em conjunto com os outros sentidos, como a visão e o tato.

2 - Resposta ao som ligeiramente anormal.

Alguma falta de resposta para alguns sons ou uma resposta ligeiramente exagerada para outros. Por vezes, a resposta ao som pode ser atrasada e os sons podem ocasionalmente necessitar de repetição para prender a atenção da criança. Pode por vezes distrair-se por sons externos.

3 - Resposta ao som moderadamente anormal.

A resposta ao som varia muitas vezes. Muitas vezes ignora um som nos primeiros minutos em que é desencadeado. Pode assustar-se por sons do dia-a-dia tapando os ouvidos quando os ouve.

4 - Resposta ao som severamente anormal.

A criança hiper ou hiporeage de um modo externo independentemente do tipo de som.

Observações:

IX - RESPOSTAS AO PALADAR, OLFACTO E TACTO

1 - Resposta normal ao paladar, olfacto e tacto.

Explora objectos novos de um modo apropriado à idade tocando-lhes e observando-os. O paladar e o olfacto podem ser utilizados quando apropriado como nos casos em que o objecto é parecido com algo que se come. Reagem a estímulos dolorosos menores do dia-a-dia decorrentes de quedas, pancadas e beliscões, expressando desconforto mas não de um modo excessivo.

2 - Uso e resposta ligeiramente anormal do paladar, olfacto e tacto.

Persiste em levar objectos à boca, mesmo quando as crianças da sua idade já ultrapassaram essa fase. Pode por vezes cheirar ou tomar o gosto de objectos não comestíveis. Pode ignorar ou reagir excessivamente a um beliscão ou estímulo doloroso ligeiro, que a criança normal expressa apenas como ligeiro desconforto.

3 - Uso e resposta moderadamente anormal do paladar, olfacto e tacto.

Pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou saborear objectos ou pessoas. Pode mostrar uma reacção moderadamente anormal à dor reagindo muito ou pouco.

4 - Uso e resposta severamente anormal do paladar, olfacto e tacto.

Mostra-se preocupada em cheirar, saborear ou tocar objectos mais pela sensação do que pela expressão ou uso normal do objecto. Pode ignorar completamente a dor ou reagir fortemente a algo que apenas motiva desconforto ligeiro.

Observações:

X - MEDO OU ANSIEDADE

1 - Medo ou ansiedade normais.

O comportamento da criança é adequado à idade e à situação.

2 - Medo ou ansiedade ligeiramente anormal.

Revela ocasionalmente medo ou ansiedade que é ligeiramente desajustada,

3 - Medo ou ansiedade moderadamente anormal.

A resposta de mesmo desencadeada é excessiva ou inferior ao esperado em idêntica situação mesmo por uma criança mais nova.

Pode ser difícil de entender o que a desencadeou sendo também difícil de a confortar.

4 - Medo ou ansiedade severamente anormal.

Os medos persistem mesmo após repetidas experiências com situações ou objectos desprovidos de perigo. Pode parecer amedrontada durante toda a consulta sem qualquer motivo. Pelo contrário pode não mostrar qualquer receio a situações como cães desconhecidos ou tráfego, que crianças da mesma idade evitam.

Observações:

XI - COMUNICAÇÃO VERBAL

1 - Normal em relação com a idade e situação.

2 - Comunicação verbal ligeiramente anormal.

Atraso global da linguagem. Muita linguagem tem sentido. Contudo, ecolalias e troca de pronomes ocorrem ocasionalmente quando já ultrapassada a idade e quem isso normalmente ocorre. Muito ocasionalmente são utilizadas palavras peculiares e jargon.

3 - Comunicação verbal moderadamente anormal.

A linguagem pode estar ausente. Se presente, pode ser uma mistura de alguma linguagem com sentido e outra peculiar como o jargon, ecolalia a troca de pronomes. Alguns exemplos incluem repetição sem fins comunicativos, de reclames de TV, reportagens do tempo e jogos. Quando é utilizada linguagem com sentido pode incluir peculiaridades como questões frequentes ou preocupação com tópicos particulares.

4 - Comunicação verbal severamente anormal.

Não é utilizada linguagem com sentido. Em vez disso pode ter gritos, sons esquisitos ou parecidos com animais ou barulhos complexos simulando linguagem. Pode mostrar uso persistente e bizarro de palavras ou frases reconhecíveis.

Observações:

XII - COMUNICAÇÃO Não-verbal

1 - De forma adequada à idade e situação.

2 - Uso ligeiramente anormal da comunicação não-verbal.

A comunicação não-verbal utilizada é imatura. Pode apontar, por exemplo, vagamente para o que pretende, em situações em que uma criança normal da mesma idade aponta mais especificamente.

3 - Uso **moderadamente anormal da comunicação não-verbal.**

É geralmente incapaz de exprimir as suas necessidades ou desejos de um modo não-verbal, e é geralmente incapaz de entender a comunicação não-verbal dos outros. Pode levar o adulto pela mão ao objecto desejado, mas é incapaz de exprimir o seu desejo por gesto ou apontando.

4 - Uso **severamente anormal da comunicação não-verbal.**

Usa somente gestos peculiares e bizarros sem significado aparente e não parece compreender o significado dos gestos e expressões faciais dos outros.

Observações:

XIII – NÍVEL DE ACTIVIDADE

1 - **Normal em relação com a idade e circunstâncias.**

A criança não é nem mais nem menos activa do que uma criança normal, da mesma idade, e nas mesmas circunstâncias.

2 - **Nível de actividade ligeiramente anormal**

Pode ser ligeiramente irrequieta ou lenta. O nível de actividade desta só interfere ligeiramente com a sua realização. Geralmente é possível encorajar a criança a manter o nível de actividade adequado.

3 - **Nível de actividade moderadamente anormal**

Pode ser muito activa e muito difícil de conter. À noite parece ter uma energia ilimitada e não ir rapidamente para a cama.

Pelo contrário, pode ser uma criança completamente letárgica, sendo necessário um grande esforço para a fazer mobilizar. Podem não gostar de jogos que envolvam actividade física parecendo muito preguiçosos.

4 - **Nível de actividade severamente anormal**

Mostra-se extremamente activa ou inactiva , podendo transitar de um extremo para outro. Pode ser muito difícil orientar a criança. A hiperactividade quando presente ocorre virtualmente em todos os aspectos da vida da criança, sendo necessário um controle constante por parte do adulto . Se é letárgica é extremamente difícil despertá-la para alguma actividade e o encorajamento do adulto é necessário para que inicie a aprendizagem ou execute alguma tarefa.

Observações:

XIV - NÍVEL E CONSISTÊNCIA DA RESPOSTA INTELECTUAL

1 - Inteligência normal e razoavelmente consistente nas diferentes áreas.

Tem uma inteligência sobreponível às outras da sua idade e não apresenta uma incapacidade invulgar ou outro problema.

2 - Função intelectual ligeiramente anormal

Não é tão desperta como as da sua idade e as suas capacidades parecem do mesmo modo atrasadas em todas as áreas.

3 - Função intelectual moderadamente anormal

No global a criança não é tão esperta como as da sua idade; contudo em uma ou mais áreas pode funcionar próximo do normal.

4 - Função intelectual severamente anormal

Enquanto a criança não é tão esperta como as outras da sua idade, pode funcionar melhor que uma criança da sua idade em uma ou mais áreas. Pode ter capacidades invulgares como talento especial para a música, arte ou facilidade particular com os números.

Observações:

XV - IMPRESSÃO GLOBAL

1 - Sem autismo

A criança não mostra qualquer sintoma característico do autismo.

2 - Autismo ligeiro

A criança revela poucos sintomas ou somente um grau ligeiro de autismo.

3 - Autismo moderado

A criança mostra alguns sintomas ou um grau moderado de autismo.

4 - Autismo severo

A criança revela muitos sintomas ou um grau extremo de autismo.

AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW – REVISED

Lord, Catherine e Rutter, Michael ¹¹

ENTREVISTA PARA DIAGNÓSTICO DO AUTISMO – REVISTA

INVESTIGAÇÃO

(3ª edição)

RESUMO

ANTECEDENTES

(ANOTE QUALQUER DISCREPÂNCIA ENTRE A DESCRIÇÃO DO INFORMADOR E O CONHECIMENTO DO OBSERVADOR POR OUTRAS FONTES, E RESUMA NO FINAL DA ENTREVISTA).

						<u>Pais da criança</u>
<u>NOME</u>	<u>DN</u>	<u>Idade</u>	<u>Sexo</u>	<u>Estado civil</u>	<u>Crianças</u>	(este casamento, casamento anterior, de criação, adotados, etc)
			<u>DN</u>	<u>Sexo</u>	<u>História médica/Social</u>	
<u>ESCOLARIDADE DO SUJEITO (ESCOLAR E PRÉ-ESCOLAR)</u>						
<u>Escola</u>	<u>Tipo</u>		<u>Datas que frequentou</u>		<u>Ajuda especial</u>	

MEDICAÇÃO (NÃO É NECESSÁRIO COTAR)

O _____ toma alguma medicação actualmente? (REGISTE EM BAIXO COM DETALHE)

¹¹ Traduzido para Português por: Assunção Ataíde, Astrid Moura Vicente, Carla Marques, Guiomar Oliveira, Lúcia Lapa, Teresa São Miguel

1. PREOCUPAÇÕES ACTUAIS

A B C D

AD

2. IDADE (EM MESES) EM QUE OS PAIS NOTARAM QUE ALGUMA COISA NÃO ESTAVA BEM NA LINGUAGEM, RELAÇÕES SOCIAIS OU COMPORTAMENTO

----------------------	----------------------	----------------------

3. PRIMEIROS SINTOMAS A DESPERTAR A PREOCUPAÇÃO DOS PAIS

A B C D

4. IDADE (EM MESES) EM QUE OS PAIS PEDIRAM OPINIÃO PELA PRIMEIRA VEZ

----------------------	----------------------	----------------------

DIAGNOSTICO (NÃO É NECESSÁRIO COTAR AQUI)

5. ÍNICIO EM RETROSPECTIVA

AQUISIÇÕES MOTORAS

6. SENTOU-SE SEM AJUDA NUMA SUPERFÍCIE PLANA

----------------------	----------------------	----------------------

7. MARCHA SEM AJUDA

----------------------	----------------------	----------------------

CONTROLE DE ESFÍNCTERES

8. AQUISIÇÃO DO CONTROLO DA BEXIGA: DIA

9. AQUISIÇÃO DO CONTROLO DA BEXIGA - NOCTURNO

--	--	--

--	--	--

10. AQUISIÇÃO DO CONTROLE INTESTINAL

--	--	--

COMUNICAÇÃO

B4 11. USO/UTILIZAÇÃO DO CORPO DOS OUTROS PARA COMUNICAR

ACTUAL

--

ALGUMA VEZ

--

AD 12. IDADE DAS PRIMEIRAS PALAVRAS SIMPLES (SE ALGUMA VEZ USADAS)

--	--	--

AD 13. IDADE DAS PRIMEIRAS FRASES (SE ALGUMA VEZ USADAS)

--	--	--

14. ARTICULAÇÃO/PRONUNCIÇÃO

ACTUAL

--

AOS 5.0 ANOS

--

15. COMPLEXIDADE DAS FRASES NÃO ECOLÁICAS

ACTUAL

--

AOS 5.0 ANOS

--

C2V 16. VOCALIZAÇÃO SOCIAL/CONVERSA FAMILIAR

ACTUAL

--

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.0

17. ECOLÁLIA IMEDIATA

ACTUAL

ALGUMA VEZ

18. FRASES ESTEROTIPADAS E ECOLÁLIA DIFERIDA

C3V

ACTUAL

ALGUMA VEZ

19. NÍVEL GLOBAL DE LINGUAGEM

ACTUAL

20. CONVERSÇÃO RECÍPROCA (QUALQUER QUE SEJA O NÍVEL VERBAL DE COMPLEXIDADE)

C2V

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

21. FALA MOSTRANDO INTERESSE NOS OUTROS

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

22. DECLARAÇÕES OU QUESTÕES INADEQUADAS

C3V

ACTUAL

ALGUMA VEZ

C2V 23. INVERSÃO DOS PRONOMES

ACTUAL

ALGUMA VEZ

C3V 24. NEOLOGISMOS / LINGUAGEM IDIOSINCRÁTICA

ACTUAL

ALGUMA VEZ

D2 25. RITUAIS VERBAIS

ACTUAL

ALGUMA VEZ

26. ENTOAÇÃO/VOLUME/RITMO/DÉBITO

ACTUAL

ALGUMA VEZ

27. EXPRESSÃO VOCAL

ACTUAL

ALGUMA VEZ

28. COMUNICAÇÃO VERBAL ACTUAL

ACTUAL

AOS 5 ANOS

C4 29. IMITAÇÃO ESPONTÂNEA DE ACCÕES (CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A DEZ ANOS)

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

C1

30. APONTAR PARA EXPRESSAR O INTERESSE

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

C1

31. GESTOS CONVENCIONAIS/INSTRUMENTAIS

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

C1

32. DIZER SIM COM A CABEÇA

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

C1

33. DIZER NÃO COM A CABEÇA

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

34. PRESTAR ATENÇÃO À VOZ

ACTUAL

(COM MENOS 5.0 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

34A. COMPREENSÃO DE LINGUAGEM SIMPLES

ACTUAL

☐

MAIS ANÔMALO

4.0 – 5.

☐

35. PREOCUPAÇÕES SOBRE A AUDIÇÃO

ACTUAL

☐

36. SENSIBILIDADE DESADEQUADA A RUÍDOS

ACTUAL

☐

ALGUMA VEZ

☐

**37/41. NÍVEL DE LINGUAGEM COMUNICATIVA ANTES DA PERDA/PERDA DAS CAPACIDADES DE LINGUAGEM
DEPOIS DE ADQUIRIDAS**

37. NÍVEL DA LINGUAGEM COMUNICATIVA ANTES DA PERDA

ALGUMA VEZ

☐

38. FALA COMUNICATIVA, ESPONTANEA E COM SIGNIFICADO (EM CERTO NÍVEL)

ALGUMA VEZ

☐

39. PALAVRAS USADAS ESPONTÂNEAMENTE, MAS SEM INTENÇÃO COMUNICATIVA CLARA

ALGUMA VEZ

☐

40. SÍNTEXE SIMPLES

ALGUMA VEZ

☐

41. ARTICULAÇÃO

ALGUMA VEZ

☐

DESENVOLVIMENTO SOCIAL E JOGO

B1 42. CONTACTO VISUAL DIRECTO

ACTUAL

(MENOS DE 4.0)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B1 43. SORRISO SOCIAL

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

44. CUMPRIMENTAR

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B3 45. DEMONSTRAR E DIRECCIONAR A ATENÇÃO A OUTROS

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B3 46. PARTILHAR

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B3 47. PROCURA PARTILHAR COM OS OUTROS O SEU PRAZER

ACTUAL


MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.



48. PARTILHA DE PRAZERES E ALEGRIAS DOS OUTROS

ACTUAL


MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.



B4 **49. CONFORTAR**

ACTUAL


MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.



50. PROCURAR CONFORTO

ACTUAL

(MENOS DE 10 ANOS)

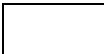

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.



B4 **51. QUALIDADE DO COMPORTAMENTO SOCIAL**

ACTUAL


MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.



B1 **52. VARIEDADE DA EXPRESSÃO FACIAL UTILIZADA PARA COMUNICAR**

ACTUAL


MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.



B4 **53. EXPRESSÃO FACIAL INADEQUADA**

ACTUAL

ALGUMA VEZ

54. BRAÇOS ESTENDIDOS A PEDIR COLO

ACTUAL

(MENOS DE 4.0 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

55. AFECTO

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

56. DESINIBIÇÃO SOCIAL

ACTUAL

(MENOS DE 4.0 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B4 **57. RESPOSTAS SOCIAIS APROPRIADAS**

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

58. ANSIEDADE SOCIAL/EVITAR

ACTUAL

59. “BASES SEGURAS”

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

ACTUAL

(ANTES DOS 4.0 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

60. ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

ACTUAL

(ANTES DOS 4.0 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

actividades/brinquedos favoritos

ACTIVIDADES FAVORITAS

BRINQUEDOS FAVORITOS

61. INICIAÇÃO DE ACTIVIDADES ADEQUADAS

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

62. CURIOSIDADE

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

C4 **63. JOGO IMAGINATIVO**

ACTUAL

(ANTES DOS 10 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B2 **64. JOGO IMAGINATIVO COM OS PARES**

ACTUAL

(ANTES DOS 10 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

C4 **65. IMITAÇÃO DO JOGO SOCIAL**

ACTUAL

(ANTES DOS 10 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B2 **66. INTERESSE EM CRIANÇAS**

ACTUAL

(ANTES DOS 10 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B2

67. RESPOSTA À ABORDAGEM POR OUTRAS CRIANÇAS

ACTUAL
(ANTES DOS 10 ANOS)

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B2

68. JOGO EM GRUPO COM PARES

MAIS ANÓMALO

4.0 – 5.

B2

69. AMIZADES (PARA CRIANÇAS COM 5.0 OU MAIS ANOS)

ACTUAL
(5.0 OU MAIS ANOS)

MAIS ANÓMALO

10.0 – 15.0

INTERESSES E COMPORTAMENTOS

D1

70. INTERESSES CIRCUNSCRITOS (SUJEITOS COM 4 OU MAIS ANOS)
PARA OS ITENS 70-79, 81 E 84

ACTUAL
(4.0 OU MAIS ANOS)

ALGUMA VEZ

D1

71. PREOCUPAÇÕES INVULGARES

ACTUAL

ALGUMA VEZ

D4

72: USO REPETITIVO DE OBJECTOS OU INTERESSE POR PARTES DE OBJECTOS

(OU 77 – pontuar mais elevado)

)

ACTUAL

ALGUMA VEZ

73. DIFICULDADES COM PEQUENAS MUDANÇAS NAS ROTINAS DO SUJEITO OU NO AMBIENTE QUE O RODEIA

ACTUAL

ALGUMA VEZ

74. RESISTÊNCIA A MUDANÇAS INSIGNIFICANTES DO MEIO AMBIENTE (QUE NÃO AFECTAM DIRECTAMENTE O SUJEITO)

ACTUAL

ALGUMA VEZ

D2

75. COMPULSÕES/RITUAIS

ACTUAL

ALGUMA VEZ

76. LIGAÇÃO INVULGAR A OBJECTOS

ACTUAL

ALGUMA VEZ

D4

77. INTERESSES SENSORIAIS INVULGARES

(OU 77 – pontuar mais elevado)

ACTUAL

ALGUMA VEZ

78. RESPOSTAS ANÓMALAS E IDIOSINCRÁTICAS A ESTÍMULOS SENSORIAIS ESPECÍFICOS

ACTUAL

ALGUMA VEZ

79. MEDOS INVULGARES

ACTUAL

ALGUMA VEZ

80. HIPERVENTILAÇÃO

ACTUAL

ALGUMA VEZ

D3

81. MANEIRISMOS DAS MÃOS E DEDOS

(OU 84 – pontuar mais elevado)

ACTUAL

ALGUMA VEZ

82. MOVIMENTOS MANUAIS DE LINHA MÉDIA

ACTUAL

ALGUMA VEZ

83. PERDA DO USO FUNCIONAL DAS MÃOS

ACTUAL

ALGUMA VEZ

D3

84. OUTROS MOVIMENTOS CORPORAIS ESTEROTIPADOS OU MANEIRISMOS COMPLEXOS

(NÃO INCLUI O BALANCEIO ISOLADO)

(OU 82 – pontuar mais elevado)

ACTUAL

ALGUMA VEZ

85. BALANCEIO

ACTUAL

ALGUMA VEZ

COMPORTAMENTOS GERAIS

86. MARCHA

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

(4.0 – 5.0)

87. ESCOLIOSE/FRAGILIDADE NAS COSTAS

ACTUAL

88. COORDENAÇÃO DA MOTRICIDADE GLOBAL

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

(4.0 – 5.0)

89. COORDENAÇÃO DA MOTRICIDADE FINA

ACTUAL

MAIS ANÓMALO

(4.0 – 5.0)

90. AUTO AGRESSÃO

ACTUAL

ALGUMA VEZ

91. HIPERACTIVIDADE EM CASA OU NOUTRO LOCAL

ACTUAL

ALGUMA VEZ

91b. AGRESSÕES A EDUCADORES OU MEMBROS DA FAMÍLIA

ACTUAL

ALGUMA VEZ

91c. AGRESSÕES A PESSOAS NÃO FAMILIARES

ACTUAL

ALGUMA VEZ

92. DESMAIOS/ATAQUES/AUSÊNCIAS

ACTUAL

ALGUMA VEZ

AD 93. IDADE DA EVIDÊNCIA DO PROBLEMA

AD 94. JUÍZO DO ENTREVISTADOR SOBRE A IDADE EM QUE A ANOMALIA DE DESENVOLVIMENTO

☐ SE MANIFESTOU INICIALMENTE (COTAR EM MESES)

95. PERDA DE CAPACIDADES (DURANTE PELO MENOS TRÊS MESES)

ANTES DOS 5.0 ANOS

☐

DEPOIS DOS 5.0 ANOS

☐

96. PERDA DE CAPACIDADES (ASSOCIADA A DOENÇA FÍSICA)

ANTES DOS 5.0 ANOS

☐

DEPOIS DOS 5.0 ANOS

☐

ÁREA DE PERDAS (cotar 0 se não existir, 1 se possível, 2 se definitivo)

ANTES DOS 5.0

DEPOIS DOS 5.0

97. COMUNICAÇÃO

98. INTERESSE SOCIAL E CAPACIDADE DE RESPOSTA

99. JOGO E IMAGINAÇÃO

100. CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO

101. CAPACIDADES PRÉ-ACADÊMICAS, ACADÊMICAS OU VOCACIONAIS

102. CAPACIDADES MOTORAS

103. IDADE EM QUE A PERDA DE CAPACIDADES FOI INICIALMENTE APARENTE

--	--	--

Cotar a idade em meses)

104. DETERIORAÇÃO PROGRESSIVA

☐

105. DURAÇÃO DO PERÍODO DE DETERIORAÇÃO

--	--	--

106/111. CAPACIDADES ESPECIAIS (PARA TODOS OS SUJEITOS)

ACTUAL

ALGUMA VEZ

106. HABILIDADES VISUO-ESPACIAIS

(puzzles, formas, padrões, etc.)

☐☐

107. CAPACIDADE DE MEMORIZAÇÃO

(memória precisa de detalhes como por exemplo, datas e tabuada)

☐☐

108. CAPACIDADE MUSICAL

(reconhecer, composição, execução e colocação de voz no tom)

☐☐

109. CAPACIDADE GRÁFICA

(capacidade invulgar no desenho em perspectiva ou criatividade gráfica)

☐☐

109. CAPACIDADES LEITURA

(leitura precoce)

☐☐

110. CAPACIDADES DE CÁLCULOS

(cálculo mental aritmético)

☐☐

AVALIAÇÃO GERAL (NÃO REQUER COTAÇÃO)

Há mais algum aspecto no comportamento da sua criança que o preocupe em particular? (EXPLORAR SÓ SE FOR RELEVANTE EM ALGUM DOS CÓDIGOS ESPECIFICADOS ATRÁS OU PARA FAZER O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AUTISMO) Há mais alguma coisa de que ainda não falámos e que gostasse de nos contar?

IMPRESSÕES E CIRCUNSTÂNCIAS DA ENTREVISTA (DESCREVA)

(TOME NOTA SE FIZER UM REGISTO EM VÍDEO/AUDIO)

DESCREVA SUMARIAMENTE ALGUMAS DISCREPÂNCIAS ENCONTRADAS ENTRE A INFORMAÇÃO DADA E A OBSERVADA

<i>Nome da criança</i> <i>Entrevistador</i>	<i>Data Nasc.</i>	<i>Data Ent.</i>	<i>Idade (A M)</i>
--	-------------------	------------------	--------------------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Algoritmo ADI-R proposto para ICD-10

Para o formato de investigação

(revisto Maio de 1997)

(Usar *actual* para crianças com menos de 4 anos e *mais anómalo* 4-5 para outras excepto onde notado de outro modo)

(Converter os 3 do protocolo em 2)

(Converte os 7, 8, 9 em 0)

Capacidades reduzidas de interacção social

B1: Incapacidade para utilizar comportamentos não-verbais para a interacção social.

Olhar directo (42) _____

Sorriso social (43) _____

Expressões faciais (52) _____

Total B1

B2: Incapacidade para desenvolver relações de amizade com os colegas

Jogo do “faz de conta” com os pares (só acima dos 4 anos) (64) _____

Interesse por crianças (66) _____

Resposta ao contacto das outras crianças (67) _____

Jogos de grupo com os seus pares (CA 4-10 anos)

ou

Amigos (CA 10-15 anos)

(68/69) _____

Total B2 _____

B3: Dificuldade na partilha do prazer

Demonstrando e dirigindo a atenção (45) _____

Oferta para partilhar (46) _____

Procura partilhar o seu prazer com os outros (47) _____

Total B3

B4 – Incapacidade de reciprocidade sócio-emocional

Uso do corpo do outro (Pontuar alguma vez) (11) _____

Oferta de conforto (49) _____

Qualidade das relações sociais (51) _____

Expressões faciais inadequadas (Pontuar alguma vez) (53) _____

Respostas sociais apropriadas (57) _____

Total B4 _____

Total B = B1 + B2 + B3 + B4

(limite = 10)

COMUNICAÇÃO

Todos os sujeitos

C1: Ausência ou atraso na linguagem verbal ou falência da compreensão nos gestos

Aponta para demonstrar interesse (30) _____

Gestos instrumentais convencionais (31) _____

Abanar a cabeça para dizer sim (32) _____

Abanar a cabeça negativamente (33) _____

Total C1 _____

C4: Ausência de jogo de “faz de conta” ou de limitação social espontâneo e variado

Imitação espontânea de acções (29) _____

Jogo imaginativo (63) _____

Jogos de imitação social (65) _____

Total C4 _____

Sujeitos verbais (nível de linguagem (19 = 0))

C2V: Incapacidade relativa em iniciar ou manter uma conversa recíproca

Conversa social/familiar (Pontuar actual) (16) _____

Diálogo (Pontuar actual) (20) _____

Total C2V _____

C3V: Discurso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático

Frases estereotipadas (Pontuar alguma vez) (18) _____

Questões inapropriadas (Pontuar alguma vez) (22) _____

Inversão pronominal (Pontuar alguma vez) (23) _____

Neologismos/Linguagem idiossincrática (Pontuar alguma vez) (24) _____

Total C3V _____

Total Verbal = C1 + C4 + C2V + C3V

(limite = 8) _____

Criança não verbal (total global do nível de linguagem (19) = 1 ou 2)

Total Não Verbal = C1 + C4

(limite = 7) _____

Comportamentos repetitivos e padrões esteriotipados

(Cotar alguma vez para estes itens)

D1: Preocupações ou padrões de interesses circunscritos

Interesses circunscritos (4 anos ou mais) (70)

Preocupações fora do comum (71)

D2: Adesão aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais

Rituais verbais (25)

Compulsões/rituais (75)

D3: Maneirismos motores, repetitivos e esteriotipados

Movimentos de mãos e dedos (81)

ou

Pontuar o mais elevado

Maneirismos complexos (84)

D4: Preocupações com partes de objectos ou elementos não funcionais de materiais

Uso repetitivo de objectos (72)

ou

Pontuar o mais elevado

Interesses sensoriais fora do comum (77)

D Total = D1 + D2 + D3 + D4

(limite = 3) _____

Atraso de desenvolvimento evidente aos 36 meses ou antes

Idade em que os pais se aperceberam (2) _____

(se < 36 meses, pontuar 1)

Idade em que começou a ser evidente o distúrbio (93) _____

(se cotado 3 ou 4, pontuar 1)

Opinião do entrevistador na idade de apresentação (94) _____

(se < 36 meses, pontuar 1)

Idade das primeiras palavras simples (12) _____

(se > 24 meses, pontuar 1)

Idade das primeiras frases (13) _____

(se > 33 meses, pontuar 1)

(limite = 1) _____

PROTOCOLO 1

Excelentíssimo Sr. Diretor do Agrupamento de Escolas _____,

Ana Raquel Marques a frequentar o Mestrado em Necessidades Educativas Especiais no Instituto Superior de Educação e Ciências, no âmbito da tese / dissertação final deste Mestrado com o tema “O Contributo da Unidade de Ensino Estruturado no Desenvolvimento Global da Criança com Perturbação do Espetro do Autismo”.

Para o efeito, venho, por este meio, solicitar a sua autorização para observar e registar as informações observadas sobre as crianças autistas que frequentam a unidade de ensino estruturado (sala Teacch) que funciona na EB1 _____ pertencente ao Agrupamento de escolas _____.

Solicito, ainda, a colaboração dos técnicos e professores que trabalham na referida unidade, expressando as suas opiniões profissionais em relação à mesma, através do preenchimento dum questionário (entregue posteriormente). As crianças não serão identificadas, sendo apenas divulgado o nome da escola. Os dados recolhidos serão, única e exclusivamente, utilizados para a realização deste trabalho e não serão divulgados.

Desde já agradeço a vossa atenção, colaboração e disponibilizo-me para qualquer informação adicional que considerem necessária

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 02 de janeiro de 2013

AUTORIZAÇÃO

- ☐ Sim, autorizo a observação e registo das informações observadas sobre as crianças autistas que frequentam a unidade para fins de trabalho universitário.
- ☐ Não, não autorizo a observação e registo das informações observadas sobre as crianças autistas que frequentam a unidade para fins de trabalho universitário.

Assinatura: _____

PROTOCOLO 2

Excelentíssima Sra Coordenadora da EB1 _____,

Ana Raquel Marques a frequentar o Mestrado em Necessidades Educativas Especiais no Instituto Superior de Educação e Ciências, no âmbito da tese / dissertação final deste Mestrado com o tema “O Contributo da Unidade de Ensino Estruturado no Desenvolvimento Global da Criança com Perturbação do Espetro do Autismo”.

Para o efeito, venho, por este meio, solicitar a sua autorização para observar e registar as informações observadas sobre as crianças autistas que frequentam a unidade de ensino estruturado (sala Teacch).

Solicito, ainda, a colaboração dos técnicos e professores que trabalham na referida unidade, expressando as suas opiniões profissionais em relação à mesma, através do preenchimento dum questionário (entregue posteriormente). As crianças não serão identificadas, sendo apenas divulgado o nome da escola. Os dados recolhidos serão, única e exclusivamente, utilizados para a realização deste trabalho e não serão divulgados.

Desde já agradeço a vossa atenção, colaboração e disponibilizo-me para qualquer informação adicional que considerem necessária

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 09 de janeiro de 2013

AUTORIZAÇÃO

- ☐ Sim, autorizo a observação e registo das informações observadas sobre as crianças autistas que frequentam a unidade para fins de trabalho universitário.
- ☐ Não, não autorizo a observação e registo das informações observadas sobre as crianças autistas que frequentam a unidade para fins de trabalho universitário.

Assinatura: _____

PROTOCOLO 3

Caro Encarregado de Educação,

Ana Raquel Marques a frequentar o Mestrado em Necessidades Educativas Especiais no Instituto Superior de Educação e Ciências, no âmbito da tese / dissertação final deste Mestrado com o tema “O Contributo da Unidade de Ensino Estruturado no Desenvolvimento Global da Criança com Perturbação do Espectro do Autismo”. Para o efeito, venho solicitar a vossa autorização para observar e registar as informações observadas sobre o trabalho desenvolvido na sala.

Os alunos não serão identificados, sendo apenas divulgado o nome da escola. Os dados recolhidos serão, única e exclusivamente, utilizados para a realização deste trabalho e não serão divulgados.

Desde já agradeço a vossa atenção e disponibilizo-me para qualquer informação adicional que considerem necessária.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 09 de janeiro de 2013

AUTORIZAÇÃO

- ☐ Sim, autorizo a observação, recolha e registo de dados sobre o meu educando para fins de trabalho universitário.
- ☐ Não, não autorizo a observação, recolha e registo de dados sobre o meu educando para fins de trabalho universitário.

Assinatura: _____

PROTOCOLO 4

Caro professor/ técnico da Sala Teacch,

Ana Raquel Marques a frequentar o Mestrado em Necessidades Educativas Especiais no Instituto Superior de Educação e Ciências, no âmbito da tese / dissertação final deste Mestrado com o tema “O Contributo da Unidade de Ensino Estruturado no Desenvolvimento Global da Criança com Perturbação do Espectro do Autismo”.

Para a realização deste trabalho, venho, por este meio, solicitar a autorização para observar e registar as informações observadas sobre o trabalho desenvolvido com as crianças autistas que frequentam a unidade. Solicito, a vossa colaboração, expressando as vossas opiniões profissionais em relação à mesma, através do preenchimento dum questionário (entregue posteriormente). As crianças não serão identificadas, sendo apenas divulgado o nome da escola. Os dados recolhidos serão, única e exclusivamente, utilizados para a realização deste trabalho e não serão divulgados.

Desde já agradeço a vossa atenção, colaboração e disponibilizo-me para qualquer informação adicional que considerem necessária.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 09 de janeiro de 2013

AUTORIZAÇÃO

- ☐ Sim, autorizo a observação e registo das informações observadas sobre as crianças autistas que frequentam a unidade para fins de trabalho universitário.
- ☐ Não, não autorizo a observação e registo das informações observadas sobre as crianças autistas que frequentam a unidade para fins de trabalho universitário.

Assinatura: _____

☐ Sim, aceito colaborar na realização da tese proposta, expressando a minha opinião profissional em relação ao trabalho desenvolvido na sala Teacch, através do preenchimento dum questionário.

☐ Não, não aceito colaborar na realização da tese proposta, não me disponibilizando para expressar a minha opinião profissional em relação ao trabalho desenvolvido na sala Teacch, através do preenchimento dum questionário.

Assinatura: _____

Guião da entrevista

Tema: contribuição das atividades realizadas na sala Teacch para o desenvolvimento dos alunos com PEA

Objetivos gerais:

- identificar as atividades realizadas na sala Teacch que contribuem para o desenvolvimento dos alunos com PEA;
- identificar as evoluções dos alunos com PEA

Entrevistados: Professores de Educação Especial da UEE/sala Teacch

Designação dos blocos	Objetivos específicos	Formulário de questões	tópicos
A Legitimação da entrevista Motivação do entrevistado	a) explicitar os fundamentos e objetivos da entrevista b) motivar o entrevistado c) garantir a confidencialidade d) solicitar autorização para o registo audiográfico da entrevista	- informar, em linhas gerais sobre o trabalho de investigação – contribuição da UEE para o desenvolvimento global dos alunos com PEA - indicar os objetivos da entrevista - pedir ajuda ao entrevistado, pois o seu contributo é imprescindível para o êxito do trabalho - assegurar o caráter confidencial das informações prestadas - pedir autorização para gravar a entrevista - agradecer a colaboração	- fundamento - objetivos - destaque da importância da colaboração no estudo - garantia de confidencialidade - autorização pra registo audiográfico

B Práticas educativas	Recolher informação pormenorizada sobre: a) Atividades b) Estratégias	1 – Que atividades realiza na sala Teacch que promovam as três áreas referidas anteriormente (autonomia, socialização e cognição)? 2 – Que estratégias utiliza que promovam o desenvolvimento dos alunos com PEA?	- Atividades e estratégias desenvolvidas na UEE
C Resultados das práticas educativas / desenvolvimento das crianças com PEA	a) Recolher informação pormenorizada sobre a evolução das aprendizagens dos alunos com PEA através da UEE	1 - Ao longo do ano letivo é evidente uma melhoria da aprendizagem nos alunos com PEA? 2 - Especificamente em que áreas do desenvolvimento: - autonomia - socialização - cognição	- Resultados obtidos das atividades desenvolvidas na UEE
D Recursos humanos e materiais	a) Clarificar os tipos de recursos humanos e materiais existentes b) Recolher informação pormenorizada sobre a articulação entre todos os recursos humanos	1 - Há articulação entre todos os técnicos intervenientes na sala com os alunos com PEA? 2 – Considera suficientes os recursos humanos disponíveis? 3 – Qual a frequência dos apoios? 4 – Considera suficientes	- tipos de recursos (humanos e materiais) - Frequência dos apoios

		os recursos materiais disponíveis? 5 – De que modo é feita a articulação com os docentes do ensino regular?	
E Promoção da inclusão	a) Recolher informação sobre a existência de atividades promotoras da inclusão por parte da escola	1 - Considera que a escola promove a inclusão? Através de : - sensibilização à deficiência - palestras, ações de formação - reuniões com os docentes	- Conceito de inclusão - Promoção da inclusão por parte da escola
F Relação e articulação com a família	Recolher informação pormenorizada sobre a relação e a articulação com a família	1 – Qual o empenho e colaboração dos pais destas crianças? (revelam interesse pelo dia-a-dia dos seus filhos, informam do que se passa fora da escola com a criança)? 2 – Verifica que há um trabalho continuado com a família? (Reforço da aprendizagem da sala; reforço das rotinas; incentivo ao aluno para fazer as coisas sozinho)	- Relação e articulação com a família - Importância da família na continuidade do trabalho desenvolvido na UEE

Adaptado de:

Santos, A. (2010)