



**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS**  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO NA**  
**ESPECIALIDADE DO DOMÍNIO COGNITIVO E**  
**MOTOR**

**Intervenção Precoce na Perturbação Autística –**  
**Perspetiva dos Educadores-de-Infância**

**Rafaela Filipa Dias Covas**

Lisboa, Julho de 2012





**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS**  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO NA**  
**ESPECIALIDADE DO DOMÍNIO COGNITIVO E**  
**MOTOR**

**Intervenção Precoce na Perturbação Autística –**  
**Perspetiva dos Educadores-de-Infância**

**Rafaela Filipa Dias Covas**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de Deus,  
com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na  
Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, sob a  
orientação da

Professora Doutora Cristina Gonçalves

Lisboa, Julho de 2012



## **Resumo**

Esta investigação tem como tema a Intervenção Precoce na Perturbação Autística, tendo em conta a opinião dos Educadores de Infância.

Investigações recentes referem a importância da Intervenção Precoce no desenvolvimento global da criança com Perturbação Autística, uma vez que o seu objetivo é tornar o indivíduo o mais independente possível.

Realizou-se um questionário para perceber a opinião dos Educadores de infância acerca da problemática. Tendo-se concluído que a formação de base é muito limitada e por isso existe pouca informação para se poder diagnosticar precocemente.

Concluiu-se também que a Intervenção Precoce contribui para o desenvolvimento global da criança com Perturbação Autística.

**Palavras-chave:** Perturbação Autística, Intervenção Precoce, Inclusão, Métodos de Intervenção.

## **Abstract**

This research has as its theme the Early Intervention in Autistic Disorder, taking into account the opinion of Childhood Educators.

Recent investigations have reported the importance of Early Intervention in the overall development of children with Autistic Disorder, since its goal is to make the individual as independent as possible.

We conducted a survey to understand the views of educators regarding the problem of childhood. It was concluded that basic training is very limited and therefore there is little information in order to early diagnose.

It was also concluded that EI contributes to the overall development of children with Autistic Disorder.

**Key-words:** Autistic Disorder, Early Intervention, Inclusion, Intervention Methods.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação:

À minha orientadora, Professora Doutora Cristina Gonçalves, pela orientação que me concedeu e a todos os professores que me inspiraram e ajudaram ao longo do meu percurso académico.

Agradeço também a todos os que me apoiaram nesta fase importante da minha vida, à minha irmã Ana Covas, à minha mãe Cristina Ferreira e ao meu pai António Covas. À restante família e aos amigos principalmente à Cristina e à Lurdes, que se revelaram ao meu lado.

## **Abreviaturas**

ABA – Análise Comportamental Aplicada

APA – American Psychological Association

ASA – Autism Society of America

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EI – Educador de Infância

IP – Intervenção Precoce

NEE – Necessidades Educativas Especiais.

PA – Perturbação Autística

PECs - Sistema de Comunicação por Figuras

PGD – Perturbações Globais do Desenvolvimento

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences.

TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

WHO – World Health Organization

## Índice

Resumo.....	III
Abstract .....	IV
Agradecimentos .....	V
Abreviaturas .....	VI
Introdução .....	15
Capítulo 1 – Perturbação Autística .....	17
1.1 - Autismo – Perspetiva Histórica .....	18
1.2 - Características da Perturbação Autística .....	23
1.3 - Fatores Etiológicos .....	26
1.4 - Dados Epidemiológicos .....	30
1.5 - Diagnóstico da Perturbação Autística.....	31
1.5 - Critérios de Diagnóstico para a Perturbação Autística DSM-IV-TR .....	32
1.6 - Critérios para Diagnóstico do Autismo – CID-10 .....	34
1.7 - Intervenções Terapêuticas .....	35
1.7.1 - Intervenção Psicológica .....	35
1.7.2 - Intervenção Médica .....	36
1.7.3 - TEACCH .....	37
1.7.4 - “ABA” – Análise aplicada do comportamento.....	38
1.7.5 - PECS – Sistema de comunicação através da troca de figuras .....	38
1.8 - A Inclusão.....	39
1.9 - Técnicas com Crianças com Perturbação Autística.....	40
1.9.1 - Comunicação Facilitada.....	40
1.9.2 - Computador .....	40
1.9.3 - Integração Auditiva .....	41

1.9.4 - Integração Sensorial.....	41
1.9.5 - Movimentos Sherborne – Relation play .....	41
1.10 - Dietas Alimentares.....	43
1.10.1 - Dieta livre de glúten e caseína .....	43
1.10.2 - Dieta de Feingold.....	43
1.10.3 - Outras Dietas .....	44
1.11 - Plano de Tratamento para a Perturbação Autística.....	45
Capítulo 2 – Intervenção Precoce .....	46
2.1 - Intervenção – Perspetiva histórica.....	47
2.2 - Intervenção Precoce.....	50
2.2.1 - Teoria Sistémica Familiar e Social .....	52
2.2.2 - Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner. 53	
2.2.3 - Práticas de Intervenção Precoce Centradas na Família .....	54
2.2.4 - Modelo da Corresponsabilização da Família.....	55
2.3 - Intervenção Precoce na Perturbação Autística .....	57
2.3.1 - Investigações no campo da Intervenção Precoce.....	57
2.4 - A Intervenção Precoce fundamentada pelas teorias da neuropsicologia .....	58
2.4.1 - Os fundamentos neurológicos do desenvolvimento de competências.....	58
2.4.2 - A grande importância da aprendizagem .....	59
2.5 - Qual a intensidade apropriada para a Intervenção Precoce? .....	60
2.5.1 - Intervenção Precoce mais intensa: a melhor opção – Método de Lovaas 60	
2.5.2 - Métodos intrusivos vs. Métodos insistentes na Intervenção Precoce. ....	61
2.6 - Frequência e intensidade de um programa de Intervenção Precoce .....	63
2.6.1 - Iniciar a Intervenção Precoce Intensiva .....	63
2.6.2 - Programas intensivos e o desgaste das crianças .....	64
2.6.3 - A vida não funciona numa perspetiva individualizada.....	64

Capítulo 3 – Metodologia e Investigação .....	66
3.1 - Introdução .....	67
3.2 - Objetivo .....	67
3.3 - Problema (Hipóteses).....	67
3.4 - Pertinência do estudo.....	69
3.5 - Investigação Quantitativa .....	69
3.6 - Questionário.....	69
3.7 - Protocolo de recolha e aplicação de dados .....	71
3.8 - Dimensão e Critérios de Seleção da Amostra.....	71
3.9 - Procedimentos estatísticos .....	71
3.10 - Limitações da Investigação.....	72
Capítulo 4: Apresentação dos resultados .....	73
4.1 - Introdução .....	74
4.2 - Caracterização geral do universo da amostra .....	74
4.2.1 - Género.....	74
4.2.2 - Idades .....	75
4.2.3 - Habilitações Académicas .....	76
4.2.4 - Tempo de Serviço .....	76
4.2.5 - Formação em Educação Especial .....	77
4.2.6 - Experiência de trabalho com crianças com Perturbação Autística .....	78
4.3 - Resultados Obtidos .....	79
Capítulo 5: Discussão dos resultados .....	99
5.1 – Discussão dos Resultados .....	100
Conclusão.....	115
Linhas futuras de Investigação.....	116
Referências Bibliográficas .....	117

Anexo A ..... 119  
Anexo B ..... 124

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Validade do Alpha de Cronbach .....	72
Tabela 2 - Moda no género.....	75
Tabela 3 - Moda e Quartis dos escalões etários.....	76
Tabela 4 - Moda e quartis do tempo de serviço.....	77
Tabela 5 - Frequências questão 1 .....	79
Tabela 6 - Estatística descritiva questão 1 .....	79
Tabela 7 - Frequências questão 2 .....	80
Tabela 8 - Estatística descritiva questão 2.....	80
Tabela 9 - Frequências questão 3 .....	81
Tabela 10 - Estatística descritiva questão 3.....	81
Tabela 11 - Frequências questão 4 .....	82
Tabela 12 - Estatística descritiva questão 4.....	82
Tabela 13 - Frequências questão 5 .....	83
Tabela 14 - Estatística descritiva questão 5.....	83
Tabela 15 - Frequências questão 6 .....	84
Tabela 16 - Estatística descritiva questão 6.....	84
Tabela 17 - Frequências questão 7 .....	85
Tabela 18 - Estatística descritiva questão 7.....	85
Tabela 19 - Frequências questão 8 .....	86
Tabela 20 - Estatística descritiva questão 8.....	86
Tabela 21- Frequências questão 9 .....	87
Tabela 22 - Estatística descritiva questão 9.....	87
Tabela 23 - Frequências questão 10 .....	88
Tabela 24 - Estatística descritiva questão 10.....	88
Tabela 25 - Frequências questão 11 .....	89
Tabela 26 - Estatística descritiva questão 11.....	89
Tabela 27 - Frequências questão 12 .....	90
Tabela 28 - Estatística descritiva questão 12.....	90
Tabela 29 - Frequências questão 13 .....	91
Tabela 30 - Estatística descritiva questão 13.....	91
Tabela 31 - Frequências questão 14 .....	92

Tabela 32 - Estatística descritiva questão 14.....	92
Tabela 33 - Frequências questão 15 .....	93
Tabela 34 - Estatística descritiva questão 15.....	93
Tabela 35 - Frequências questão 16 .....	94
Tabela 36 - Estatística descritiva questão 16.....	94
Tabela 37 - Frequências questão 17 .....	95
Tabela 38 - Estatística descritiva questão 17.....	95
Tabela 39 - Frequências questão 18 .....	96
Tabela 40 - Estatística descritiva questão 18.....	96
Tabela 41 - Frequências questão 19 .....	97
Tabela 42 - Estatística descritiva questão 19.....	97
Tabela 43 - Frequências questão 13 .....	98
Tabela 44 - Estatística descritiva questão 20.....	98
Tabela 45 - Teste de Normalidade.....	100
Tabela 46 - Teste T-student .....	101
Tabela 47 - Tabela explicativa da hipótese 2 .....	103
Tabela 48 - Tabela explicativa da hipótese 3 .....	105
Tabela 49 - Tabela explicativa da hipótese 4 .....	107
Tabela 50 - Tabela explicativa da hipótese 5 .....	109
Tabela 51 - Tabela explicativa da hipótese 6 .....	111
Tabela 52 - Tabela explicativa da hipótese 7 .....	113
Tabela 53 - Testes de Normalidade questões de 1 a 5.....	125
Tabela 54 - Testes de normalidade questões de 6 a 10.....	126
Tabela 55 - Testes de normalidade questões de 11 a 15.....	127
Tabela 56 - Teste de normalidade questões da 16 à 20 .....	128
Tabela 57: Anexo B Referência cruzada questão 2.....	129
Tabela 58:Anexo B Referência cruzada questão 10.....	130
Tabela 59: Anexo B Referência Cruzada questão 12.....	131
Tabela 60: Anexo B Referência Cruzada questão 13 .....	132
Tabela 61: Anexo B Referência cruzada questão 14.....	134
Tabela 62: Anexo B Tabela cruzada questão 16 tempo de serviço.....	136
Tabela 63: Anexo B Tabela cruzada questão 17 Tempo de serviço.....	137

Tabela 64: Anexo B Tabela cruzada questão 18 tempo de serviço .....	138
Tabela 65: Anexo B Tabela Cruzada questão 19 tempo de serviço .....	139
Tabela 66: Anexo B Tabela cruzada questão 20 tempo de serviço .....	140
Tabela 67: Anexo B Tabela cruzada questão 16 experiência com PA .....	142
Tabela 68: Anexo B - Tabela Cruzada questão 17 experiência com PA.....	143
Tabela 69: Anexo B Tabela Cruzada questão 18 experiência com PA .....	144
Tabela 70: Anexo B Tabela Cruzada questão 19 experiência com PA .....	145
Tabela 71: Anexo B Tabela cruzada questão 20 experiência com PA .....	146

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos da amostra, por género.....	74
Gráfico 2 - Distribuição da amostra, por escalões etários. ....	75
Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos da amostra por habilitação.....	76
Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos da amostra, por tempo de serviço. ....	77
Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos da amostra, por formação especializada. ....	78
Gráfico 6 - Experiência de trabalho com PA.....	78
Gráfico 7 - Gráfico de bigodes questão 19 .....	101
Gráfico 8 - Explicação da hipótese 1 .....	102

## **Introdução**

Desde o início da existência humana que as sociedades são organizadas em função das pessoas ditas normais, colocando de parte todos os que seriam diferentes. Hoje em dia tentamos arranjar formas para incluir e aproximar todos aqueles que foram colocados à margem segundo o pensamento antigo (Santos e Sousa, sd).

Queremos então trazer algum esclarecimento a todos a quem conseguirmos chegar, em relação à Perturbação Autística e ao trabalho realizado com as crianças afetadas por esta perturbação.

De acordo com a DSM IV (2012):

“As características essenciais do Transtorno Autista são a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou prejudicado na interação social e comunicação e um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo”.

A Intervenção Precoce no autismo e os tratamentos que dela advêm têm por objetivo principal tornar a criança/pessoa com Perturbação Autística o mais independente possível em todas as áreas problemáticas (Siegel, 2008).

Com esta tese de Mestrado pretende-se realizar um enquadramento teórico que desmistifique um pouco o que é a PA, atenuar algumas ideias erradas em relação à mesma (apesar de ainda ser uma área com vários enigmas) e estudar a importância da Intervenção Precoce no desenvolvimento global da criança com Perturbação Autística, a perspectiva dos educadores de infância face à inclusão destas crianças e também os conhecimentos que possuem sobre o tema.

A Intervenção Precoce na Perturbação Autística torna-se cada vez mais possível, graças à identificação (cada vez mais) prematura da problemática (por volta dos 18 meses).

A primeira parte do trabalho refere-se à revisão da literatura onde se descreve a Perturbação Autística, a evolução do conceito ao longo dos anos, as suas características, o seu diagnóstico, as intervenções, algumas técnicas no seu tratamento, também se aborda a temática da inclusão e da Intervenção Precoce e dos seus efeitos nesta problemática.

Seguidamente delimita-se a metodologia utilizada no estudo, caracterizando a amostra, descrevendo o problema, as hipóteses, as variáveis, o instrumento utilizado para a

implementação da investigação (o questionário em anexo) e os procedimentos estatísticos realizados.

Posteriormente analisam-se os dados recolhidos de forma a comprovar ou refutar as hipóteses. Por fim efetua-se a discussão dos resultados e retiram-se as conclusões obtidas.

Optou-se por escolher a terminologia utilizada de acordo com a DSM-IV-TR e não a utilizada na CID-10, apenas por uma questão de coerência de nomenclatura e nada mais por isso utiliza-se o termo Perturbação e não Síndrome.

# Capítulo 1 – Perturbação Autística

## 1.1 - Autismo – Perspetiva Histórica

Desde a antiguidade que se conhecem relatos de crianças com características que podemos relacionar com a Perturbação Autística. Durante os séculos XVIII e XIX Locke e Rousseau tentaram definir a psicologia humana e o papel da cultura, da educação e da natureza nesta. Surgiu então o interesse de conhecer crianças com graves perturbações ao nível da afetividade e da interação (Coll, Palacios e Marchesi, 1995).

“Há uma descrição clara de um caso de autismo, realizada, em 1799, por um farmacêutico do Hospital Bethlem, em Londres, e nos últimos anos do século XVIII houve um enorme interesse no caso de Vitor, uma «criança selvagem» encontrada nos bosques de Bassine e que foi examinado por um dos criadores da psiquiatria, Pinel, e educado por um precursor da educação especial, Itard.” (Coll, Palacios e Marchesi, 1995, pp.273-274).

Os mesmos autores referem que alguns investigadores rejeitaram a ideia que Victor fosse realmente autista, uma vez que a criança esteve afastada da civilização e educação humana durante uma parte crucial para ocorrer a aprendizagem dita normal.

Na primeira metade do século XX apareceram várias denominações para as «síndromes psicóticas precoces» umas mais idênticas que outras ao autismo: De Sanctis em 1906 definiu o termo «dementia precocíssima», Heller em 1930 «dementia infantilis», Bender em 1947 «esquizofrenia infantil». Kanner usou o termo “autismo” anteriormente usado pelo psiquiatra Bleuler para descrever certos pacientes esquizofrénicos que se centravam em si mesmos criando um mundo imaginário seu (Coll, Palacios e Marchesi, 1995).

Fávero e Vieira (2007, pp.239) descrevem que o autismo começa por ser documentado em 1943 por Kanner, a descrição clássica está incluída no artigo “Autistic disturbances of Affective Contact”, ou seja, “Alterações Autísticas do contacto afetivo” onde se relataram 11 casos clínicos cujos sintomas/características comuns observáveis pertencem a uma “síndrome única”.

Coll, C. Palacios, J. e Marchesi, A. (1995) afirmam que Kanner narrava com rigor e analisava de forma inteligente estes 11 casos de crianças que mostravam um panorama de distúrbio de desenvolvimento que tinha como características a inabilidade de criar relações

com as pessoas, grandes alterações e atrasos na aquisição e uso da linguagem e uma tendência obsessiva para rotinas, atividades repetitivas e ritualizadas.

As mesmas autoras referem que em 1944 Asperger descreveu um quadro clínico com ideias muito parecidas às de Kanner que denominou inicialmente de psicopatia Autística e posteriormente de síndrome de Asperger, este estudo foi realizado num grupo de adolescentes e não se sabia se eram características exclusivas desta faixa etária.

Rutter citado por Fávero e Vieira (2007, pp.240) explica as 3 razões para considerar o termo autismo um engano:

1. “O chamado *isolamento autístico* de acordo com Bleuler (1911) referia-se a um retraimento ativo no imaginário observado em adultos esquizofrénicos e que posteriormente foi usado por Kanner (1943) para descrever um sintoma da psicose infantil, referido como uma incapacidade social” Fávero e Vieira.
2. O segundo equívoco é o facto de para Bleuler o sintoma acarretar uma vida cheia de significados enquanto para Kanner haveria falta de imaginação.
3. O terceiro equívoco prende-se no facto de Kanner assemelhar o autismo à esquizofrenia, fazendo uma ligação entre autismo e psicose”.

Fávero e Vieira (2007, pp.240) resumem dizendo “pode-se dizer que o equívoco referido por Rutter (1978) foi o fato de que uma expressão inicialmente adjetiva, nominativa de um sintoma, tornou-se um substantivo que se referia a uma psicose infantil”.

Wing (1996), citada por Fávero e Vieira (2007), refere que a construção do conceito de autismo foi impulsionada por um movimento de pais de crianças autistas, nos anos 60 em Inglaterra, que exigiam, através de associações, escolas especializadas para o ensino destas crianças. Para se desenvolverem técnicas de ensino específicas para estas crianças, tornou-se necessário definir os limites do autismo, através de um critério de diagnóstico. Após esta controvérsia o método de diagnóstico utilizado era baseado na descrição realizada por Kanner. Salienta-se que até 1981 ainda não existia explicitamente referência ao sujeito com “síndrome de Asperger” (Fávero e Vieira, 2007).

Vinte anos após a descrição de Kanner, aparece o termo autismo como um estado de patologia infantil, na classificação internacional de desordens psiquiátricas a partir de 1967, mais precisamente referida na 8ª edição da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1967), classificada como um tipo de esquizofrenia, como uma psicose da infância, onde existia uma descrição da “doença”, mas

sem critérios de diagnóstico que a limitassem. Em 1974 surge no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde CID-8 (WHO, 1974), a terminologia *Autismo Infantil*, um distúrbio comportamental da infância, onde era utilizada a descrição realizada por Kanner, mas sem critérios diagnósticos definidos.

Com a publicação da CID-9 (WHO 1977; 1978) “o autismo foi classificado como uma psicose com origem específica na infância juntamente com a psicose desintegrativa” (Fávero e Vieira, 2007, pp. 241). Na 3ª edição do manual Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana DSM III (APA, 1980) em 1980 foi introduzida uma nova categoria designada de Transtornos invasivos do Desenvolvimento, onde se encontrava o Autismo Infantil. Foi nesta altura que se sugeriu a descrição de critérios para o diagnóstico do autismo, o critério tempo (até 30 meses após o nascimento da criança). As autoras consideram uma novidade importante para o entendimento do conceito do autismo a introdução, na sua referência, do termo desenvolvimento.

Rutter, após uma grande investigação, propôs que o autismo passa-se a ser classificado como um transtorno de desenvolvimento, e não como uma psicose. O mesmo autor citado por Fávero e Vieira (2007, pp.242) “sugeriu que o critério de diagnóstico se fundamentasse na denominada tríade de prejuízos: interação social, comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades”. Este critério ainda se mantém hoje em dia e apesar da idade apontada para o aparecimento dos primeiros sinais seja os 3 anos, há estudos que defendem que alguns sinais podem surgir ainda antes dos 3 anos.

Os mesmos autores destacam que Rutter contribuiu de uma forma muito positiva, já que juntou o diagnóstico aos fenómenos, reduzindo a possibilidade de uma definição conceitual.

Em 1987, no DSM-III-R (APA, 1987), o autismo é identificado como Desordem Autística incluída nos *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*, surge aqui também a classificação de *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento de Etiologia não Especificada* (uma vez que a etiologia do autismo ainda não foi clarificada).

Wing (1996a) citada por Fávero e Vieira (2007) efetuou em 1970 um estudo epidemiológico longitudinal em Camberweel, Inglaterra, onde seguiu 173 crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, que ostentavam distúrbios de aprendizagem (severos e profundos) com ou sem particularidades do comportamento

autístico. As conclusões efetuadas foram que algumas crianças poderiam ser Autistas de acordo com os critérios clássicos de Kanner e, ao mesmo tempo, Asperger, acompanhando as observações de Asperger (1944).

No estudo que realizaram Wing e Gould (1979) citados por Coll, Palacios e Marchesi (1995, pp.276), definem a “tríade de alterações” que estão presentes num nível social, comunicacional e de ação, “que não é apenas uma característica do autismo como categoria, mas também da dimensão autista como contínuo”.

Wing definiu posteriormente e de uma forma clara a dimensão autista como contínuo, e as alterações que o constituem. Estas alterações estão dispersas por quatro áreas, a social, a comunicativa, a da imaginação e a dos padrões rígidos e repetitivos de atividade. Outras características apresentadas por pessoas com Perturbação Autística são: atenção seletiva, dificuldade na aprendizagem por imitação, atrasos na aquisição da autonomia e do autocuidado bem como do controle dos esfíncteres, problemas de sono e de alimentação e autoagressão (Coll, Palacios e Marchesi, 1995).

Fávero e Vieira (2007) consideram que não havia um limite que definisse cada uma das perturbações, o que significava que algumas crianças podiam pertencer aos dois grupos. Também defende que “A chamada perturbação social seria um distúrbio de desenvolvimento, sendo que as diferentes manifestações, designadas ou não por síndromes, deveriam ser vistas como partes de um espectro de distúrbios relacionados entre si, a serem referidos como, Espectro Autístico” (Fávero e Vieira, 2007, pp. 242).

Na construção do conceito de Autismo há consenso, uma vez que há um termo comum que se refere a um espectro de síndrome com algumas características idênticas, estas razões explicam as semelhanças existentes entre a CID-10 (WHO, 1992) e a DSM-IV (APA, 1994) cujas classes de avaliação se baseiam em 5 fatores:

1. Síndromes clínicas;
2. Distúrbios específicos no desenvolvimento;
3. Afeções físicas;
4. Condições psicossociais;
5. E o nível de adaptação e desenvolvimento do ano em curso.

Estes instrumentos são muito citados na literatura especializada para o diagnóstico da Perturbação Autística. Estes manuais possuem nas suas edições novas, “Nos subgrupos dos

transtornos globais do desenvolvimento, a síndrome de Asperger e a síndrome de Rett” (Fávero e Vieira, 2007, pp. 242).

Para Fávero e Vieira (2007) a definição de autismo provocou a criação de instrumentos para a sua avaliação e hoje em dia existem entrevistas diagnósticas, tabelas de observação, escalas de avaliação da criança autista entre outros. Apesar da quantidade de instrumentos criados para a compreensão do autismo, estes não alcançaram o avanço esperado. Os mesmos autores citam Leboyer (1995) que relatou uma investigação com 266 crianças que segundo a Escala de Avaliação da Criança Autista são identificadas como autistas, mas que de acordo com os critérios de Rutter (1978) apenas 20,6% das crianças satisfaziam os seus critérios.

Publicações mais recentes destacam que os critérios presentes no CID-10 não prestariam para ser utilizados de forma isolada, já que apesar das crianças possuírem Perturbação Autística, são únicas como todas as outras e este quadro é muito complexo o que pode exigir abordagens multidisciplinares.

## 1.2 - Características da Perturbação Autística

Siegel (2008, pp.21) define da seguinte forma o conceito de autismo: *“O autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afeta múltiplos aspetos da forma como uma criança vê o mundo e aprende a partir das suas próprias experiências. As crianças com autismo não denotam o interesse habitual na interação social. A atenção e a aprovação dos outros não têm a importância que habitualmente assumem para as crianças em geral. O autismo não resulta numa absoluta ausência de desejo de pertença, mas antes na relativização desse desejo.”*

Mello (2003, pp.14-15) refere a tríade de dificuldades presente na Perturbação Autística:

1. Dificuldade em comunicar – dificuldade em utilizar com sentido todos os aspetos da comunicação verbal e não-verbal. Ou seja, gestos, ritmo, linguagem corporal, expressões faciais e modulação na linguagem verbal. Isto quer dizer que umas crianças podem ter linguagem verbal repetitiva, outras podem não ter linguagem verbal, outras podem não ter expressão facial... cada caso é um caso. Existe um caso específico chamado ecolalia imediata em que as crianças repetem o que lhes foi dito, outras possuem ecolalia tardia, onde repetem coisas que lhes foram ditas horas ou dias antes.
2. Dificuldade na sociabilização – impedimento em relacionar-se com os outros. Não conseguem partilhar sentimentos, emoções e gostos, dificuldade na distinção de pessoas diferentes.
3. Dificuldade no uso da imaginação – inflexibilidade e rigidez que se alastra pelo pensamento, comportamento e linguagem. O que explica os comportamentos ritualizados e obsessivos, as dificuldades na criatividade, as rotinas e a falta de conceitos abstratos (interpretações literais).

A criança com Perturbação Autística tem pouco ou nenhum interesse em criar amizades, e os adolescentes podem não conseguir criar, por falta de compreensão em relação às convenções na interação social (porque é que se diz bom dia, porque é que se pergunta como estás?, entre outros exemplos). Gostam de atividades individuais em detrimento das atividades em grupo, não têm noção das necessidades dos outros, ou até dos sentimentos ou mal-estar. Normalmente estas crianças não adquirem a linguagem e quando adquirem o volume, o ritmo, a acentuação, a entoação e a fala podem parecer estranhos. Têm também padrões de comportamentos, interesses repetitivos e estereotipados e

atividades restritas. Podem estar também presentes anomalias posturais (andar em pontas de pés), movimentos estranhos das mãos e posturas corporais estranhas. Têm interesses excessivos por coisas estranhas como a luz, a água corrente e objetos giratórios (Vila, C., Diogo, S. e Sequeira, S., 2009).

Vila, C., Diogo, S. e Sequeira, S. (2009), referem que estas crianças com Perturbação Autística podem apresentar sintomas comportamentais como a hiperatividade, a agressividade, a impulsividade, a atenção reduzida, birras e comportamentos autoagressivos. Alguns destes comportamentos agressivos como resposta a estímulos sensoriais (hipersensibilidade a sons, ao contacto físico, à luz ou cheiros), sofrem alterações na alimentação ou no sono, revelam alterações de humor e afeto (riso e choro sem razões, ou ausência total de reações emocionais), ausência de medo e de perigos reais, receios excessivos a objetos inofensivos, também podem surgir comportamentos autoagressivos (morder as mãos, os dedos ou os pulsos, bater com a cabeça).

Vila, C., Diogo, S. e Sequeira, S. (2009), explicam que os adolescentes com Perturbação Autística têm dificuldade em acariciar, não têm respostas fisionómicas nem respondem quando ouvem a voz dos pais. Tratam os adultos de forma mecânica de forma a obterem o que desejam, normalmente têm boa memória conseguindo decorar horários e tendo grande rendimento em tarefas que implicam memória a longo prazo.

De acordo com Vila, C., Diogo, S. e Sequeira, S. (2009), vários estudos concluem que há uma pequena percentagem de pessoas que chega à vida adulta vivendo e trabalhando de forma independente e cerca de 1/3 das pessoas consegue viver com uma independência apenas parcial.

A Perturbação Autística varia de criança para criança, por isso, destacam-se de seguida características comuns em crianças com esta perturbação:

- Perturbação na interação do bebé (como primeiro sinal de alerta);
- Aparenta ser surdo, mas não é;
- Apresenta dificuldade em estabelecer contacto visual;
- Age como se não soubesse o que se passa com as outras pessoas;
- Pode começar a desenvolver a linguagem, mas pode cessar a sua aquisição sem motivo aparente;
- Por vezes ataca as pessoas sem motivo;
- Não está normalmente disponível para comunicar com as pessoas;

- Não explora o ambiente, ou novidades, fixando-se em poucas coisas;
- Apresenta gestos repetitivos e sem motivo aparente (balançar-se ou balançar as mãos);
- Cheira, lambe e morde roupas ou objetos;
- Mostra-se insensível a ferimentos e pode magoar-se a si próprio.

### 1.3 - Fatores Etiológicos

“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 fatos ocorridos durante a gestação ou no momento do parto.” (Mello, 2003, pp. 12).

Mello (2003), Siegel (2008) e Santos e Sousa (s.d.) salientam que a teoria das mães-frigorífico foi ultrapassada, e a suposta frieza ou rejeição materna tomada como mito (embora ainda exista quem defenda a teoria ou outras semelhantes que desta decorreram). Mello (2003) salienta porém que uma vez que as causas não são conhecidas, é recomendado que as gestantes sigam os cuidados gerais, com enfoque nos cuidados a ter na ingestão de medicamentos, álcool e tabaco (ou fumo).

Siegel (2008) tal como Mello (2003) referem que deve haver possíveis causas genéticas para o aparecimento desta perturbação que podem estar também associados a fatores de risco aliados à gravidez e ao parto, mas como um fator de risco é diferente de uma causa, é difícil dizer o que provoca realmente esta perturbação.

Siegel (2008, pp. 25) explica que “provavelmente existe uma combinação de fatores – fatores genéticos, bem como outros relacionados com a gravidez e com o parto – que determinam se uma criança específica desenvolve o autismo ou outra Perturbação Global de Desenvolvimento (PGD)”. Dizer que os riscos estão ligados à gravidez não quer dizer que a gestante errou uma vez que não consegue controlar tudo o que acontece.

A mesma autora salienta casos relacionados com outras perturbações genéticas como a perturbação conhecida por síndrome do X frágil, ou a esclerose tuberosa (formação anormal do tecido cerebral). Existem casos de autismo ou outras PGD que não têm aparente justificação a não ser mutações genéticas ou infeções não detetadas (que apenas afetaram o feto), uma vez que tudo ocorreu de forma normal durante a gestação e não existe informação na família de casos da perturbação.

Bautista (1997, pp.250) citando Riviere (1989) expõe que “o autismo constitui um modelo peculiar de doença de natureza fundamentalmente cultural, mas com todas as probabilidades de ter uma origem biológica”. Bautista refere que existem duas grandes correntes teóricas que defendem teorias opostas.

As teorias Psicogenéticas, baseadas nas correntes psicanalíticas postulam que as crianças autistas seriam normais à nascença, mas que devido ao meio, mais propriamente a fatores familiares hostis no decorrer do seu desenvolvimento despoletaram um panorama autista. Cantweel, Baker e Rutter (1984) citados por Bautista (1997) descrevem quatro fatores mediadores da génese do autismo, são eles:

- “Perturbação psiquiátrica parental ou características de personalidade anómala dos pais;
- Quociente intelectual e classe social dos pais;
- Interação anómala entre pais e filhos;
- Stress intenso e acontecimentos traumáticos numa fase precoce da vida da criança” (pp. 251).

O mesmo autor refere que estas teorias não são fundamentadas e confundem causas com consequências, já que alguns pais alteram os seus comportamentos devido à convivência com um filho autista.

As teorias Biológicas defendem que apesar de não haver em grande parte dos casos uma origem fisiológica evidente, acreditam que o défice cognitivo tem um papel fundamental no aparecimento do autismo. Ainda não se descobriu se o aparecimento se deve a um ou a vários dos seguintes fatores:

- Teorias genéticas (síndrome do cromossoma X frágil);
- Anomalias bioquímicas (esclerose tuberculosa, fenilcetonúria não tratada, entre outros);
- De tipo infeccioso (rubéola, encefalite, entre outras);
- Teoria da disfunção cerebral do hemisfério esquerdo;
- Teorias imunológicas (pp.251).

Santos e Sousa (s.d.) referem que a investigação genética tem evoluído através dos estudos realizados com gémeos, uma vez que o autismo ocorre mais frequentemente em pares de gémeos monozigóticos que em pares de gémeos dizigóticos, o que sustenta a suspeita do papel genético no desenvolvimento de Perturbações Autísticas. Esta teoria é posta em causa por Marques (1998), uma vez que pode ser causada por problemas pré e perinatais.

Marques (1998) citado por Santos e Sousa (s.d., p.7) conclui que “apesar de ter vindo a ser detetada uma grande variedade de anomalias genéticas em indivíduos com perturbações do espectro do autismo, a forma como essa anomalia afeta o desenvolvimento cerebral ainda não é conhecida”.

Estudos neurobiológicos referem que foram encontradas perturbações nas crianças autistas que podem ser causadas por malformações no neocórtex, nos gânglios basais e noutras estruturas, devido a um desenvolvimento cerebral anormal (Santos e Sousa, s.d.).

Os mesmos autores explicam que apesar de não se conhecer o efeito de malformações pré-natais no sistema límbico e no cerebelo, considera-se que possa causar problemas na aquisição e processamento da informação no decorrer da vida, podendo provocar características encontradas na Perturbação Autística.

Os estudos neuroquímicos, embora que inconclusivos incidiram na análise da relação existente entre o autismo e os neurotransmissores, no que diz respeito à serotonina e a alguns peptídios que consigam atuar como certos neurotransmissores (Santos e Sousa, s.d.). Para reforçar a ideia anterior (inconclusa) destacam-se os autores Vila, C., Diogo, S. e Sequeira, S. (2009) que referem que uma investigadora do Instituto de Ciências da Gulbenkian, Astrid Vicente realizou vários estudos sobre as causas da Perturbação Autística e encontrou dados que mostram um nível anormal de serotonina nas crianças autistas o que pode ter consequências muito graves ao nível do neurodesenvolvimento e do funcionamento do Sistema Nervoso Central durante a gestação.

De acordo com Santos e Sousa (s.d.) as teorias Psicológicas explicam que no autismo há uma perturbação no desenvolvimento da linguagem que se associa a um défice cognitivo específico e que lhes confere uma deficiência mental, uma vez que as crianças não possuem uma “representação mental interior”, não conseguindo generalizar situações, extrair regras, estruturar memórias e realizar tarefas estruturadas orientadas por leis complexas como a linguagem e as interações sociais.

Santos e Sousa (s.d., p. 11) referem as Teorias Afetivas que sugerem que

“o autismo se origina de uma disfunção primária do sistema afetivo, qual seja, uma inabilidade inata básica para interagir emocionalmente com os outros, o que levaria a uma falha no reconhecimento de estados mentais e a um prejuízo na habilidade para abstrair e simbolizar (Borges, 2000, Bosa & Callias, 2000; Lippi, 2005)”.

As Teorias Cognitivas defendem que a Perturbação Autística é causada por uma patologia do sistema nervoso central e por défices cognitivos (Santos e Sousa (s.d.)).

## **1.4 - Dados Epidemiológicos**

Mello (2003) explica que a incidência da Perturbação Autística varia de acordo com o autor e o critério que este utiliza. Esta autora cita estudos como o de Bryson e col., que em 1988 estimaram que 1 criança em cada 1000 nascimentos seria autista e que o autismo seria 2,5 vezes mais frequente nos rapazes do que nas raparigas. O estudo da ASA (Autism Society of America) de 1999 refere que a incidência seria de 1 criança por 500 nascimentos, ou seja, duas crianças por cada 1000 e que seria 4 vezes mais frequente no sexo masculino. O autismo incide de forma igual em crianças de classes sociais, credos e raças diferentes.

Siegel (2003) esclarece que para sabermos a epidemiologia do autismo temos primeiro de o definir corretamente, nas perturbações do “espectro do autismo” são consideradas 10 a 15 crianças por cada 10 000 nascimentos, por isso 1 em cada 650 a 1000 crianças apresenta uma perturbação do “espectro do autismo”, e afetam 4 a 5 vezes mais o sexo masculino que o feminino. A mesma autora relata que em algumas famílias em que apresentam uma forma de autismo, transmitida de forma genética, as raparigas são comumente mais afetadas, ou seja estas crianças têm alguém na família (irmão, ou primo) com Perturbação Autística.

## **1.5 - Diagnóstico da Perturbação Autística**

Atualmente destacam-se dois sistemas diagnósticos, a DSM-IV (classificação mais usada e que reúne maior consenso) e o CID-10. Santos e Sousa (s.d.) salientam que uma grande alteração realizada na DSM-IV foi a passagem das Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento onde se encontra a Perturbação Autística do Eixo II (área de perturbações a longo prazo e com mau diagnóstico) para o Eixo I (onde estão os diagnósticos episódicos mais transitórios) que transparece a possível variação da evolução desta perturbação consoante a intervenção (mais ou menos adequada).

As Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento integram várias perturbações, “o distúrbio autista, a perturbação desintegrativa da infância, o síndrome de Asperger, o síndrome de Rett e a perturbação pervasiva do desenvolvimento não específica” (Santos e Sousa, s.d., p. 14).

De seguida apresento os critérios de diagnóstico para a Perturbação Autística de acordo com a DSM-IV-TR e com a CID-10.

## 1.5 - Critérios de Diagnóstico para a Perturbação Autística DSM-IV-TR

Frances e Ross (2004, pp. 26-27) estabeleceram os “Critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR para 299.00 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 facial, 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 seu 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 3 anos de idade: 1) interação social, 2) linguagem usada na comunicação social ou 3) jogo simbólico ou imaginativo.
- C. A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância”.

## 1.6 - Critérios para Diagnóstico do Autismo – CID-10

Pelo menos 8 dos 16 itens especificados devem ser satisfeitos.

- A. Lesão marcante na interação social recíproca, manifestada por pelo menos três dos próximos cinco itens:
  - 1. Dificuldade em usar adequadamente o contacto ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social.
  - 2. Dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo.
  - 3. Raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade.
  - 4. Ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar as suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas.
  - 5. Falta de reciprocidade social e emocional.
- B. Marcante lesão na comunicação:
  - 1. Ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes.
  - 2. Diminuição de acções imaginativas e de imitação social.
  - 3. Pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos.
  - 4. Pouca flexibilidade na expressão da linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais.
  - 5. Ausência de resposta emocional a acções verbais e não-verbais de outras pessoas.
  - 6. Pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa.
  - 7. Ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.
- C. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos próximos seis itens:
  - 1. Obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse.
  - 2. Apego específico a objetos incomuns.
  - 3. Fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos.
  - 4. Hábitos motores estereotipados e repetitivos
  - 5. Obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação.
  - 6. Ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente.
- D. Anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos de vida para que o diagnóstico seja feito.

(Retirado de Mello, 2003, pp.34-35)

## 1.7 - Intervenções Terapêuticas

Todas as terapias têm por objetivo a evolução da criança com Perturbação Autística, mas a pergunta que está implícita em todas é quanto pode aguentar uma pessoa com Perturbação Autística.

Pereira (1996) refere que a evolução da criança com Perturbação Autística depende de alguns fatores:

- Identificação precoce do quadro clínico;
- Tipo e grau do problema;
- Tipos de tratamentos;
- Relação e coordenação entre meios de apoio.

Existem muitos fatores que interferem (positiva ou negativamente) na intervenção terapêutica e também vários tipos de intervenções.

### 1.7.1 - Intervenção Psicológica

Esta terapia é comparada a uma intervenção relacional e baseia-se na teoria da aprendizagem. Em que o comportamento da criança é visto como resposta a estímulos exteriores (mais fáceis de detetar) e interiores (difíceis de manipular). Este tratamento é conduzido em direção à aquisição de novos comportamentos, mais adequados e adaptados e de forma a controlar as birras e excessos da criança (Pereira, 1996).

Numa intervenção psicológica existe uma ordem que é seguida para o tratamento:

1. O terapeuta define quais os comportamentos a alterar;
2. Faz-se um estudo onde se tenta identificar os estímulos responsáveis pelos comportamentos a mudar;
3. Estabelece-se um plano de intervenção tendo em conta os objetivos a atingir e as características da criança/pessoa;
4. Tenta-se generalizar os comportamentos aprendidos a familiares e pessoas mais próximas da criança autista

Pereira (1996, pp.87) salienta então que “a terapia não é vista numa perspetiva curativa, pois a conceção do problema do autismo e a intervenção são baseados no postulado de uma alegada causa eminentemente interna, mas em termos dos deficits e excessos actuais da criança. (...) O tratamento é assim visto como um processo de estabelecimento e

restabelecimento de novos comportamentos, progressivamente e mais complexamente organizados. Dentro dos modelos comportamentais, são concebidos para poder ensinar à criança os padrões necessários à sua participação na comunidade natural, padrões comportamentais estes que são também desejáveis a uma melhor realização dos seus potenciais intelectuais e emocionais”.

As teorias comportamentais culpam o meio por não fornecer estímulos, para que a criança se desenvolva de uma forma correta, mesmo possuindo uma deficiência desde o seu nascimento.

As teorias psicanalíticas (foram inicialmente instrumentos técnicos usados para o tratamento do autismo) defendem que a criança com autismo “se retira de um mundo rejeitante e frustrante, podendo opor-se-lhe com ira e violência também.” (Pereira, 1996, pp.88). A criança com Perturbação Autística não se quer relacionar com os outros e defende-se através da ira e da renúncia contra quem quer que se aproxime. Esta terapia muda o mundo envolvente e rege-se numa perspetiva de individualização. Muitas vezes as crianças ficam internadas com técnicos disponíveis constante e assiduamente, fornecendo à criança autista um mundo mais tolerante através de jogos. Quando a criança joga, liberta-se das suas barreiras e adquire novos comportamentos.

### *1.7.2 - Intervenção Médica*

Estas intervenções podem ser separadas em dois grupos, num grupo os fármacos servem como apoio ao funcionamento geral a nível celular e metabólico de pessoas com Perturbação Autística, no outro grupo o medicamento é usado para intervenção terapêutica cujo objetivo é modificar certos comportamentos (Pereira, 1996).

O mesmo autor refere que nos anos 70 iniciou-se um movimento de intervenção que considerava que certas vitaminas poderiam melhorar o estado de saúde dos doentes mentais, para crianças autistas as vitaminas eram solúveis em água. Este tratamento não teve efeitos conclusivos.

“Uma das teorias de anormalidade do autismo postula que a perturbação está relacionada com níveis anormais do neurotransmissor serotonina.” (Pereira, 1996, pp.89). Apesar de se fornecer L-dopa, substância que baixa o nível de serotonina, não se registaram mudanças nos comportamentos diagnósticos da Perturbação Autística.

A medicação deve ser usada com conta, medida e consciência uma vez que as crianças não devem ser medicadas quando não se percebem bem os benefícios da medicação, já que estas não demonstram o desconforto causado por certos efeitos secundários da medicação. Um tranquilizante utilizado por pessoas com Perturbação Autística, é o tranquilizante Melleril, cujos resultados são positivos no que diz respeito à estabilização de comportamentos perigosos e birras, e no desenvolvimento de tratamentos terapêuticos (Pereira, 1996). São usados também anticonvulsivos para controlar as convulsões destes doentes.

As terapias de natureza médica têm sido conjugadas com intervenções psicológicas, e um equilíbrio entre elas pode ser a resposta adequada a um processo de reabilitação com resultados positivos para crianças e pessoas com Perturbações Autísticas (Pereira, 1996).

Pereira (1996) salienta que muitos centros de reabilitação usam apenas intervenções psicológicas, numa perspetiva preventiva, em conjunto com as famílias, de forma a ajudar o mais possível a criança Autista.

### *1.7.3 - TEACCH*

O método TEACCH foi desenvolvido na Faculdade de Medicina da Carolina do Norte (Estados Unidos) nos anos 60 pelo Dr. Eric Shoppler. Este método utiliza uma avaliação intitulada “PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado)” Mello (2003, p.19) que avalia a criança tendo em conta as suas dificuldades e os seus pontos fortes, o que torna possível um programa individualizado.

Mello (2003, p.19) refere que o método TEACCH baseia-se “na organização do ambiente físico através de rotinas – organizadas em quadros, painéis ou agendas – e sistemas de trabalho, de forma a adaptar o ambiente para tornar mais fácil para a criança compreendê-lo, assim como compreender o que se espera dela”. A organização das tarefas e também do ambiente promove a independência da criança de forma a que esta necessite menos do professor, para aprender, e passe mais tempo ocupada de forma independente.

As críticas apontadas a este método sugerem que “robotiza” as crianças. No caso das crianças autistas Mello (2003) explica que depois de passarem por este método de aprendizagem as crianças ficam progressivamente mais humanas. Estas crianças adquirem competências e constroem significados (mesmo que restritos comparados com pessoas sem Perturbação Autística, mas que são progressos em relação a si mesmos).

#### *1.7.4 - “ABA” – Análise aplicada do comportamento*

Este tratamento, denominado de “comportamental analítico do autismo” tem por objetivo ensinar à criança competências que ela não possui, estas habilidades são introduzidas por etapas. Estas competências são ensinadas através de um esquema individual, apresentando-as ligadas a uma instrução. Se for necessário, é dado algum apoio, que é retirado assim que possível para que a criança não dependa dele. Se a criança dá respostas adequadas é-lhe fornecido um efeito agradável, ou seja uma recompensa, que quando usada de forma consistente, a criança tem tendência a repetir a mesma resposta. É importante que a aprendizagem seja agradável para a criança e ensiná-la a identificar os diversos estímulos. As respostas negativas (birras) não podem ser reforçadas, devem ser estudadas para se encontrar a origem, de forma a que a criança não as repita. A repetição é o mais importante nesta abordagem, assim como o registo de todas as tentativas e resultados consequentes (Mello, 2003).

Mello (2003) salienta que tal como o método TEACCH, a ideia é que o método robotiza a criança, mas ao contrário do que se julga, as crianças desenvolvem aspetos positivos e também a sua independência. Para além disto é um método caro, uma vez que necessita de formar especialistas e estes não são assim tantos nem estão muitas vezes por perto.

#### *1.7.5 - PECS – Sistema de comunicação através da troca de figuras*

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, 2003).

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, 2003, pp.21).

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.

## 1.8 - A Inclusão

Correia (2008, pp.58) define a inclusão como “Pertença e participação numa sociedade diversificada, não se restringindo unicamente à escola, mas alargando-se às comunidades onde vivem as crianças e suas famílias. A inclusão é um conceito que engloba todas as crianças e não apenas as crianças com NEE.

Pode-se pensar que para haver inclusão é apenas necessário colocar a criança com Perturbação Autística na escola regular acreditando que esta comece a imitar os seus pares, e não crianças com o mesmo quadro que ela. Estas crianças especiais de acordo com Mello (2003), raramente imitam as outras crianças pelo menos até desenvolverem a consciência delas próprias, ou seja quando começam a perceber as relações de causa-efeito do meio onde está inserida, em relação às suas ações.

As crianças com Perturbação Autística podem demorar a adquirir essa consciência ou até nunca chegar a desenvolvê-la, uma Intervenção Precoce, antes da integração na escola regular pode potenciar essa descoberta preparando-a para posteriormente iniciar a aprendizagem por imitação. Mello (2003) e Siegle (2008) defendem que é bom haver um trabalho que prepare a criança para a vida em sociedade (Intervenção Precoce) de forma a desenvolver as suas potencialidades antes de haver inclusão na escola regular. Este trabalho deve ser progressivo e deve contar com o acompanhamento de um profissional para que, no caso de haver alguma dificuldade, ajudar.

Correia (2008) esclarece que após a intervenção, e aquando iniciação à inclusão, são os educadores e os professores que têm o papel mais importante no que diz respeito à introdução física, académica e social das crianças com NEE na classe regular. Também cabe ao educador/professor sensibilizar todos os alunos para as diferenças que todos temos (uma vez que somos todos diferentes), incluindo as diferenças que as crianças com NEE possuem. Sensibilizar para a diferença, tem como objetivo promover atitudes positivas em relação às NEE.

O mesmo autor refere que a inclusão beneficia todas as crianças, já que as crianças sem NEE aprendem a viver e a lidar com a diversidade de uma forma positiva e as crianças sem NEE aprendem a ser amadas e a não ser discriminadas, aumentando a sua autoestima.

## **1.9 - Técnicas com Crianças com Perturbação Autística**

Mello (2003) expõe algumas técnicas conhecidas e aplicadas em crianças com Perturbação Autística, algumas destas foram desenvolvidas especificamente para esta perturbação, outras foram desenvolvidas para outras patologias. Estas técnicas são aplicadas há já algum tempo e embora não sejam miraculosas, se forem aplicadas de forma consciente e de acordo com a sua conceção, podem ser um bom aditivo à terapia educacional.

Algumas instituições no mundo têm combinado técnicas de forma a complementar o trabalho educacional de base, e tem conseguido resultados positivos na reabilitação de crianças com Perturbação Autística, principalmente se o tratamento for iniciado precocemente e com o empenho de pais e técnicos.

### *1.9.1 - Comunicação Facilitada*

A comunicação facilitada é, segundo Mello (2003, pp.24) “um meio facilitador da comunicação desenvolvido (...) inicialmente para pessoas portadoras de paralisia cerebral, e mais tarde adotado também para pessoas com autismo”. Esta resume-se ao uso de um teclado (tipo computador) com o qual a criança com Perturbação Autística transmite os seus pensamentos com a ajuda do “facilitador, que lhe oferece o necessário suporte físico.” John Jacobson provou em 1995 no jornal da Associação Americana de Psicologia, “The American Psychologist”, através de um estudo sério e conclusivo que indica que as crianças autistas não têm a capacidade de expor tudo o que se supunha que expunham através da utilização da comunicação facilitada, como também os facilitadores, ainda que de forma não consciente, manipulavam o teor da informação transmitida.

### *1.9.2 - Computador*

O uso do computador no auxílio de crianças com Perturbação Autística é uma das intervenções mais recentes (das referidas) e apesar da evolução ainda existe pouca informação disponível sobre o apoio do computador na evolução destas crianças. Há crianças que o ignoram, outras que se fixam em certas imagens e sons, sendo por vezes difícil perceber o que as fascina (Mello, 2003).

Existem técnicas que utilizam o computador para ajudar crianças a aprender a escrever, quando já sabiam ler, mas que não adquiriam a escrita segundo o método

tradicional devido a desinteresse ou complicações na coordenação motora. Através de um programa como o “paint”, de forma sistemática e progressiva inicia-se um trabalho que evolui também em tempo (uma vez que os períodos iniciais são curtos) até à criança conseguir dominar o rato da forma pretendida e sem apoio, posteriormente introduz-se o quadro de lousa e mais tarde o lápis e papel. É importante limitar o espaço de escrita ou desenho e ir diminuindo à medida que a criança evolui.

### *1.9.3 - Integração Auditiva*

Desenvolvida nos anos 70 pelo otorrinolaringologista Guy Berard, uma vez que se considerava que algumas características da Perturbação Autística resultariam de uma disfunção sensorial e algumas sensibilidades anormais poderiam estar relacionadas com determinadas frequências de som (Mello, 2003).

A intervenção baseia-se na audição de música (através de fones) com certas frequências de som excluídas por um filtro, durante 10 dias, 2 períodos de meia hora por noite. Este tratamento, segundo Berard, citado por (Mello, 2003), ajuda a crianças ou pessoa com Perturbação Autística a ajustar-se a sons intensos. Esta intervenção que normalmente não é efetuada individualmente pode ser afetada positiva ou negativamente pelas outras intervenções o que não ajuda na avaliação dos efeitos desta intervenção isolada.

### *1.9.4 - Integração Sensorial*

Mello (2003) expõe que esta intervenção é semelhante à anterior, mas com uma atuação numa área diferente. A Integração sensorial é efetuada com um terapeuta que tem como objetivo ensinar à criança, através de jogos e brincadeiras, a compreender e organizar as sensações. As sensações que chegam ao corpo da criança são criadas com movimentos e brincadeiras através do toque, das massagens e de objetos como brinquedos, barro, bolas gigantes, e baloiços.

### *1.9.5 - Movimentos Sherborne – Relation play*

Mello (2003, pp.27) explica que “Verônica Sherborne tomou como base o trabalho do dançarino e coreógrafo húngaro Rudolf Laban, que acreditava que a utilização do movimento é

uma ferramenta para todas as actividades humanas e que é através do movimento que o ser humano relaciona o seu eu interno com o mundo que o cerca. O método visa desenvolver o autoconhecimento da criança através da consciência de seu corpo e do espaço que a cerca, pelo ensino do movimento consciente”.

Nem todas as crianças alcançam os objetivos, mas esta técnica proporciona uma interação encantadora entre pais/familiares e a criança autista, o que não é nada fácil de conseguir, tornando esta técnica muito desejada e valiosa (Mello, 2003).

## **1.10 - Dietas Alimentares**

Mello (2003) expõe que têm sido realizadas investigações referentes à sensibilidade ou alergias em crianças com Perturbação Autística a certos alimentos e a possível melhoria das crianças com a implementação de uma dieta adequada.

A autora explica que quando se inicia uma dieta, não se pode pensar nesta como uma forma de tratamento, uma vez que esta apenas vai diminuir algum constrangimento na criança e os efeitos destas dietas (que são bastante caras) ainda não são muito conhecidos, por isso deve haver um acompanhamento profissional e um registo de evolução, de forma a poder avaliar os seus efeitos.

### *1.10.1 - Dieta livre de glúten e caseína*

Mello (2003) refere que na década de 80, alguns investigadores relacionaram comportamentos de pessoas com Perturbação Autística à presença de glúten (substância que se encontra no trigo, na cevada, centeio, aveia e derivados) e caseína (proteína do leite e derivados) na alimentação.

Não é fácil elaborar uma dieta que não contenha os elementos referidos anteriormente uma vez que nem sempre se consegue detetá-los nos alimentos. Hoje em dia já há preocupação em rotular a presença ou ausência de glúten em certos alimentos (mas em remédios, vitaminas ou temperos isso pode não acontecer). A caseína é eliminada através da eliminação do leite e derivados. O glúten elimina-se através da substituição do trigo (entre outros) pelo arroz e farinhas de milho. Esta dieta precisa de ser seguida por um especialista para que este substitua o leite que fornece cálcio por outro produto que também o forneça (Mello, 2003).

### *1.10.2 - Dieta de Feingold*

O Dr. Benjamin Feingold, pediatra e alergologista, sugere que a hiperatividade pode ser causada por corantes, conservantes e aditivos artificiais presentes nos alimentos. Também as comidas com “salicilatos naturais” podem causar efeitos indesejados em algumas pessoas. Esta substância encontra-se em frutas como a maçã, a uva, a cereja e em alimentos (café) ou temperos (cravo e paprica). É mais fácil retirar todos os produtos sintéticos da alimentação e posteriormente os “salicilatos” de forma a poder-se integrar um de cada vez para testar de forma a perceber se há ou não reação (Mello, 2003).

### *1.10.3 - Outras Dietas*

Mello (2003) explica que existem outras dietas como a “quetogénica”, criada em Nova York para indivíduos que sofrem convulsões, esta é pobre em proteínas e hidratos de carbono e rica em gorduras, mas ainda não há estudos conclusivos sobre os efeitos da dieta nas convulsões.

A dieta rotativa reside na variação de alimentos. Alguns investigadores defendem a mudança de 4 em 4 dias, outros a retirada de alguns alimentos (arroz ou batatas) durante dois ou três dias por semana. A conceção é a de que um alimento consumido diariamente desenvolve um efeito que prejudica o organismo.

### **1.11 - Plano de Tratamento para a Perturbação Autística**

De acordo com Frances e Ross (2004) as características da Perturbação Autística podem mudar de acordo com o nível de desenvolvimento. O que acontece muito frequentemente na adolescência observando-se uma degeneração ao nível do comportamento ou o contrário, uma melhoria adaptativa. Apesar de não se saber qual a causa ou quais as causas do autismo, sabe-se porém que uma intervenção ao nível comportamental ou educacional bem estruturada pode proporcionar melhorias ao longo do desenvolvimento.

Os mesmos autores defendem que devemos ajudar o indivíduo a alcançar as capacidades de adaptação básicas para quando for adulto possuir um nível (o mais elevado possível) de autossuficiência. As intervenções são variadas, ao nível do comportamento dá-se reforço positivo a comportamentos desejados e desencorajam-se os comportamentos não desejados. Há também uma série de medicamentos que podem ajudar a apropriação comportamental e a aprendizagem.

## Capítulo 2 – Intervenção Precoce

## 2.1 - Intervenção – Perspetiva histórica

Ao longo dos tempos, todas as sociedades realizaram ações de normalização em relação ao que era achado como “diferente”. Na Grécia antiga as crianças com deficiências motoras eram colocadas nas montanhas e em Roma eram atiradas aos rios... As pessoas com diferenças físicas e mentais, durante a Idade Média, eram associadas à feitiçaria, bruxaria, ao diabo e por isso eram perseguidas, julgadas e executadas (Correia 1997).

No início do século XIX iniciou-se um processo de tentativa de recuperação da criança diferente, que pretendia ajustá-la à sociedade, tentando com este processo diminuir a visão negativa existente em relação a estas. Exemplos de práticas são cantar para as crianças para “acalmar o monstro que existia dentro delas” (Correia, 1997) ou fazer exorcismos. Neste mesmo século, médicos e homens das ciências debruçaram-se sobre o estudo dos deficientes, como na altura eram denominados.

Itard que foi designado “pai da educação especial”, criou programas específicos para crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) através do estudo de Victor (menino selvagem), uma criança encontrada num bosque (Correia, 1997).

Pereira (1999, pp.33) menciona que apenas no século XIX a “deficiência” e o “atraso mental” são desagregados das psicoses, “ainda que através de critérios de objetividade científica muito baseados em atitudes intuitivas, em vez de fundamentados por uma ideologia científica”. Os primeiros tratamentos efetuados nesta época têm apenas uma origem farmacêutica, com uma base simples e frequente cujo efeito era a acalmia da criança.

Levine e Levine (1970) citados por Pereira (1999) referenciam o primeiro esforço para o tratamento de crianças com estes problemas, em 1896 com o surgir da primeira clínica psicológica para crianças na Universidade de Pennsylvania, onde se apoiavam crianças, hoje em dia provavelmente diagnosticadas com autismo, com tratamentos psicológicos bem organizados. Começa-se então a tentativa de alteração de comportamentos das crianças, sem se conseguir definir antes a problemática. O tratamento era moderno e consistia numa interação entre a clínica e a família através de uma atuação semelhantes nos vários contextos, de forma a melhorar os níveis afetivos e funcionais das crianças.

Por volta de 1909 começam a surgir meios de avaliação mental de índole mais sistemática, com estudos do desenvolvimento mental da criança. Binet e Simon criam os Testes de Avaliação para efetuar o cálculo das capacidades intelectuais das crianças que iam para a escola (Pereira 1999).

Correia (1997) explica que no século XX, a teoria psicanalítica de Freud e os testes de Galton (que calculam a capacidade intelectual de alguém através de atividades sensório-motoras) alargaram os conhecimentos sobre a temática. Com os testes de inteligência de Binet e Simon e o conceito de “idade mental” surgem posteriormente as escolas especiais, para crianças com atrasos mentais que não tinham acesso à escola normal. Estas escolas servem para isolar e separar as crianças com dificuldades do grupo “normal”.

A sociedade mostra interesse em resolver o “problema” e começam a surgir instituições especiais, asilos, onde as crianças são depositadas e segregadas de acordo com a sua deficiência. Excluindo estas crianças da sociedade, das escolas onde deveriam estar integradas não existem as interações que favoreceriam o seu desenvolvimento, muito pelo contrário, as crianças crescem em ambientes desagradáveis muitas vezes hostis onde não se preocupam com a tarefa educativa (Correia, 1997).

Correia (1997) afirma que quando as escolas regulares começaram a responsabilizar-se pela educação destas crianças “classificadas de deficientes e rotuladas de atrasadas” estas foram discriminadas nas classes regulares, por isso foram colocadas durante décadas em classes especiais separadas das outras crianças.

Correia (1997) refere que as crianças com problemas de aprendizagem e de comportamento eram colocadas nas classes regulares sem qualquer ajuda específica e eram classificadas de mal comportadas e lentas quando não seguiam os padrões normais.

A mudança, de acordo com Correia (1997) acontece depois das duas guerras mundiais quando surgem inúmeros mutilados e perturbados mentais. As sociedades assumem a responsabilidade por estas pessoas e tentam encontrar respostas, demonstrando esperança e empenho que foi muito evidente nos anos 60. Movimentos de prática de direitos civis influenciados pelas transformações sociais deram origem à igualdade de oportunidades na escola regular para crianças com NEE. Estes conceitos de igualdade, justiça e liberdade ampliam-se e as famílias de crianças com NEE sentem-se mais confiantes para se envolverem na resolução dos seus problemas, como a revolta que sentem pela segregação dos seus filhos.

Correia (1997) afirma que a Educação Especial sofre muitas mudanças devido à evolução social, onde existem os pressupostos de escola para todos com igualdade de condições e um programa de educação público e gratuito, adequado às suas necessidades.

Pereira (1999, p.34) explica que desde a criação da primeira clínica de tratamento de crianças autistas até agora, aconteceram muitas mudanças que têm evoluído no “sentido de uma melhor compreensão da psicopatologia subjacente ao síndrome, do seu diagnóstico e do tipo de intervenções terapêuticas mais adequadas”.

## 2.2 - Intervenção Precoce

São muitas as mudanças que ocorreram ao longo do tempo na metodologia da Intervenção Precoce, a mais importante é talvez o objeto de tratamento ter passado apenas da criança, para a criança e a sua família, com os pais a desenvolverem um papel ativo na orientação realizada à criança. Este papel ativo de envolvimento familiar é um critério de eficácia nos programas de Intervenção Precoce (Correia, 2000).

Correia (2000) citando Bronfenbrenner (1979) e Dunst (1988) explica que “o que se pretende na realidade é que os pais se tornem elementos competentes, capazes de poder intervir de forma positiva na educação e desenvolvimento do seu filho em risco, recebendo para isso apoio (i.e., recursos) das redes sociais, formais e informais, existentes na comunidade”.

Há um caminho a percorrer do despiste à intervenção com crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), onde estão incluídas várias medidas e decisões que podem beneficiar ou dificultar a evolução da criança.

A Intervenção Precoce (IP) é “um conjunto de serviços e apoios prestados a crianças em risco ou com NEE, com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade, e às suas famílias. Estes serviços e apoios devem ser prestados em contextos naturais, de forma integrada e centrada na família, com o fim de maximizar as potencialidades de desenvolvimento das crianças com NEE” (Correia, 2008, pp.145).

A definição de Intervenção Precoce está declarada no Decreto-lei n.º 891/99, de 19 de Outubro. As ideias apresentadas anteriormente são indispensáveis para que haja qualidade nas suas práticas e ao nível da formação de profissionais, os programas utilizados devem então ser inclusivos, centrados na família, interdisciplinados e realizados de forma articulada. Apesar desta intervenção se realizar dos 0 aos 6, há uma pequena divisão em dois grupos etários. O primeiro estabelece-se dos 0 aos 3 anos, onde se procuram incluir programas de apoio domiciliário, apoio às creches, amas ou em centros especializados. Dos 3 aos 6 a modalidade de apoio é realizada na pré-escola.

Correia (2008) considera que a inclusão também está presente na Intervenção Precoce, logo deve-se planificar toda a intervenção nos vários contextos a que a criança

pertence, não só o escolar, mas também o contexto familiar (as rotinas da criança) e os contextos da comunidade onde reside.

Bruder e Staff (1998) citados por Correia (2008) referem que é benéfica a participação da família e da criança com NEE na comunidade, uma vez que a convivência em contextos alargados ajuda ao desenvolvimento da criança e das suas aprendizagens, valorizando outro aspeto da IP que não o aspeto terapêutico (tradicional). Para além destes fatores a participação junto da comunidade ajuda as famílias de crianças com NEE a sentirem-se mais normalizadas e incluídas na comunidade, aumentando a sua qualidade de vida.

A inclusão de crianças com NEE em idade pré-escolar em contextos naturais cria uma ligação com a comunidade ao ponto de esta adquirir um estatuto social semelhante a uma criança sem NEE. Esta inclusão promove a sensibilização e consciencialização dos membros da comunidade o que permite a perceção da criança como parte da mesma. Isto provoca na criança uma evolução na atitude social e comportamental (Correia, 2008).

Correia (2008) defende que para que os programas de Inclusão e IP funcionem é também necessário:

- Um envolvimento entre educadores do regular e educadores de educação especial e de todos os técnicos presentes no processo educativo;
- Um conjunto de práticas e serviços de apoio para um bom atendimento à criança;
- Legislação que defenda a inclusão da criança com NEE na escola regular;
- E por último, mas muito importante, uma boa relação entre a escola, a família e a comunidade.

Mais recentemente foi criado o Decreto-Lei 281/2009 que “tem por objeto, na sequência dos princípios vertidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006 - 2009, a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)”.

Este decreto tem por objetivo a prevenção e possível intervenção, o mais cedo possível, para que o direito à participação social aconteça nestas crianças, futuros jovens e adultos. O mesmo Decreto-Lei defende que “quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções e as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das

capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem”.

A Intervenção Precoce deve estar assente no acesso universal, na responsabilização dos técnicos e organismos públicos e na capacidade de resposta destes. É fundamental integrar o mais precocemente possível a criança e a família nos serviços de saúde e nos “serviços” escolares: creche, jardim-de-infância ou escola, conforme a idade da mesma. É importante referir que existem três níveis de processos de acompanhamento e avaliação no que diz respeito ao desenvolvimento da criança: o nível local das equipas multidisciplinares (parcerias institucionais), o nível regional de coordenação e o nível de articulação de todo o sistema. O D.L. N.º 281/2009 tem como fim desenvolver um sistema de Intervenção Precoce que movimente todos os recursos disponíveis para uma melhor “política de integração social moderna e justa”. Para que isto aconteça as equipas locais de intervenção realizam um PIIP (Plano individual de Intervenção Precoce) que consiste na apreciação da criança no seu contexto familiar e na aceção das medidas a desenvolver, de forma a assegurar um apoio à criança e um acesso a serviços e instituições mais digno.

### *2.2.1 - Teoria Sistémica Familiar e Social*

Von Bertalanffy (1968) citado por Correia (2000) desenvolveu a teoria geral dos sistemas que diz que “todos os sistemas vivos são compostos por um conjunto de elementos que são interdependentes, ou seja, mudanças num dos elementos podem afetar os outros elementos” (Correia 2000, pp 18). Esta interação entre os elementos cria situações únicas que não existiriam se considerarmos apenas a unidade, cada elemento. Com base nesta teoria construiu-se o modelo de Abordagem Sistémica da Família. Posteriormente Turnbull e colab. (1986) citados por Correia (2000) sugeriram uma teoria que integrasse as conceções da teoria sistémica familiar e da educação especial fundamentada em quatro componentes básicas:

1- Recursos familiares, ou seja, elementos que descrevem a família, características das NEE (exemplos: estatuto socioeconómico, saúde, formas de lidar com os problemas);

2- Interação Familiar, interações que ocorrem entre os membros da família ao longo do dia/semana;

3- Funções da família, que mostra as diferentes categorias de carências da família, cujo dever de resolução pertence à mesma;

4- O ciclo de vida da família, a sequência de alterações desenvolvimentais e não desenvolvimentais que atingem as famílias. Mudanças que afetam os recursos familiares e as funções da família (nascimento de uma criança, desemprego).

Os profissionais que trabalhem com as famílias têm de compreender estas componentes e as interações familiares de uma forma precisa para que a planificação surta uma intervenção eficaz.

A família insere-se ainda num sistema mais amplo de interações, que é a comunidade e sociedade onde vive, adotando assim uma perspetiva sistémica e social. Esta perspetiva contempla a família “como um «todo» social, com características e necessidades únicas, que por sua vez se insere num conjunto mais vasto de influências e redes sociais formais e informais. Todos estes elementos são intervenientes e influenciam-se mutuamente” (Correia 2000, pp.19-20). Por todas estas razões é importante uma intervenção que contemple a família e não apenas a criança, uma vez que todos os membros a influenciam. É importante apoiar e capacitar os pais para que estes dediquem mais tempo a proporcionar o bem-estar aos membros da sua família com recursos e o apoio da comunidade.

### *2.2.2 - Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner*

Bronfenbrenner (1979) citado por Correia (2000) defende que os vários contextos onde alguém se desenvolve estão ligados uns aos outros, o que quer dizer que se influenciam uns aos outros.

Bronfenbrenner referido por Correia (2000) teve em conta no seu modelo um conjunto de sistemas ecológicos (níveis):

- Microssistema que se referencia um combinado de ações, papéis e ligações interpessoais que o indivíduo experimenta no contexto em que está inserido. Este espaço inclui a família e o contexto educativo (amigos, adultos...);

- Mesossistema que apresenta as interações entre os contextos;

- Exossistema envolve os contextos onde o indivíduo não está diretamente envolvido mas que o afetam (trabalho dos pais);

- Macrossistema que inclui os valores e crenças culturais da sociedade, ou seja, são fatores abrangentes mas que influenciam de forma semelhante os diferentes subsistemas.

Nesta perspectiva faz sentido que a intervenção tenha em conta estas interações e adote uma perspectiva ecológica de Intervenção Precoce.

### *2.2.3 - Práticas de Intervenção Precoce Centradas na Família*

De acordo com Correia (2000), depois de surgirem as teorias referidas anteriormente, deu-se uma mudança na prática da Intervenção Precoce que acarretou outras mudanças como políticas, legislativas, na formação dos profissionais.

Quando se encontra uma criança em risco, quer os pais quer a criança têm de sofrer intervenção, só dando resultado se estes se empenharem ativamente. A Intervenção Precoce que envolve os pais de forma ativa, é eficaz, mas por vezes os próprios pais não conseguem ajudar os filhos, por terem também as suas próprias dificuldades. Por isso o apoio tem de ser dado à família para que a criança, (pelo menos até aos 3 anos) que depende completamente da família, se desenvolva e minimize as suas dificuldades. Correia (2000, pp.23) citando Beiley e Wolery (1992), afirma que “para ser eficaz, a intervenção tem que ser consistente com os objetivos e prioridades da família, sendo o apoio a ela prestado a peça fundamental nos programas de IP”.

Então a IP centrada na família cumpre os seguintes critérios:

- A intervenção é centrada na família como um todo e a criança como pertencente a esse todo;
- O apoio deve promover a independência da família, para que tomem decisões e procurem recursos;
- A quantidade de serviços a apoiar a família depende das suas necessidades no que respeita ao apoio social, à informação, apoio financeiro, entre outros;
- A família deve tentar adotar um estilo de vida semelhante ao que teriam se a criança não tivesse NEE;
- O apoio deve ter em conta a variedade cultural das famílias;
- O apoio deve ser personalizado;
- O apoio realizado às famílias deve ser articulado entre diferentes serviços.

Em 1986 surge nos EUA (Estados Unidos da América) a PL 94-457 que promove e alarga o papel federal de prestação e identificação de serviços à criança com NEE entre os 0 e os 21 anos. Os anteriores esforços de Intervenção Precoce estavam centrados na criança

e com esta lei a intervenção passa a englobar também a família, e para isso cria-se o Plano de Atendimento Familiar Individualizado (PAFI), este plano inclui a descrição da interação, parceria e colaboração entre os pais e os profissionais. Nesta legislação há também uma parte que centra o atendimento na criança, que dá ênfase à família, mas que se foca na criança, a um nível educacional, daí a intervenção ser regulada pelo Plano Educativo Individual (PEI). O objetivo desta lei é, criar um serviço que ajude a minimizar os efeitos prejudiciais para o desenvolvimento e fatores de risco para as crianças com NEE ou em risco (Correia, 2000).

#### *2.2.4 - Modelo da Corresponsabilização da Família*

O modelo para a corresponsabilização da família foi a base para a legislação americana para a Intervenção Precoce. Corresponsabilizar significa então “a capacidade que a família deve demonstrar na satisfação das suas necessidades e aspirações, por forma a promover um sentido claro de controlo e domínio intrafamiliar sobre aspetos importantes do funcionamento familiar” (Dunst e colab., 1988 citado por Correia, 2000, pp.26).

O mesmo autor explicita que este modelo considera que a IP deve apoiar a família e a criança através de recursos presentes na comunidade por forma a capacitá-la e a corresponsabilizá-la na minimização das necessidades desta. Estes recursos são formais quando se refere a instituições como hospitais, segurança social, serviços especiais, Intervenção Precoce, ou a profissionais liberais como educadores, educadores especiais, médicos, assistentes sociais, entre outros. Os recursos são informais quando compreendem indivíduos (amigos, conhecidos, vizinhos, familiares) ou grupos sociais (organizações voluntárias, grupos religiosos, clubes).

Outro aspeto fundamental neste modelo é a identificação e determinação de prioridades relacionadas com os apoios sociais presentes em cada família. São muitos os ganhos quando estes recursos são eficazes.

Salientam-se quatro elementos importantes de intervenção, avaliação e relações entre elas:

- Conduta de ajuda;
- Carências e ambições da família;
- Formas de estar da família;
- Apoios e recursos.

Segundo Correia (2000) as ajudas devem ser centradas na família no que precisam e no que estas aspiram. Por isso as respostas às famílias devem ser únicas, de acordo com o que melhor se lhes adapte. Isto consegue-se através da articulação entre serviços e da identificação das necessidades e intenções da família, mas também através da corresponsabilização da família para a procura de respostas para as suas dificuldades (de forma autónoma).

Estas perspetivas ecológicas e sistémicas ajudaram ao desenvolvimento de instrumentos de apoio para uma melhor avaliação da IP e trouxeram nova formação para o grupo de educadores e educadores especiais (Correia, 2000).

## **2.3 - Intervenção Precoce na Perturbação Autística**

Siegel (2008) refere que são poucas as pessoas responsáveis por crianças que percebem a importância da intervenção o mais precoce possível em crianças com autismo. As pessoas mais elucidadas sobre o assunto são os pediatras, que se especializaram na evolução ao nível comportamental e do desenvolvimento dessas crianças. É importante que a filosofia do “se não desaparece por si, então pensamos no que fazer para resolver” não assente e é importante fazer algo o mais cedo possível para despistar ou confirmar uma possível Perturbação Autística.

### *2.3.1 - Investigações no campo da Intervenção Precoce.*

Siegel (2008) refere que a Intervenção Precoce em crianças com Perturbação Autística é reduzida, e que é necessário mais investigação a este respeito de forma a aumentar a possível ajuda a estas crianças.

A mesma autora refere que o que se sabe sobre as possíveis vantagens de um tratamento precoce advém das teorias de desenvolvimento da criança, da experiência clínica, de estudos sobre a recuperação de adultos que padeceram de lesões cerebrais e também de um número reduzido de experiências efetuadas a crianças com autismo. A maior parte dos valores disponibilizados para esta investigação são gastos no campo da genética e da neurologia do autismo. A investigação das causas é importante, mas como ainda não surgiram explicações talvez seja mais importante investir no tratamento da perturbação. Outra razão para o difícil estudo da Intervenção Precoce no autismo deve-se ao facto das crianças por vezes não pertencerem a grupos bem definidos ou com um diagnóstico precoce. Sabe-se que a Perturbação Autística não tem as mesmas características numa criança com 18 meses e noutra criança de 5 anos, tal como as crianças com estas mesmas idades e com um desenvolvimento dito normal são também muito diferentes umas das outras.

Siegel (2008) afirma que nos primeiros estudos efetuados no campo da Intervenção Precoce em crianças autistas, “os críticos afirmam que aquelas que mais progrediram eram crianças que, à partida não eram autistas.” (Siegel, 2008, p.258). É então necessário estabelecer um modelo de diagnóstico precoce para a Perturbação Autística que possua o apoio de todos, para se poder falar de resultados positivos na investigação de campo da Intervenção Precoce junto de crianças autistas.

## **2.4 - A Intervenção Precoce fundamentada pelas teorias da neuropsicologia**

Siegel (2008, p. 259) explica que “O que actualmente se sabe acerca do tratamento de jovens crianças com autismo decorre essencialmente da nossa compreensão geral da forma como as crianças autistas diferem das crianças não autistas, no que diz respeito à maneira como são capazes (e incapazes) de aprender.”

Não existem conhecimentos exatos de como funciona a Intervenção Precoce ao nível neurológico, nem sobre os progressos conseguidos através de programas que estimulam a linguagem, desenvolvimento de competências sociais e comportamentais. Apesar de tudo a literatura prova que em crianças com outras necessidades educativas especiais ao nível do desenvolvimento, quanto mais cedo, melhor.

A investigação realizada a nível neurológico na Intervenção Precoce é baseada em adultos que sofreram lesões cerebrais ou acidentes vasculares cerebrais. Após estas lesões em áreas específicas do cérebro pode ser perdida uma capacidade específica. Quanto mais cedo se realiza a reabilitação e quanto mais intensa for, menor é a perda. O cérebro tem a capacidade de (em alguns casos) regenerar funções perdidas, numa parte que não é normalmente utilizada com esse propósito.

### *2.4.1 - Os fundamentos neurológicos do desenvolvimento de competências*

De acordo com Siegel (2008) o cérebro cresce e desenvolve-se durante os 5 ou 6 primeiros anos de vida, após este período as principais estruturas cerebrais estão desenvolvidas e prontas a realizar as suas funções. O cérebro de um bebé recém-nascido é semelhante a uma área de um mapa, mas sem estradas e armazéns. À medida que a criança se desenvolve, vão sendo criadas estradas e armazéns para guardar a informação, nas crianças com autismo ou problemas gerais de desenvolvimento a construção dessas estradas e armazéns pode ser problemática e torna-se necessário uma estimulação de compensação para que essas aprendizagens/caminhos se construam e sejam permanentes e para que a informação se armazene corretamente.

Para percebermos como funciona o desenvolvimento inicial do cérebro e os efeitos da Intervenção Precoce podemos pensar que o cérebro é um computador com um software

novo para o qual há poucas aplicações, se surgir um problema seria necessária a ajuda de um bom programador para dar a volta ao assunto, se o programador fosse de menor qualidade poderia demorar mais tempo a resolver o problema e a solução poderia não ser tão eficaz. A mesma autora refere-nos que a Intervenção Precoce na área das perturbações do desenvolvimento funciona da mesma forma, ou seja, quanto mais tempo esperar a criança pela intervenção, mais tempo trabalha com funções deficitárias e menos prazer retira das atividades “difíceis”. A criança pode por si só arranjar estratégias para dar a volta às dificuldades, mas pode apenas contornar uma parte do problema. A Intervenção Precoce tenta contornar as áreas do cérebro que não estão a funcionar deixando funções por realizar e tenta reorganizar outras partes do cérebro para realizarem essas funções comprometidas. Siegel (2008, p.261) afirma assim que “Uma boa Intervenção Precoce pode realizar um trabalho tão bom quanto um «génio» de programação, desde que se compreenda claramente o que necessita de ser reprogramado”.

A capacidade vicariante é, em linguagem neuropsicológica, a recuperação de uma dada função perdida por outra área cerebral e a redundância, é o conceito que defende que existem vários locais para o aparecimento da função perdida. Temos de perceber e ter noção que a função “transferida” nunca funcionará tão bem como a perdida, mas há pessoas que se adaptam melhores que outras, mas há que treinar. Siegel (2008) refere que, em estudos realizados, as crianças que tinham tendência para usar precocemente a mão esquerda e que foram obrigadas a usar a direita, demonstraram uma boa adaptação. O conceito de Intervenção Precoce consiste em ser mais fácil treinar uma nova competência do que invalidar uma antiga competência e treinar uma nova que a substituirá.

#### *2.4.2 - A grande importância da aprendizagem*

As crianças com Perturbação Autística, devido às suas diferenças neuropsicológicas congénitas, aprendem de maneira diferente o que implica que:

- A aprendizagem seja um trabalho difícil para a criança;
- As crianças são ensinadas a ter em conta o que são e o que não são capazes de compreender de forma natural (a intervenção especial pode ser de maior estimulação ou de diferente estimulação, em relação às crianças “normais”).
- Se a intervenção se realizar cedo, será mais fácil de executar, uma vez que a criança terá realizado menos adaptações às dificuldades que sente (fazer birra, para obter algo).

## **2.5 - Qual a intensidade apropriada para a Intervenção Precoce?**

Siegel (2008) relata que quando alguns pais se apercebem que os seus filhos não respondem adequadamente a certas situações, respondem de forma inata, tentando estimulá-los mais, mas no que diz respeito a crianças com Perturbação Autística esta estimulação extra não chega, é necessário uma estimulação adequada à perturbação.

A mesma autora afirma que a Intervenção Precoce é muito importante, mas qual deve ser a sua intensidade? A intensidade depende da área onde estão inseridos, e também da disponibilidade, pode variar de uma sessão semanal em grupo, a quatro sessões semanais individualizadas e durante toda a manhã, bem como serviços de um profissional que trabalha em casa das pessoas e terapia da fala três dias por semana. Normalmente a intensidade da intervenção é diretamente proporcional ao défice das crianças, ou seja, quanto maior o défice maior a intervenção. Porque se pensa que as crianças com um défice ligeiro poderão conseguir avanços por si mesmas frequentando uma intervenção reduzida. Os dados existentes apontam que as intervenções mais intensas devem ser para crianças menos afetadas uma vez que têm um grau de eficácia maior.

### *2.5.1 - Intervenção Precoce mais intensa: a melhor opção – Método de Lovaas*

Siegel (2008) descreve o trabalho realizado pelo Dr. Ivar Lovaas, que comprova a eficácia da Intervenção Precoce no tratamento de crianças e jovens com Perturbação Autística. O estudo foi apresentado em 1987 e consistia na intervenção individualizada de 40 horas semanais, durante 2 anos, em crianças com Perturbação Autística. Os resultados foram positivos.

Esta intervenção baseava-se no treino comportamental “em primeiro lugar, na aquisição de competências a nível de cumprimento de regras, depois na aquisição de competências de inibição, seguidas das respeitantes à linguagem recetiva e expressiva e, por fim, as que diziam respeito à integração com os pares.” (Siegel, 2008, p. 263). Para alcançar os objetivos foram incluídos conceitos, vocabulário e exercícios para o seu treino. Este programa está em expansão e deverá ser implementado em estudos com crianças sucessivamente mais jovens. O trabalho é baseado em estímulos e respostas, no início quando uma tarefa (que é muito simples) se aproxima de estar cumprida é reforçada. Posteriormente quando uma tarefa é bem desempenhada a criança recebe uma recompensa

(o que parece fácil, mas não é, uma vez que a criança autista tem dificuldade em corresponder aos interesses dos outros).

A mesma autora refere que esta terapia, pelo menos inicialmente, é um pouco dura para quem não quer ouvir os gritos e “ataques” das crianças (principalmente os pais), mas com o passar das primeiras semanas as birras diminuem e as regras começam a ser cumpridas, já que a criança se apercebe que consegue fazer tarefas de uma forma correta.

De acordo com Siegel (2008), depois das várias tarefas o programa centra-se na repetição das mesmas (de forma sucessiva) até se dar a aprendizagem. Esta abordagem intensiva do Dr. Lovaas nem sempre é bem aceite pelos pais, uma vez que estes não gostam de ver os seus filhos infelizes, a gritar. Embora seja uma teoria “dolorosa” (apesar de todo o carinho que os adultos demonstram à criança), comparável a uma recuperação de um membro partido, onde para se recuperar necessitam realizar exercícios que magoam, mas cujo fim é benéfico. O “truque” é a recompensa, após uma resposta correta oferecem à criança, o mais rapidamente possível, algo que lhe interessa, um alimento ou um brinquedo, de forma a que ela perceba que é mais fácil mostrar ou pedir o que deseja (apontando, tal como faz nos exercícios, neste caso aponta para o cartão com a imagem desejada) do que fazer uma birra. Esta recompensa afasta a insegurança e a aversão à tarefa. Este programa foi denominado por Ensino Instrumental. O método do Dr. Lovaas é muito vigoroso o que o torna único quando combinado com o reforço positivo e com a grande intensidade.

Siegel (2008) afirma que já se estudaram programas semelhantes ao do Dr. Lovaas e que estes são ao nível de intervenção individualizada de menor intensidade (apenas 25 horas semanais), mas cujo trabalho de estimular a criança é também dos pais em casa.

### *2.5.2 - Métodos intrusivos vs. Métodos insistentes na Intervenção Precoce.*

Para além do programa intensivo e instrutivo do Dr. Lovaas, Siegel (2008) refere também o programa desenvolvido para crianças com autismo, a Escola Higashi foi a preferida pelos pais durante os anos 80 do século passado. O programa que não é individualizado baseia-se na instrução não intrusiva, que se assenta na insistência, até que a criança execute o comportamento pretendido. Siegel (2008) explica que as crianças deste programa aprendem mais lentamente, sabem menos, mas são boas a realizar o que já aprenderam. A autora defende no domínio da aprendizagem precoce para estas crianças um

trabalho individualizado e uma grande intensidade, mas nem sempre os pais concordam com o nível de intensidade. Por isso um programa ideal seria juntar a insistência do programa Higashi ao carácter individual do programa do Dr. Lovaas.

## **2.6 - Frequência e intensidade de um programa de Intervenção Precoce**

Siegel (2008) explica que ao se determinar a adequação de um programa de Intervenção Precoce intensivo tem de se ter como fator mais importante o sistema familiar da criança autista. Tem de se avaliar os riscos e os benefícios para todos os membros da família de forma a não prejudicar ninguém.

A questão importante que se segue é a capacidade inata da criança autista. “As crianças mais gravemente afetadas, aquelas que apresentam um maior grau de deficiência mental, infelizmente têm resultados menos bons, seja qual for a intervenção de que sejam alvo.” (Siegel, 2008, p. 268). O que a autora quer dizer, é que faz sentido oferecer aprendizagens mais limitadas a crianças que aprendem muito pouco e aprendizagens mais intensas a crianças que aprendem mais. No programa Lovaas a intensidade deste depende da evolução da criança ao nível da fala ou da imitação de sons, se ao fim de três meses de tratamento as crianças não evoluírem, sofrem uma redução no horário, uma vez que não retiram tantos benefícios como as crianças que começam a falar.

Segundo Siegel (2008) um bom clínico que analise os limites do desenvolvimento pré-linguístico pode mostrar aos pais as limitações da criança. Um teste simples é colocar uma série de brinquedos à frente da criança e ver se esta mostra interesse, se demonstrar é uma candidata a um programa intensivo, se não mostrar interesse provavelmente num programa intensivo apesar de haver melhorias comportamentais, a criança apresentará também um desgaste.

### *2.6.1 - Iniciar a Intervenção Precoce Intensiva*

Se a criança demonstra aptidão para um programa de Intervenção Precoce intensivo, uma abordagem conservadora consistirá em incluir progressivamente mais tempo de trabalho individualizado desde poucos minutos a três horas por mês. Posteriormente se a criança evoluir o trabalho poderia passar a ser individualizado e a tempo inteiro. Se as aprendizagens são menores (cumprem-se as regras, mas a imitação evoluiu pouco) deve-se reduzir o número de horas e a intensidade da terapia (Siegle, 2008).

Siegel (2008, p. 269) salienta que “Muitas jovens crianças com autismo, ou com PGD, funcionam bem com vinte horas individualizadas semanais, especialmente se combinadas com algumas horas de educação especial, de forma que a maior parte das horas do dia seja passada

em alguma actividade estruturada e que haja relativamente pouco tempo para que a criança regresse à sua forma menos difícil (e menos adaptativa) de fazer as coisas”.

### *2.6.2 - Programas intensivos e o desgaste das crianças*

Apesar de ser um campo a investigar, há relatos de pais que após um a dois anos de tratamentos intensivos de Intervenção Precoce com progressos, notam nos seus filhos sinais de desgaste. As crianças voltam a ter comportamentos desadequados (birras, batem, mordem, gritam), desenvolvem perturbações do sono, podem também molhar a cama como quando eram mais pequenos. Estes são sinais de que a criança está emocionalmente tensa. Siegel (2008) refere que os pais têm de estar atentos a estas crises pois podem ser resultado da introdução de novas tarefas ou se aparecem sem causa aparente são sinónimo de cansaço.

A sobrecarga aparece em todas as crianças mas demora mais tempo a aparecer, consoante a capacidade cognitiva da criança, isto é, quanto maior for a capacidade cognitiva mais tempo demora a entrar em “sobrecarga”. Esta acontece porque as crianças com Perturbação Autística têm limitações estruturais que influenciam o que conseguem aprender e a quantidade de aprendizagens, mesmo assim conseguem-se compensar alguns défices.

### *2.6.3 - A vida não funciona numa perspetiva individualizada*

Este modelo de aprendizagem individualizada é particularmente eficaz no tratamento de crianças com Perturbação Autística, já que estas não se envolvem na “aprendizagem social”, ou seja, numa aprendizagem realizada em grupo. Estas crianças são de tal forma diferentes e centradas em si mesmas que preferem estímulos repetitivos a estímulos diferenciados, preferem agradar-se a si próprias do que agradar os adultos. Apesar desta dificuldade a vida não é individualizada, é necessário saber viver em sociedade, cumprir regras, saber “funcionar” de acordo com o sistema social (Siegle, 2008).

Na Educação Especial enquanto as crianças fazem as tarefas rotineiras na hora do “círculo/manta”, as crianças com Perturbação Autística frequentemente estão abstraídas das atividades que estão a ser realizadas. Neste caso a criança Autista aprende a estar quieta, no seu lugar e a entreter-se sozinha enquanto acontece uma atividade que não lhe interessa (aprendendo a encontrar estratégias para lidar com o tédio). A integração da

criança com Perturbação Autística em atividades de grupo ensina-lhes outras tarefas, como a participação em pequenas atividades como formar fila para sair da sala, esperar pela sua vez, guardar as coisas no seu lugar. Enquanto a criança com Perturbação Autística não imita e aprende através da instrução (em contexto de grupo), este serve para outros objetivos, a instrução individualizada ou em pares é nestas crianças a estratégia a nível de instrução, provavelmente mais enriquecedora, uma vez que ajuda a criança a progredir em termos académicos e não apenas a seguir rotinas (Siegel, 2008).

## Capítulo 3 – Metodologia e Investigação

### **3.1 - Introdução**

Este capítulo contém todas as opções metodológicas realizadas e respectivas justificações no que diz respeito a esta investigação, apresentando também o problema e as hipóteses.

Os estudos na área da Educação, de acordo com Correia e Pardal (1995), devem ser uma ciência prática, ou seja, devem ter em vista conhecer a realidade social à qual o Homem pertence, para que este a conheça com vista a dominar e agir mais seguramente sobre a mesma.

### **3.2 - Objetivo**

Esta investigação tem como objetivo geral perceber a importância da Intervenção Precoce no Desenvolvimento Global do indivíduo com Perturbação Autística.

Como objetivos específicos salienta-se:

- Perceber os conhecimentos dos educadores de infância em relação à Perturbação Autística;
- Perceber os conhecimentos dos educadores de infância relacionados com a Intervenção Precoce;
- Perceber o conhecimento dos educadores de infância sobre Intervenção Precoce na Perturbação Autística;
- Conhecer as suas opiniões sobre a inclusão da criança com Perturbação Autística no pré-escolar (regular).

### **3.3 - Problema (Hipóteses)**

O problema a que se quer dar resposta através desta investigação é: A Intervenção Precoce promove o desenvolvimento global da criança com Perturbação Autística?

As hipóteses a que nos propomos testar são:

H1: Não existe relação entre a IP e o desenvolvimento global da criança com PA.

Variável Independente: Intervenção Precoce

Variável Dependente: Desenvolvimento global da criança com Perturbação Autística

H2: Não existe relação entre a formação em EE e a perspectiva dos Educadores de Infância relativamente à inclusão da criança com PA.

Variável Independente: Formação em Educação Especial

Variável Dependente: Conhecimento que os Educadores possuem relativamente à Inclusão.

H3: Não existe relação entre o tempo de serviço dos EI e a sua perspectiva relativamente à IP na PA.

Variável Independente: Tempo de serviço

Variável Dependente: Perspetiva que os Educadores possuem relativamente à Intervenção Precoce

H4: Não existe relação entre a experiência de trabalho com crianças com PA e a perspectiva dos EI relativamente à IP.

Variável Independente: Já ter trabalhado com crianças com PA

Variável Dependente: Perspetiva dos Educadores de Infância relativamente à Intervenção Precoce.

H5: Os EI com experiência com crianças com PA consideram que existem os mesmos benefícios na frequência de escolas regulares e de unidades de autismo.

Variável independente: Experiência com Crianças com PA.

Variável dependente: Escolas que frequentam.

H6: Não existe relação entre a formação em EE dos EI e o seu conhecimento em relação às características principais da PA.

Variável Independente: Formação Em educação Especial

Variável Dependente: Conhecimento das principais características da PA

H7: O tempo de serviço não influencia a perspectiva dos educadores em relação à necessidade de formação Especializada em Educação especial.

Variável Independente: Tempo de serviço

Variável Dependente: Formação Especializada em Educação especial

### **3.4 - Pertinência do estudo**

Este estudo torna-se pertinente, uma vez que a investigação sobre Intervenção Precoce na Perturbação Autística é reduzida e valoriza o trabalho realizado pelos Professores de Educação Especial, já que nem sempre é possível incluir algumas crianças no ensino regular (desde o início) devido aos seus problemas.

Este estudo também tem por objetivo perceber em que situação estamos em relação a uma problemática cada vez mais presente nas escolas regulares, de forma a sensibilizar os educadores e professores para uma abertura de mentes, porque nem sempre incluir é a melhor opção e porque para incluir são necessárias muitas condições dependendo da problemática a trabalhar.

### **3.5 - Investigação Quantitativa**

Quando se fala em investigação social está implícita também a investigação em educação, ou seja, referimo-nos à aplicação sistemática dos princípios da Ciência às questões relacionadas com o Homem, no seu contexto social (Almada e Freire, 2000).

A investigação experimental liga-se à utilização de métodos quantitativos, o que pressupõe a observação de acontecimentos, a formulação de hipóteses (que explicam esses acontecimentos), o controlo de variáveis a seleção de sujeitos para criar uma amostra, verificação ou rejeição das hipóteses de acordo com uma seleção ponderada dos dados recolhidos e de uma análise dos dados recolhidos para testar as hipóteses.

A investigação quantitativa implica que o investigador elabore um plano de investigação estruturado anterior à investigação propriamente dita de forma a especificar os procedimentos e objetivos da mesma.

As limitações das investigações quantitativas estão ligadas ao objeto de estudo que normalmente são os complexos seres humanos. Estas limitações são o difícil controlo de variáveis, a subjetividade por parte do investigador, a medição indireta do que se quer avaliar e as dúvidas em relação à fiabilidade e validade dos instrumentos de medição.

### **3.6 - Questionário**

Quivy e Campenhoudt (1992, p. 187) referem que o inquérito por questionário “se presta bem a uma utilização pedagógica pelo carácter muito preciso e formal da sua construção e da sua aplicação prática”. Estes autores explicam que numa perspetiva

sociológica o questionário não serve apenas para sondar, serve também para verificar hipóteses teóricas e também das conexões entre as mesmas.

Este questionário foi de administração direta.

As principais vantagens de acordo com Quivy e Campenhoudt (1992, p. 191), são “a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação e o facto da exigência, por vezes essencial, de representatividade do conjunto dos entrevistados poder ser facilmente satisfeita através deste método”.

Apesar de tudo este método também tem uma margem de erro, o que significa que a representatividade não é absoluta.

Os mesmos autores mencionam que as principais limitações do método são o custo normalmente elevado do engenho, a superficialidade das respostas, a individualização dos entrevistados (que são considerados sem ter em conta as suas relações sociais) e o carácter relativamente frágil da credibilidade do dispositivo (tem de haver rigor na escolha da amostra, perguntas claras, rigor do investigador, entre outras).

Há que salientar que os métodos recolhidos têm de ser estatisticamente analisados (Quivy e Campenhoudt, 1992).

O questionário elaborado (Anexo A) possui 20 questões de escala tipo Lickert (concordo Totalmente, Concordo, Nem concordo nem discordo, Discordo e Discordo Totalmente). O questionário possui também algumas questões de carácter pessoal, que definem a população alvo.

Relativamente à questão da idade, optamos por iniciar a faixa etária aos 23 anos uma vez que agora são necessários 5 anos para terminar o curso de Educação Básica e o Mestrado de Educação de Infância, o que coloca a idade dos recém-licenciados nos 23 anos.

Com as afirmações 1, 2 e 3 pretendemos perceber a opinião dos educadores relativamente à sua formação, à formação que pode adquirir posteriormente e também quanto ao papel do educador no diagnóstico da PA.

As afirmações 4, 7, 8 e 9 testam os conhecimentos dos educadores relativamente à PA e às suas características.

A opinião sobre a inclusão das crianças com PA é testada nas afirmações 5, 10, 11, 12, 13 e 14.

Com as afirmações 15, 16, 17, 18, 19 e 20 pretendemos perceber os conhecimentos dos educadores em relação à intervenção precoce.

Com a afirmação 11 também pretendemos perceber quais as percepções dos educadores relativamente ao local onde a criança com PA terá mais benefício ao frequentar (escola regular, ou unidade de autismo). A afirmação 19 responde ao nosso problema.

### **3.7 - Protocolo de recolha e aplicação de dados**

Os questionários foram entregues a Educadores de Infância conhecidos dos investigadores via e-mail ou em mão e foram também disponibilizados em vários grupos de educadores de infância numa conhecida rede social, entre 15 de Maio e 15 Junho. No total a investigação conta com uma amostra de 102 educadores de infância.

### **3.8 - Dimensão e Critérios de Seleção da Amostra**

Esta investigação tem como população alvo os educadores de infância. Ao conjunto de elementos com uma dada característica dá-se o nome de população, como não é possível inquirir cada um dos seus elementos, cria-se uma amostra que é um pequeno grupo de elementos retirados da população. De salientar que as amostras nem sempre são representativas (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Neste estudo a amostra incidu nos Educadores de Infância, sendo inquiridos 102. Esta amostra é não probabilística definindo-se como uma amostragem por conveniência, uma vez que é realizada de forma arbitrária, em função de contactos disponíveis do investigador (Hill e Hill, 2005).

### **3.9 - Procedimentos estatísticos**

Inicialmente aplicou-se um pré-teste do questionário a uma amostra de vinte inquiridos, a consistência interna do questionário foi então analisada com recurso ao Alpha de Cronbach (coeficiente de consciência interna) e com um valor de 0.634 considera-se o questionário com uma consistência interna fraca (Pestana e Gageiro, 2005).

**Tabela 1** - Validade do Alpha de Cronbach

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,634	26

Após a aplicação dos questionários, foi realizada a análise por meio da categorização, tabelas e interpretação de dados.

A metodologia utilizada nesta investigação é quantitativa, numa vertente correlacional, de forma a estabelecer relações entre as variáveis existentes. Alguns autores referem que os estudos correlacionais não provam a causalidade entre fenómenos, apenas permitem fazer previsões, sendo muito úteis para determinar relações entre as medidas e na sugestão de possíveis causas (Almeida & Freire, 2007; Field, 2005; Hopkins, Hopkins, e Glass, 1996; Pestana e Gageiro, 2005; Tuckman, 2000).

Nesta investigação são utilizadas as estatísticas descritivas correlacionais, “Todos os coeficientes de correlação são estatísticas descritivas na medida em que resumem a relação entre os valores de duas variáveis.” (Hill e Hill, 2005).

Os procedimentos estatísticos foram realizados através da utilização do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). De acordo com Laureano e Botelho (2010) este programa tem diversas vantagens como a sua flexibilidade para as diversas naturezas de variáveis, a facilidade de utilização e os diversos níveis de complexidade (adequadas às necessidades de cada utilizador).

### **3.10 - Limitações da Investigação**

Esta investigação teve como limitação a generalização de dados já que a amostragem foi realizada por conveniência e retracts apenas a opinião de uma reduzida parte da população.

## Capítulo 4: Apresentação dos resultados

## 4.1 - Introdução

Neste capítulo caracteriza-se a amostra e apresentam-se os resultados obtidos através da manipulação de variáveis, com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 20.

Apesar da possibilidade de utilização da média aparada a 5% optou-se por manter todas as respostas dos inquiridos, uma vez que refletem a sua opinião que pode ser contrária ou favorável à da maioria.

A Escala de Lickert usada foi operacionalizada segundo estes valores: 1-Concordo Totalmente, 2-Concordo, 3-Nem concordo nem discordo, 4-Discordo e 5 Discordo totalmente.

## 4.2 - Caracterização geral do universo da amostra

### 4.2.1 - Género

Colaboraram neste estudo 102 Educadores de Infância, dos quais 97,06% são do sexo feminino e 2,94% do sexo masculino.

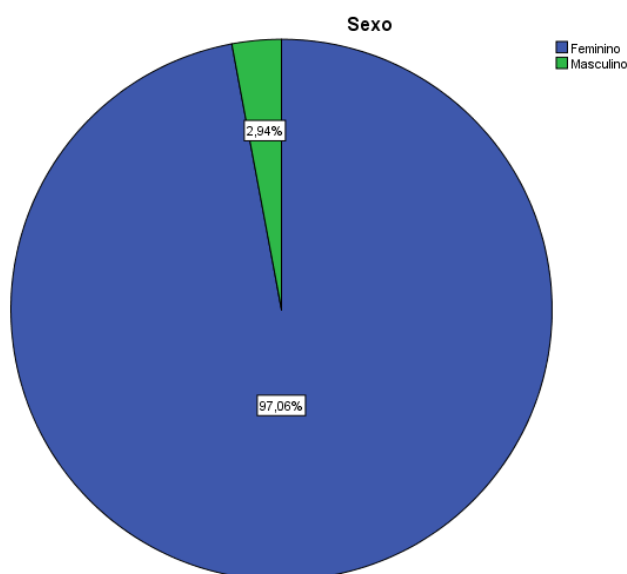


Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos da amostra, por género.

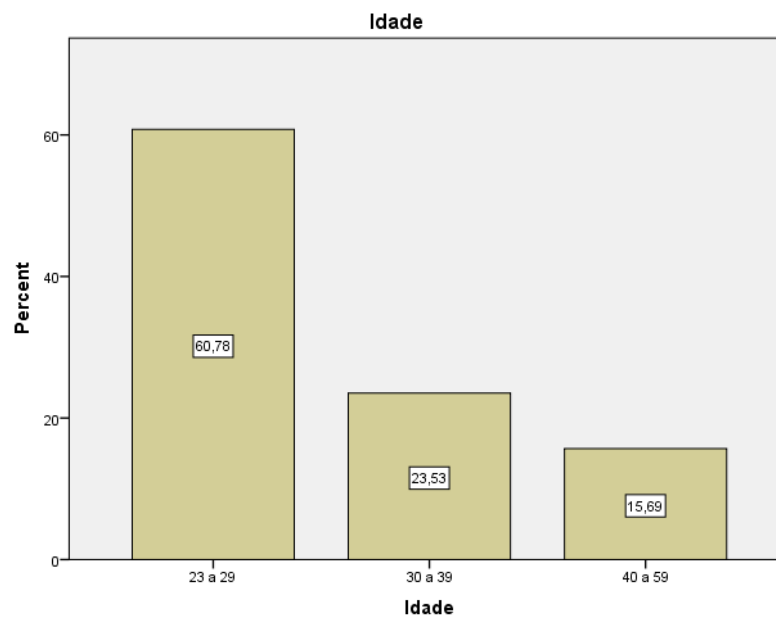
Relativamente ao Género, a moda é 1 (que se estipulou no SPSS como Feminino) o que equivale ao género feminino (que aparece mais frequentemente, sendo o dominante com 99 indivíduos num total de 102).

**Tabela 2 - Moda no género**

Género		
N	Valid	102
	Missing	0
Mode		1

#### 4.2.2 - Idades

A maioria dos inquiridos possui idades compreendidas entre os 23 e os 29 anos (60,78%). Não se obteve respostas de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.



**Gráfico 2 - Distribuição da amostra, por escalões etários.**

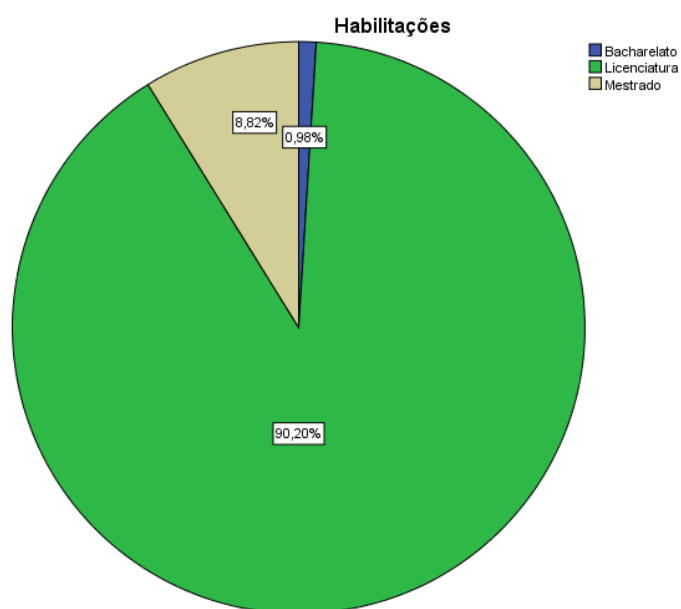
Em relação às idades, a moda (a mais frequente) está no intervalo entre 23 e 29 anos e representa a maior parte da amostra, uma vez que apenas no percentil 75 se encontra o número 2 que corresponde ao intervalo de idades compreendidas entre 30 e 39 anos.

**Tabela 3** - Moda e Quartis dos escalões etários

Idade		
N	Valid	102
	Missing	0
Mode		1
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

#### 4.2.3 - *Habilitações Académicas*

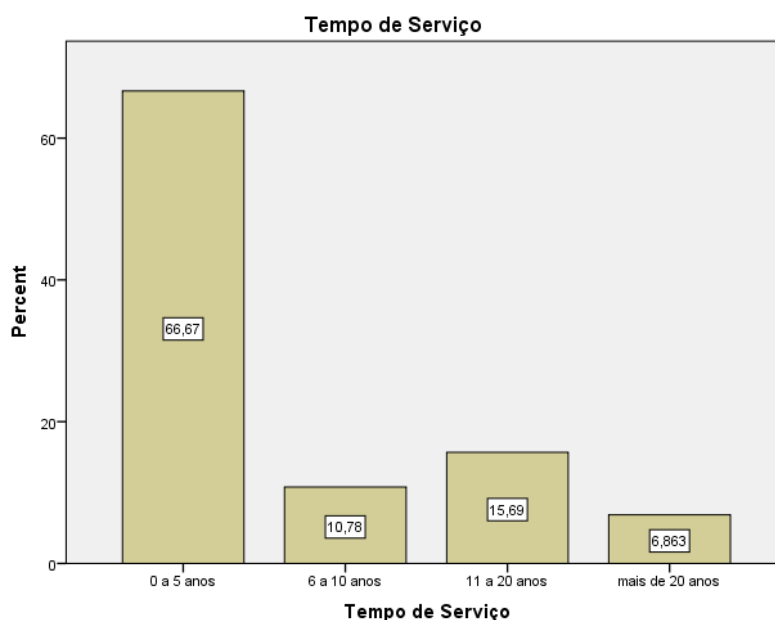
Tendo em conta as habilitações académicas, o grosso da população (90,20%) possui a licenciatura e apenas 0,98% é Bacharel. A moda das habilitações é então a licenciatura.



**Gráfico 3** - Distribuição dos sujeitos da amostra por habilitação.

#### 4.2.4 - *Tempo de Serviço*

No que respeita ao tempo de serviço, 66,67% dos inquiridos possuem entre 0 e 5 anos, seguindo-se com 15,69% os educadores com tempo de serviço compreendido entre os 11 e os 20 anos.



**Gráfico 4** - Distribuição dos sujeitos da amostra, por tempo de serviço.

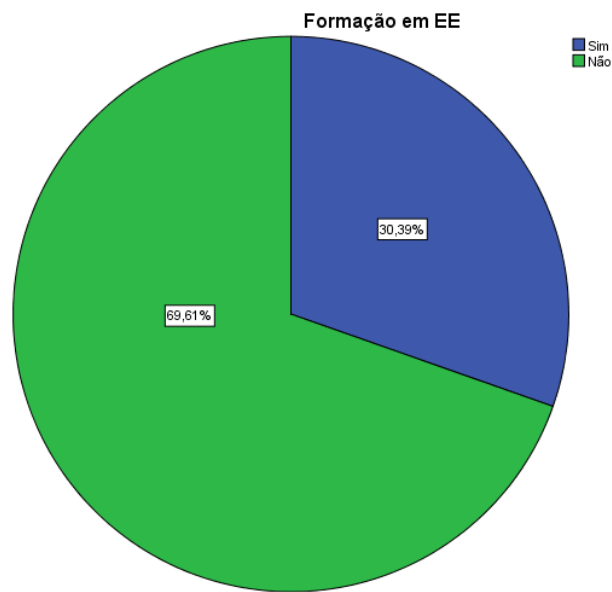
Em relação ao tempo de serviço dos inquiridos constata-se que a maior parte possui entre 0 e 5 anos de serviço sendo este o intervalo da moda e como é a frequência de mais de metade dos inquiridos, os restantes, com maior tempo de serviço, estão distribuídos pelos 2 últimos quartis.

**Tabela 4** - Moda e quartis do tempo de serviço

Tempo de Serviço		
N	Valid	102
	Missing	0
Mode		1
	25	1,00
Percentiles	50	1,00
	75	2,00

#### 4.2.5 - Formação em Educação Especial

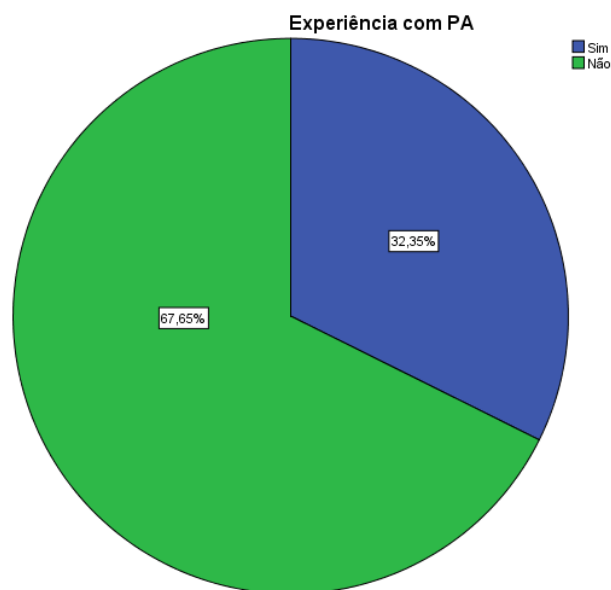
Tendo em conta a formação específica em educação especial, apenas 30,39% dos inquiridos possui esta formação, sendo que a maioria dos educadores de infância inquiridos não possui formação em educação especial.



**Gráfico 5** - Distribuição dos sujeitos da amostra, por formação especializada.

#### 4.2.6 - *Experiência de trabalho com crianças com Perturbação Autística*

Dos inquiridos, 32,35% afirmam já ter trabalhado com crianças possuidoras de Perturbação Autística. Neste item a moda é: educadores de infância sem experiência com crianças com PA.



**Gráfico 6** - Experiência de trabalho com PA

### 4.3 - Resultados Obtidos

**Afirmação 1:** Cerca de metade dos inquiridos discorda da afirmação (51,0%), 29,4% Discorda totalmente e apenas 7,9% concorda com a afirmação.

**Tabela 5** - Frequências questão 1

**1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação necessária para trabalhar com uma criança Autista**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	1	1,0	1,0	1,0
Concordo	7	6,9	6,9	7,8
Valid Nem concordo, nem discordo	12	11,8	11,8	19,6
Discordo	52	51,0	51,0	70,6
Discordo Totalmente	30	29,4	29,4	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Dos inquiridos mais de 50% respondeu Discordo (item identificado como 4), que para além de ser a Moda é também onde se situa a média e a mediana. O desvio padrão é uma medida de dispersão e neste caso mostra que as respostas não estão muito longe da média.

**Tabela 6** - Estatística descritiva questão 1

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		4,01
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		,884
	25	4,00
Percentiles	50	4,00
	75	5,00

**Afirmção 2:** A maior parte dos inquiridos 77,5%, concorda totalmente com o facto das escolas se responsabilizarem pela formação de professores que trabalhem com crianças com Necessidades Educativas Especiais, 19,6% concorda com este mesmo facto e apenas 2,% nem concorda nem discorda da afirmação.

**Tabela 7 -** Frequências questão 2

**2. É importante que as escolas ofereçam formação em Educação Especial a todos os professores envolvidos na aprendizagem de crianças com NEE.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Concordo Totalmente	79	77,5	77,5	77,5
Concordo	20	19,6	19,6	97,1
Nem concordo, nem discordo	2	2,0	2,0	99,0
Discordo Totalmente	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A média de respostas à questão 2 situa-se entre o Concordo Totalmente e o concordo com uma ligeira tendência para a primeira opção, sendo a mediana e a moda também concordo totalmente. O desvio padrão é relevante na medida em que apenas uma pessoa respondeu discordo totalmente (que acaba por afetar a média), isso pode-se perceber observando os valores dos Quartis 25, 50 e 75 que possuem todos o valor 1 (concordo totalmente).

**Tabela 8 -** Estatística descritiva questão 2

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		1,27
Median		1,00
Mode		1
Std. Deviation		,600
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	1,00

**Afirmação 3:** Cerca de metade dos inquiridos (57,8%) concorda totalmente com a afirmação, 37,3% apenas concorda e 4,9% nem concorda nem discorda.

**Tabela 9** - Frequências questão 3

**3. O Educador de Infância tem um papel importante no diagnóstico da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	59	57,8	57,8	57,8
Concordo	38	37,3	37,3	95,1
Valid Nem concordo, nem discordo	5	4,9	4,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

As respostas à questão 3 são bastantes semelhantes (excluindo todos os inquiridos que não tinham nenhuma opinião formada sobre o assunto) uma vez que o desvio padrão é sensivelmente baixo, a moda e a mediana admitem o valor 1 (concordo totalmente), observável na distribuição dos quadris. A média está situada entre as opções concordo totalmente e concordo (com uma tendência para o concordo totalmente uma vez que foi a opção mais escolhida).

**Tabela 10** - Estatística descritiva questão 3

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		1,47
Median		1,00
Mode		1
Std. Deviation		,592
	25	1,00
Percentiles	50	1,00
	75	2,00

**Afirmção 4:** Apenas 9,8% dos auscultados concordam totalmente com a afirmação, 22,5% concordam, 23,5% nem concordam nem discordam, 27,5% discordam e 16,7% discordam totalmente.

**Tabela 11** - Frequências questão 4

**4. A PA é uma deficiência mental.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	10	9,8	9,8	9,8
Concordo	23	22,5	22,5	32,4
Valid Nem concordo, nem discordo	24	23,5	23,5	55,9
Discordo	28	27,5	27,5	83,3
Discordo Totalmente	17	16,7	16,7	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Esta questão é um ótimo exemplo, uma vez que a moda se situa na opção Discordo, mas a Mediana e a média estão centradas na opção Nem concordo nem discordo, já que ocorreu uma distribuição semelhante das respostas, o desvio padrão é elevado, demonstrando a dispersão das respostas e as opções estão divididas pelos vários quartis, 25% Concordo e concordo totalmente, percentil 50 (moda e mediana) nem concordo nem discordo e percentil 75 discordo e discordo totalmente.

**Tabela 12** - Estatística descritiva questão 4

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		3,19
Median		3,00
Mode		4
Std. Deviation		1,241
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	4,00

**Afirmação 5:** As respostas variam muito, 2,% concordam totalmente com a afirmação, 11,8% concordam, 24,5% nem concordam nem discordam, 48,2% discordam e 23,5% discordam totalmente.

**Tabela 13** - Frequências questão 5

**5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	2	2,0	2,0	2,0
Concordo	12	11,8	11,8	13,7
Valid Nem concordo, nem discordo	25	24,5	24,5	38,2
Discordo	39	38,2	38,2	76,5
Discordo Totalmente	24	23,5	23,5	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A moda das respostas a esta questão é Discordo (valor 4). A mediana e a média situam-se ligeiramente abaixo do 4 (3,7), o desvio padrão é elevado, uma vez que as respostas são distribuídas pelas várias opções apesar de mais incidentes nas opções discordo e discordo totalmente (como é possível observar pela distribuição dos quadris, na tabela abaixo).

**Tabela 14** - Estatística descritiva questão 5

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		3,70
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		1,022
Percentiles	25	3,00
	50	4,00
	75	4,00

**Afirmção 6:** Dos inquiridos, apenas 1% concorda totalmente com a afirmação, 4,9% concordam com a afirmação, 21,6% nem concordam nem discordam, 45,1% discordam e 27,5% discordam totalmente.

**Tabela 15** - Frequências questão 6

<b>6.A criança Autista é da responsabilidade dos professores de EE.</b>					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Concordo Totalmente	1	1,0	1,0	1,0
	Concordo	5	4,9	4,9	5,9
	Nem concordo, nem discordo	22	21,6	21,6	27,5
	Discordo	46	45,1	45,1	72,5
	Discordo Totalmente	28	27,5	27,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

A moda das respostas à afirmação é Discordo (valor 4), a média é sensivelmente 4 uma vez que quase 50% das respostas foi igual à moda. Como podemos ver os quartis 25, 50 e 75 são constituídos pelas respostas mais frequentes (Discordo totalmente, Discordo e Nem concordo nem discordo), as opções menos frequentes são então o concordo e o concordo totalmente. O desvio padrão não é muito elevado, porque as respostas concentram-se mais entre as opções nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente.

**Tabela 16** - Estatística descritiva questão 6

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		3,93
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		,882
Percentiles	25	3,00
	50	4,00
	75	5,00

**Afirmção 7:** Tendo em conta a afirmação referente à linguagem, 12,7% dos inquiridos concordam totalmente, 37,3% concordam, 29,4% nem concordam nem discordam, 14,7% discordam e 5,9% discordam totalmente da afirmação.

**Tabela 17** - Frequências questão 7

**7. As crianças com PA têm atrasos significativos na linguagem.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	13	12,7	12,7	12,7
Concordo	38	37,3	37,3	50,0
Valid Nem concordo, nem discordo	30	29,4	29,4	79,4
Discordo	15	14,7	14,7	94,1
Discordo Totalmente	6	5,9	5,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A questão nº7 trouxe alguma dúvida aos inquiridos uma vez que as respostas que se destacam situam-se entre as opções concordo e nem concordo nem discordo (constata-se também pela análise dos quartis). Apesar disso o desvio padrão é elevado uma vez que as respostas estão distribuídas pelas 5 opções.

**Tabela 18** - Estatística descritiva questão 7

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		2,64
Median		2,50
Mode		2
Std. Deviation		1,070
Percentiles	25	2,00
	50	2,50
	75	3,00

**Afirmação 8:** Dos inquiridos 40,2% assinalaram a opção Concordo Totalmente, 43,1% Concordo, 9,8% nem concordo nem discordo, 5,9% Discordo e apenas 1,0% discordou totalmente.

**Tabela 19** - Frequências questão 8

**8.As crianças com PA têm problemas nas interações sociais.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	41	40,2	40,2	40,2
Concordo	44	43,1	43,1	83,3
Valid Nem concordo, nem discordo	10	9,8	9,8	93,1
Discordo	6	5,9	5,9	99,0
Discordo Totalmente	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A moda das respostas à questão foi Concorde (valor 2) e de acordo com os quartis as respostas encontram-se maioritariamente distribuídas pelas opções Concorde Totalmente e Concorde daí a mediana estar situada no valor 2 e a média ser um valor entre os itens 1 e 2 (Concorde totalmente e concorde).

**Tabela 20** - Estatística descritiva questão 8

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		1,84
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		,898
	25	1,00
Percentiles	50	2,00
	75	2,00

**Afirmação 9:** À afirmação 6,9% respondeu concordo totalmente, 43,1% concordo, 18,6% nem concordo nem discordo, 21,6% discordo e 9,8% discordo totalmente.

**Tabela 21** - Frequências questão 9

<b>9.As criança com PA têm interesses comuns aos das crianças sem perturbação</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	7	6,9	6,9	6,9
Concordo	44	43,1	43,1	50,0
Valid Nem concordo, nem discordo	19	18,6	18,6	68,6
Discordo	22	21,6	21,6	90,2
Discordo Totalmente	10	9,8	9,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Esta resposta tem um desvio padrão elevado, uma vez que as respostas são bastante dispersas, a resposta mais frequente foi concordo (valor 2) daí os quartis possuírem estes valores, 25% concordo e no quartil 50% 2,5, ou seja bastante dominado pelo item 2.

**Tabela 22** - Estatística descritiva questão 9

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		2,84
Median		2,50
Mode		2
Std. Deviation		1,141
	25	2,00
Percentiles	50	2,50
	75	4,00

**Afirmção 10:** Dos inquiridos 27,5% concordam totalmente com a afirmação, 50% concordam e 21,6% nem concordam nem discordam e apenas 1% discorda totalmente.

**Tabela 23** - Frequências questão 10

**10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo Totalmente	28	27,5	27,5	27,5
Concordo	51	50,0	50,0	77,5
Nem concordo, nem discordo	22	21,6	21,6	99,0
Discordo Totalmente	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Ao observar-se a tabela das respostas à questão 10 percebe-se que a moda é o valor 2 (concordo) e que está no quartil 50% e 75%, o que sugere que aparece em pelo menos metade da amostra. A mediana obtém o mesmo número, tal como a média aproximada (que sugere que a opção concordo totalmente também é bastante sugerida (análise corroborada pela quartil 25% que é 1 (concordo totalmente)). O desvio padrão é baixo, uma vez que as respostas estão dispersas pelas opções concordo totalmente, concordo e nem concordo nem discordo, ocorrendo apenas uma resposta fora destas opções.

**Tabela 24** - Estatística descritiva questão 10

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		1,97
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		,764
Percentiles	25	1,00
	50	2,00
	75	2,00

**Afirmção 11:** Dos inquiridos, 4,9% concordam totalmente com a afirmação, 10,8% concordam, 43,1% nem concordam nem discordam, 31,4% discordam e 9,8% discordam totalmente.

**Tabela 25** - Frequências questão 11

**11. As crianças com PA têm mais benefícios ao frequentar as unidades de autismo do que ao frequentar a sala regular do pré-escolar.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	5	4,9	4,9	4,9
Concordo	11	10,8	10,8	15,7
Valid Nem concordo, nem discordo	44	43,1	43,1	58,8
Discordo	32	31,4	31,4	90,2
Discordo Totalmente	10	9,8	9,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Com a análise da tabela podemos inferir que a resposta preferida foi não concordo nem discordo e que mais pessoas discordaram do que concordaram uma vez que a média se situa acima do valor 3 e que o quartil 75% toma o valor 4 (discordo).

**Tabela 26** - Estatística descritiva questão 11

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		3,30
Median		3,00
Mode		3
Std. Deviation		,963
Percentiles	25	3,00
	50	3,00
	75	4,00

**Afirmação 12:** Apenas 1% concorda totalmente, 2,9% nem concorda nem discorda, 52,9% da amostra discordam e 43,1% discordam totalmente.

**Tabela 27** - Frequências questão 12

**12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	1	1,0	1,0	1,0
Nem concordo, nem discordo	3	2,9	2,9	3,9
Valid Discordo	54	52,9	52,9	56,9
Discordo Totalmente	44	43,1	43,1	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Mais uma vez pode-se deduzir que a resposta eleita foi a discordo seguida da discordo totalmente (presente através do quadril 75%). O desvio padrão é relativamente baixo porque apenas 4 respostas se desviaram das escolhas preferidas (3 nem concordo nem discordo e apenas 1 resposta foi concordo totalmente).

**Tabela 28** - Estatística descritiva questão 12

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		4,37
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		,644
	25	4,00
Percentiles	50	4,00
	75	5,00

**Afirmção 13:** Os inquiridos responderam maioritariamente de forma afirmativa, 24,5% concorda totalmente, 38,2% concorda, 33,3% nem concorda nem discorda, 2,9% discorda e apenas 1% discorda.

**Tabela 29** - Frequências questão 13

**13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	25	24,5	24,5	24,5
Concordo	39	38,2	38,2	62,7
Nem concordo, nem discordo	34	33,3	33,3	96,1
Discordo	3	2,9	2,9	99,0
Discordo Totalmente	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A opção concordo foi a mais escolhida, apesar disso a distribuição dos quartis é variada, e pelo percentil 75 consegue-se ver que parte das respostas foram a opção 3.

**Tabela 30** - Estatística descritiva questão 13

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		2,18
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		,872
Percentiles	25	1,75
	50	2,00
	75	3,00

**Afirmção 14:** A esta afirmção 9,8% da amostra concordou totalmente, 39,2% concordou, 23,6% nem concordou nem discordou, 20,6% discordou e 6,9% discordou totalmente.

**Tabela 31** - Frequências questão 14

**14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	10	9,8	9,8	9,8
Concordo	40	39,2	39,2	49,0
Valid Nem concordo, nem discordo	24	23,5	23,5	72,5
Discordo	21	20,6	20,6	93,1
Discordo Totalmente	7	6,9	6,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A opção preferida foi Concordo, apesar de haver uma tendência também para a opção 3 onde se situa a mediana e também o percentil 50. O desvio padrão é elevado uma vez que as respostas encontram-se divididas pelas várias opções. A média diz-nos que há mais quem concorde do que quem discorde.

**Tabela 32** - Estatística descritiva questão 14

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		2,75
Median		3,00
Mode		2
Std. Deviation		1,103
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	4,00

**Afirmção 15:** As respostas a esta questão dividem-se maioritariamente em discordo totalmente 66,7% e discordo 29,4%, existem também 1% em nem concordo nem discordo e na opção concordo totalmente e 2% em concordo.

**Tabela 33** - Frequências questão 15

**15. A IP não é importante para as crianças com PA.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	1	1,0	1,0	1,0
Concordo	2	2,0	2,0	2,9
Nem concordo, nem discordo	1	1,0	1,0	3,9
Discordo	30	29,4	29,4	33,3
Discordo Totalmente	68	66,7	66,7	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Através da interpretação dos dados da tabela, podemos inferir que mais de metade dos inquiridos escolher a opção 5 uma vez que 2 quadris e a mediana apresentam este valor e também porque a média está mais próxima do valor 5 que do 4. O desvio padrão é reduzido, ou seja, há poucas respostas afastadas à média.

**Tabela 34** - Estatística descritiva questão 15

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		4,59
Median		5,00
Mode		5
Std. Deviation		,709
Percentiles	25	4,00
	50	5,00
	75	5,00

**Afirmção 16:** Os inquiridos responderam maioritariamente que concordam com a afirmação, sendo que 73,5% concordam totalmente, 23,5% concordam, as opções nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente obtiveram a percentagem de 1%.

**Tabela 35** - Frequências questão 16

**16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	75	73,5	73,5	73,5
Concordo	24	23,5	23,5	97,1
Nem concordo, nem	1	1,0	1,0	98,0
Valid discordo	1	1,0	1,0	99,0
Discordo	1	1,0	1,0	100,0
Discordo Totalmente	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A opção de resposta mais frequente foi a 1 (concordo totalmente) e constata-se que mais de metade dos inquiridos a escolheu, conseguimos perceber pelos valores de dois quadris e também pela mediana, a média sugere que os valores estão maioritariamente distribuídos entre a opção 1 e a 2.

**Tabela 36** - Estatística descritiva questão 16

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		1,32
Median		1,00
Mode		1
Std. Deviation		,647
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

**Afirmção 17:** Dos inquiridos 1% concordam totalmente, 1% concordam e 1% nem concorda nem discorda, 19,6% discordam e 77,5% discordam totalmente.

**Tabela 37 -** Frequências questão 17

**17. A IP não inclui o envolvimento da família.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo Totalmente	1	1,0	1,0	1,0
Concordo	1	1,0	1,0	2,0
Nem concordo, nem discordo	1	1,0	1,0	2,9
Discordo	20	19,6	19,6	22,5
Discordo Totalmente	79	77,5	77,5	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Através da interpretação dos dados da tabela, percebe-se que a maior parte dos inquiridos escolheu a opção 5 uma vez que os 3 quadris e a mediana apresentam este valor e também porque a média está mais próxima do valor 5 que do 4. O desvio padrão é baixo, ou seja existem poucas respostas afastadas à média.

**Tabela 38 -** Estatística descritiva questão 17

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		4,72
Median		5,00
Mode		5
Std. Deviation		,635
Percentiles	25	5,00
	50	5,00
	75	5,00

**Afirmção 18:** Dos sujeitos inquiridos 70,6% concorda totalmente com a afirmação, 26,5% concorda e apenas 1% nem concorda nem discorda, 1% discorda e 1% discorda totalmente.

**Tabela 39** - Frequências questão 18

**18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	72	70,6	70,6	70,6
Concordo	27	26,5	26,5	97,1
Nem concordo, nem discordo	1	1,0	1,0	98,0
Discordo	1	1,0	1,0	99,0
Discordo Totalmente	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A resposta mais frequente foi a de opção 1. Comprova-se que mais de metade dos inquiridos a escolheu, percebe-se também pelos valores de dois quadris (valor1) e também pela mediana. A média sugere que os valores estão maioritariamente distribuídos entre a opção 1 e a 2. O desvio padrão demonstra a existência de algumas respostas afastadas à média.

**Tabela 40** - Estatística descritiva questão 18

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		1,35
Median		1,00
Mode		1
Std. Deviation		,655
	25	1,00
Percentiles	50	1,00
	75	2,00

**Afirmção 19:** Na afirmação 19, os inquiridos que concordam totalmente são 64,7%, 32,4 concordam e apenas 2,9% nem concorda nem discorda.

**Tabela 41** - Frequências questão 19

**19. A IP favorece o desenvolvimento global da criança com PA.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	66	64,7	64,7	64,7
Concordo	33	32,4	32,4	97,1
Valid Nem concordo, nem discordo	3	2,9	2,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

As opções de resposta à questão 19 distribuem-se apenas em 3 opções próximas o que explica o reduzido desvio padrão. A moda é a opção 1 (concordo totalmente), tal como a mediana e dois dos quartis, percebe-se que a maior parte da população optou pela resposta 1, seguindo-se a opção de resposta 2.

**Tabela 42** - Estatística descritiva questão 19

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		1,38
Median		1,00
Mode		1
Std. Deviation		,546
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

**Afirmção 20:** Nesta última afirmação apenas 1% concorda totalmente, 5,9% dos inquiridos concordam, 11,8% nem concorda nem discorda, 52,9% discorda e 28,4% discorda totalmente.

**Tabela 43** - Frequências questão 13

**20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo Totalmente	1	1,0	1,0	1,0
Concordo	6	5,9	5,9	6,9
Nem concordo, nem discordo	12	11,8	11,8	18,6
Discordo	54	52,9	52,9	71,6
Discordo Totalmente	29	28,4	28,4	100,0
Total	102	100,0	100,0	

A última questão do inquérito tem como moda a opção 4 (discordo), por estar presente em dois quartis, por ser a mediana e também o valor da média constata-se que a maior parte das opções escolhidas formam a 4 e a 5 (3º quartil). Quanto ao desvio padrão é reduzido porque existem poucas respostas afastadas à média.

**Tabela 44** - Estatística descritiva questão 20

N	Valid	102
	Missing	0
Mean		4,02
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		,856
Percentiles	25	4,00
	50	4,00
	75	5,00

Depois da conclusão da apresentação dos resultados, passa-se agora para a interpretação dos mesmos.

## Capítulo 5: Discussão dos resultados

## 5.1 – Discussão dos Resultados

Neste capítulo interpretam-se os resultados através da manipulação das variáveis, testam-se as hipóteses de forma a refutar ou aceitar as mesmas.

Ao iniciarmos a análise das hipóteses realizámos os testes para verificar a normalidade, testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk. Constatámos que a distribuição dos dados era muito diferente da normal e por isso optámos pelos testes não paramétricos (os testes de normalidade serão apresentados no Anexo B).

Marôco (2010) explica que os testes paramétricos obrigam a uma distribuição normal dos resultados. Apesar disso, estes testes são muito sólidos e podem ser utilizados mesmo quando este pressuposto da normalidade é violado. Como os nossos resultados têm uma distribuição muito diferente da normal, iremos utilizar os testes não-paramétricos.

Apenas algumas tabelas estão disponíveis neste capítulo, as restantes encontram-se no Anexo B.

**H1:** Não existe relação entre a IP e o desenvolvimento global da criança com PA.

Tabela 45 - Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA	,405	102	,000	,653	102	,000

a. Lilliefors Significance Correction

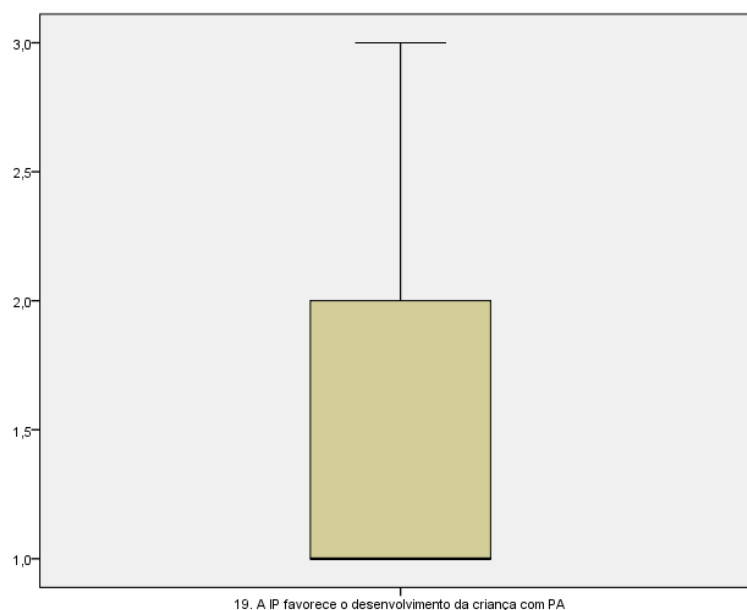
Apesar da não normalidade, fez-se um teste paramétrico para testar apenas a hipótese1, uma vez que estes testes são suficientemente robustos para serem utilizados apesar da transgressão das regras estabelecidas (Marôco, 2010).

De acordo com o Teste t student para uma amostra, compara-se diretamente o valor de p-value=0,000 com  $\alpha=0,05$  (nível de significância). Como p-value=0,000< $\alpha$  então rejeita-se a hipótese nula. Pode-se então dizer que a Intervenção Precoce influencia o desenvolvimento global da criança com PA..

**Tabela 46** - Teste T-student

	Test Value = 0					
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
19. A IP favorece o desenvolvimento global da criança com PA.	25,579	101	,000	1,382	1,28	1,49

A distribuição do gráfico de bigodes mostra que as respostas são maioritariamente Concordo totalmente e concordo, estando pouco dispersas até à opção não concordo nem discordo.



**Gráfico 7** - Gráfico de bigodes questão 19

Como podemos constatar pelo gráfico nº8 apenas 2,94% dos inquiridos não concorda nem discorda, os restantes Concordam com a afirmação, o que nos leva a considerar que se rejeita a hipótese nula, ou seja, podemos afirmar que existe relação entre a Intervenção Precoce e o desenvolvimento global da criança com Perturbação Autística. Quanto mais cedo se identificar e ajudar a criança com PA, mais facilmente esta pode desenvolver-se de uma forma o mais normal possível.

O gráfico de percentagem ilustra esta mesma questão mostrando que mais de metade dos inquiridos concorda totalmente com a questão.

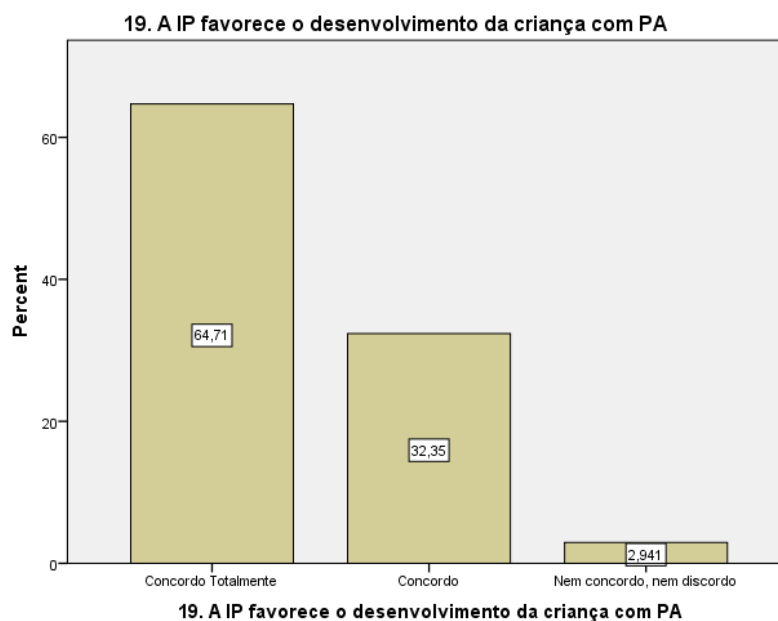


Gráfico 8 - Explicação da hipótese 1

**H2:** Não existe relação entre a formação em EE e a perspetiva dos Educadores de Infância relativamente à inclusão da criança com PA.

Ao utilizarmos a tabela de referência cruzada, percebemos que não existem diferenças significativas entre as respostas dos educadores com e sem formação em Educação Especial. O que acontece sucessivamente nas restantes respostas (Questão 5, 10, 12, 13 e 14) relacionadas com a hipótese. Podemos então dizer que a hipótese é aceite, ou seja não existe relação entre a formação em Educação Especial e perspetiva dos Educadores de Infância relativamente à inclusão de crianças com PA.

Apesar de não haver diferenças significativas, isso não quer dizer que as respostas sejam corretas. Nesta Perturbação as crianças desenvolvem-se mais facilmente num ambiente estruturado, previsível e seguro. As salas TEACCH e as unidades permitem a evolução da criança e aos poucos vão fazendo a inclusão das crianças numa sala regular do pré-escolar.

**Tabela 47 - Tabela explicativa da hipótese 2**

Afirmação5: As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.		Formação em EE		Total
		Sim	Não	
	Count	0 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	2
	% within 5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.	0,0%	100,0%	100,0%
	Totalmente			
	% within Formação em EE	0,0%	2,8%	2,0%
	% of Total	0,0%	2,0%	2,0%
	Count	4 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	12
	% within 5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.	33,3%	66,7%	100,0%
5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.	Concordo			
	% within Formação em EE	12,9%	11,3%	11,8%
	% of Total	3,9%	7,8%	11,8%
	Count	6 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>	25
	Nem concordo, nem discordo			
	% within 5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.	24,0%	76,0%	100,0%
	% within Formação em EE	19,4%	26,8%	24,5%
	% of Total	5,9%	18,6%	24,5%
	Count	11 <sub>a</sub>	28 <sub>a</sub>	39
	% within 5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.	28,2%	71,8%	100,0%
	Discordo			
	% within Formação em EE	35,5%	39,4%	38,2%
	% of Total	10,8%	27,5%	38,2%
	Count	10 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	24
	% within 5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.	41,7%	58,3%	100,0%
	Totalmente			
	% within Formação em EE	32,3%	19,7%	23,5%
	% of Total	9,8%	13,7%	23,5%
	Count	31	71	102
	% within 5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.	30,4%	69,6%	100,0%
Total	% within Formação em EE	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	30,4%	69,6%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Formação em EE categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**H3:** Não existe relação entre o tempo de serviço dos EI e a sua perspectiva relativamente à IP na PA.

A utilização da tabela de referências cruzadas mostra que para todas as afirmações relacionadas com a hipótese 3 (questões 15, 16, 17, 18, 19 e 20) não existem diferenças significativas entre o tempo de serviço e a perspectiva dos Educadores de infância referente à Intervenção Precoce na Perturbação Autística. Admite-se então a hipótese nula como correta.

Em relação ao conhecimento sobre a Intervenção Precoce, a quase totalidade dos inquiridos respondeu corretamente às questões afirmando que a IP é importante para as crianças com PA, que a equipa de IP deve incluir educadores de infância e a família, sendo assim mais bem-sucedida.

**Tabela 48** - Tabela explicativa da hipótese 3

15-A Intervenção Precoce não é importante para as crianças com Perturbação Autística.* Tempo de serviço		Tempo de Serviço				Total	
		0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	mais de 20 anos		
15. A IP não é importante para as crianças com PA.	Concordo Totalmente	Count 1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1	
		% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Concordo	Count 1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2	
		% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	9,1%	0,0%	0,0%	2,0%
		% of Total	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	Nem concordo, nem discordo	Count 1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1	
		% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Discordo	Count 13 <sub>a</sub>	4 <sub>a, b</sub>	9 <sub>b</sub>	4 <sub>b</sub>	30		
	% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	43,3%	13,3%	30,0%	13,3%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	19,1%	36,4%	56,2%	57,1%	29,4%	
	% of Total	12,7%	3,9%	8,8%	3,9%	29,4%	
Discordo Totalmente	Count 52 <sub>a</sub>	6 <sub>a, b</sub>	7 <sub>b</sub>	3 <sub>a, b</sub>	68		
	% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	76,5%	8,8%	10,3%	4,4%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	76,5%	54,5%	43,8%	42,9%	66,7%	
	% of Total	51,0%	5,9%	6,9%	2,9%	66,7%	
Total	Count 68	11	16	7	102		
	% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Tempo de Serviço categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**H4:** Não existe relação entre a experiência de trabalho com crianças com PA e a perspectiva dos EI relativamente à IP.

A utilização da tabela de referências cruzadas mostra que para todas as afirmações relacionadas com a hipótese 4 (questões 15, 16, 17, 18, 19 e 20) não existem diferenças significativas entre a experiência de trabalho e a perspectiva dos Educadores de Infância relativamente à Intervenção Precoce na Perturbação Autística. Admite-se então a hipótese nula como correta.

**Tabela 49** - Tabela explicativa da hipótese 4

		Experiência com PA		Total	
		Sim	Não		
15. A IP não é importante para as crianças com PA.	Concordo Totalmente	Count 0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1	
		% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%
		% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
	Concordo	Count 0 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	2	
		% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Experiência com PA	0,0%	2,9%	2,0%
		% of Total	0,0%	2,0%	2,0%
	Nem concordo, nem discordo	Count 0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1	
		% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%
		% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
Discordo	Count 9 <sub>a</sub>	21 <sub>a</sub>	30		
	% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	30,0%	70,0%	100,0%	
	% within Experiência com PA	27,3%	30,4%	29,4%	
	% of Total	8,8%	20,6%	29,4%	
Discordo Totalmente	Count 24 <sub>a</sub>	44 <sub>a</sub>	68		
	% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	35,3%	64,7%	100,0%	
	% within Experiência com PA	72,7%	63,8%	66,7%	
	% of Total	23,5%	43,1%	66,7%	
Total	Count 33	69	102		
	% within 15. A IP não é importante para as crianças com PA.	32,4%	67,6%	100,0%	
	% within Experiência com PA	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	32,4%	67,6%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Experiência com PA categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**H5:** Os EI com experiência com crianças com PA consideram que existem os mesmos benefícios na frequência de escolas regulares e de unidades de autismo.

A tabela de referência cruzada mostra-nos que não existem diferenças significativas entre as respostas dos educadores com experiência de trabalho com crianças com PA e a sua opinião sobre os benefícios da frequência de escolas regulares e unidades de autismo. Confirma-se a hipótese nula nº 5.

A maior parte dos inquiridos não considera que as unidades de autismo sejam mais benéficas que as escolas regulares, muitos não têm a opinião formada, pouco são os que se arriscam a dizer que essa educação especializada é melhor, o que é verdade.

Estas crianças são especiais e as suas especificidades em relação à socialização por vezes são mais facilmente resolvidas num ambiente estruturado e seguro (que é a unidade).

**Tabela 50** - Tabela explicativa da hipótese 5

		Experiência com PA		Total
		Sim	Não	
	Count	1 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	5
	Concordo Totalmente	20,0%	80,0%	100,0%
	% within 11. As crianças com PA têm mais benefícios ao frequentar as unidades de autismo do que ao frequentar a sala regular do pré-escolar.			
	% within Experiência com PA	3,0%	5,8%	4,9%
	% of Total	1,0%	3,9%	4,9%
11. As	Count	4 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	11
crianças	% within 11. As crianças com PA têm mais benefícios ao frequentar as unidades de autismo do que ao frequentar a sala regular do pré-escolar.	36,4%	63,6%	100,0%
com PA	Concordo			
têm mais	% within Experiência com PA	12,1%	10,1%	10,8%
benefícios	% of Total	3,9%	6,9%	10,8%
ao	Count	10 <sub>a</sub>	34 <sub>a</sub>	44
frequentar	Nem			
as	concordo,	22,7%	77,3%	100,0%
unidades	nem			
de autismo	discordo	30,3%	49,3%	43,1%
do que ao	% of Total	9,8%	33,3%	43,1%
frequentar	Count	13 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>	32
a sala	% within 11. As crianças com PA têm mais benefícios ao frequentar as unidades de autismo do que ao frequentar a sala regular do pré-escolar.	40,6%	59,4%	100,0%
regular do	Discordo			
pré-	% within Experiência com PA	39,4%	27,5%	31,4%
escolar.	% of Total	12,7%	18,6%	31,4%
	Count	5 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	10
	Discordo Totalmente	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Experiência com PA	15,2%	7,2%	9,8%
	% of Total	4,9%	4,9%	9,8%
	Count	33	69	102
	% within 11. As crianças com PA têm mais benefícios ao frequentar as unidades de autismo do que ao frequentar a sala regular do pré-escolar.	32,4%	67,6%	100,0%
Total	% within Experiência com PA	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	32,4%	67,6%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Experiência com PA categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**H6:** Não existe relação entre a formação em EE dos EI e o seu conhecimento em relação às características principais da PA.

As tabelas de referência cruzada mostram, em todas as questões relacionadas com a hipótese nº6 (questões 4, 7, 8 e 9) que não existem diferenças significativas entre as respostas dos educadores com formação em Educação Especial e o conhecimento sobre as características principais da Perturbação Autística. Confirma-se assim a hipótese nula nº 6.

Podemos também dizer que tanto os educadores com formação como sem formação não sabem que a Perturbação Autística é uma deficiência mental. Cerca de 25% dos inquiridos (com ou sem formação) não reconhecem que as crianças com esta perturbação têm problemas na aquisição da linguagem e que têm interesses diferentes das outras crianças. A característica mais identificada foi a dificuldade nas interações sociais.

**Tabela 51** - Tabela explicativa da hipótese 6

			Formação em EE		Total
			Sim	Não	
4. A PA é uma deficiência mental.		Count	2 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	10
	Concordo	% within 4. A PA é uma deficiência mental.	20,0%	80,0%	100,0%
	Totalmente	% within Formação em EE	6,5%	11,3%	9,8%
		% of Total	2,0%	7,8%	9,8%
		Count	4 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>	23
	Concordo	% within 4. A PA é uma deficiência mental.	17,4%	82,6%	100,0%
		% within Formação em EE	12,9%	26,8%	22,5%
		% of Total	3,9%	18,6%	22,5%
		Count	8 <sub>a</sub>	16 <sub>a</sub>	24
	Nem concordo, nem discordo	% within 4. A PA é uma deficiência mental.	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Formação em EE	25,8%	22,5%	23,5%
		% of Total	7,8%	15,7%	23,5%
	Count	11 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>	28	
Discordo	% within 4. A PA é uma deficiência mental.	39,3%	60,7%	100,0%	
	% within Formação em EE	35,5%	23,9%	27,5%	
	% of Total	10,8%	16,7%	27,5%	
	Count	6 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>	17	
Discordo	% within 4. A PA é uma deficiência mental.	35,3%	64,7%	100,0%	
Totalmente	% within Formação em EE	19,4%	15,5%	16,7%	
	% of Total	5,9%	10,8%	16,7%	
	Count	31	71	102	
Total	% within 4. A PA é uma deficiência mental.	30,4%	69,6%	100,0%	
	% within Formação em EE	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	30,4%	69,6%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Formação em EE categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

**H7:** O tempo de serviço não influencia a perspectiva dos educadores em relação à necessidade de formação Especializada em Educação Especial.

Mais uma vez ao realizarmos a tabela de referência cruzada, percebemos que não existem diferenças significativas entre as respostas dos educadores com diferentes tempos de serviço em relação à Intervenção Precoce na PA. O que acontece também na questão 2 igualmente relacionada com a hipótese. Podemos então dizer que a hipótese nula é aceita, os educadores admitem que é necessário mais formação do que a que possuem no curso inicial de educadores para poderem trabalhar com estas crianças. Apesar disso o tempo de serviço não influencia as suas opiniões porque são próximas independentemente deste fator.

Tendo em conta a formação dos educadores, quase todos concordam que é importante oferecerem formações em Educação Especial aos educadores que trabalhem com estas crianças, uma vez que a formação inicial não é suficiente.

**Tabela 52 - Tabela explicativa da hipótese 7**

		Tempo de Serviço				Total	
		0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	mais de 20 anos		
1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação necessária para trabalhar com uma criança Autista	Concordo Totalmente	Count 0 <sub>a</sub>	0 <sub>a,b</sub>	1 <sub>b</sub>	0 <sub>a,b</sub>	1	
		% within 1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	0,0%	0,0%	6,2%	0,0%	1,0%
		% of Total	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	1,0%
	Concordo	Count 6 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	7	
		% within 1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação	85,7%	0,0%	14,3%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	8,8%	0,0%	6,2%	0,0%	6,9%
		% of Total	5,9%	0,0%	1,0%	0,0%	6,9%
	Nem concordo, nem discordo	Count 9 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	12	
		% within 1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação	75,0%	8,3%	8,3%	8,3%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	13,2%	9,1%	6,2%	14,3%	11,8%
		% of Total	8,8%	1,0%	1,0%	1,0%	11,8%
Discordo	Count 36 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	52		
	% within 1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação	69,2%	13,5%	11,5%	5,8%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	52,9%	63,6%	37,5%	42,9%	51,0%	
	% of Total	35,3%	6,9%	5,9%	2,9%	51,0%	
Discordo Totalmente	Count 17 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	30		
	% within 1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação	56,7%	10,0%	23,3%	10,0%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	25,0%	27,3%	43,8%	42,9%	29,4%	
	% of Total	16,7%	2,9%	6,9%	2,9%	29,4%	
Total	Count 68	11	16	7	102		
	% within 1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Tempo de Serviço categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

Na questão 3 - O educador de infância tem um papel importante no diagnóstico da criança autista, a maior parte dos inquiridos concorda à exceção de alguns indecisos. Hoje em dia, as crianças passam muito do seu tempo em creches e jardins-de-infância, são os educadores que estão presentes ao seu lado, por isso podem ser estes os primeiros a identificar diferenças ou atrasos significativos no desenvolvimento da criança.

Em relação à questão 6-A *criança autista é da responsabilidade dos professores de Educação Especial*, esta teve algumas respostas que confirmam a afirmação, embora muitos inquiridos não tinham opinião. É estranho ver o que acontece em pleno século XXI, em que as mentes ainda estão fechadas. Podemos interpretar isto de várias maneiras ao dizer que as crianças são responsabilidade do professor de EE. Pode ser na perspetiva de obter melhoras, mas a criança é da responsabilidade de Todos os intervenientes na sua educação.

## Conclusão

Este capítulo sintetiza todo o trabalho realizado anteriormente, expondo as perspectivas e conclusões retiradas.

Correia (2008, p. 38) citando o Decreto-Lei: 344/89 de 11 de Outubro refere que “os cursos regulares de formação de educadores de infância e de professores dos ensinos básico e secundário devem incluir preparação inicial no campo da educação especial”, todos sabemos que esta formação existe, mas como constatamos nas respostas aos questionários não é suficiente, tanto porque os inquiridos são dessa opinião, como o conseguimos atestar na dificuldade que alguns sentiram em definir as características da Perturbação Autística.

O mesmo autor refere que as escolas se devem preocupar com a formação de todos os profissionais de acordo com os objetivos, tornando-se esta obrigatória quando existe inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais, para que não haja atitudes inadequadas. Esta medida parece vir tentar colmatar a reduzida formação existente no curso base.

Sabemos que para diagnosticar precisamos perceber o problema e as características do mesmo. Através do questionário percebeu-se que grande parte dos inquiridos não possui conhecimentos suficientes para o fazer.

Siegel (2008) refere que a intervenção deve ser o mais precoce possível nesta perturbação, de forma à evolução poder ser mais rápida. Os pais e o trabalho que estes podem continuar em casa é fundamental para a progressão do desenvolvimento da criança tal como o trabalho que a equipa de Intervenção Precoce desenvolve com o objetivo de tornar a criança o mais social e independente possível.

Correia (2008) defende que todos os alunos e não apenas os portadores de deficiência beneficiam com a escola inclusiva, todos os intervenientes no contexto educativo enriquecem com esta experiência desenvolvendo-se na diferença.

Os inquiridos defendem a inclusão e por isso, consideram que apenas se a criança não tiver sucesso na sala do regular, deve ir para a unidade. Siegel (2008) refere o método do Dr. Lovaas, que é um método intensivo, individual onde a criança com Perturbação Autística recebe um treino comportamental, adquirindo competências ao nível do cumprimento de regras e da aquisição de competências de imitação (na linguagem recetiva,

seguida da linguagem expressiva e por fim na integração com os pares). Só depois deste treino é que a criança pode estar preparada para ser incluída numa sala regular.

Ao contrário do que seria de esperar não existem diferenças significativas em relação à formação em Educação Especial, nem ao tempo de serviço relativamente à inclusão, ou à Intervenção Precoce. Isto não quer dizer que todos os inquiridos responderam corretamente ao questionário, mas sim que os erros e os conhecimentos estão espalhados por pessoas com mais ou menos formação e tempo de serviço.

Conclui-se então que a resposta ao problema em questão é que a Intervenção Precoce contribui para o desenvolvimento global da criança com Perturbação Autística.

### *Linhas futuras de Investigação*

Um dia um professor explicou que um trabalho nunca está acabado, podemos sempre mudar algo, acrescentar.

Tendo por base o mesmo tema do Autismo se futuramente realizasse um trabalho a escolha poderia ser um de entre os seguintes:

- Aplicação do questionário apenas a professores da Educação Especial;
- A influência da musicoterapia na Perturbação Autística;
- Um estudo de caso realizado numa Unidade de Autismo (com a observação da evolução de uma criança).

## Referências Bibliográficas

Almeida, L. e Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Almeida, L. S., e Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Coll, C. Palacios, J. e Marchesi, A. (1995). *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Correia, L. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. e Serrano, A. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce: Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: Um guia para educadores e professores*. 2ª Edição (Revista e Ampliada). Porto: Porto Editora.

Decreto-Lei N.º 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República, 1ª série - N.º193 – 6 de Outubro de 2006. Ministério da Educação. Lisboa

Fávero, M. H. e Vieira, D. O. (2007). *O conceito de autismo: Abrangência e implicações para a intervenção psicopedagógica*. *Psychologica*, 44,237-261.

Frances, A. E Ross, R. (2004). *Casos Clínicos DSM-IV-TR: guia para diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications.

Hill, M. e Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hopkins, K. D., Hopkins, B. R., e Glass, G. V. (1996). *Basic statistics for the behavioral sciences*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Laureano, R. e Botelho, M. (2010). *SPSS – O meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo.

Mello, A. (2003). *Autismo: Guia Prático*. São Paulo: AMA (Edição em PDF).

Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o Pasw Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda.

Pereira, E. G. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Pereira, E. G. (1999). *Autismo: o significado como processo central*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Quivy, R. e Campenhoudt L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Santos, I. e Sousa, P. (s.d.). *Como intervir na Perturbação Autística*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não editado, disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)).

Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo: compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto editora.

Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vila, C., Diogo, S. e Sequeira, S. (2009). *Autismo e Síndrome de Asperger*. Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes (não editado, disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)).

DSM IV (2012). *Autista, Transtorno*. Disponível em:  
[http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm\\_janela.php?cod=21](http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=21)

## Anexo A



## Escola Superior de Educação João de Deus

Exmo(a). Senhor (a) Educador (a), caro (a) colega

O meu nome é Rafaela Filipa Dias Covas e sou aluna da Escola Superior de Educação João de Deus, no Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial, sob a orientação da Professora Doutora Cristina Gonçalves.

Tem em mãos um questionário que se insere numa investigação com a seguinte temática: “Intervenção Precoce na Perturbação Autística – Perspetiva dos Educadores de Infância”.

Lembro-lhe que não existem nem boas nem más respostas. Apenas a sua opinião para mim é importante.

Para que a possa levar a bom termo, careço da sua prestimosa colaboração. Para o efeito basta que preencha com uma cruz (X) o quadrado que melhor corresponde à sua opinião.

Obrigada pela sua colaboração!

**Guarde uma cópia desta primeira página, pois a mesma atesta a sua participação num projeto de investigação em educação especial**

## Dados Pessoais

a) Sexo

Feminino

Masculino

b) Idade

23 a 29 anos

30 a 39 anos

40 a 59 anos

60 ou mais

c) Habilitações académicas

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

d) Tempo de serviço

0 a 5 anos

6 a 10 anos

11 a 20 anos

Mais de 20

e) Possui formação em Educação Especial?

Sim

Não

f) Já trabalhou com crianças com Perturbação Autística?

Sim

Não

Por favor, assinale com uma cruz (X), o seu grau de concordância em relação a cada uma das afirmações:

Questões	Concordo Totalmente	Concordo	concordo, nem	Discordo	Discordo totalmente
1. O Educador de infância possui, na sua formação inicial, informação necessária para trabalhar com uma criança Autista.					
2. É importante que as escolas ofereçam formação em Educação Especial a todos os professores envolvidos na aprendizagem de crianças com Necessidades Educativas Especiais.					
3. O Educador de Infância tem um papel importante no diagnóstico da criança autista.					
4. A Perturbação Autística é uma deficiência mental.					
5. As crianças com a Perturbação Autística devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.					
6. A criança Autista é da responsabilidade dos Professores de Educação Especial.					
7. As crianças com Perturbação Autística têm atrasos significativos na linguagem.					
8. As crianças com Perturbação Autística têm problemas nas interações sociais.					
9. As crianças com Perturbação Autística têm interesses comuns aos das crianças sem perturbação.					
10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.					
11. As crianças com Perturbação Autística têm mais benefícios ao frequentar as unidades de autismo do que ao frequentar a sala regular do pré-escolar.					

Questões	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<b>12.</b> A criança com Perturbação Autística não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.					
<b>13.</b> A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.					
<b>14.</b> As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino Pré-escolar devem ser encaminhadas para as Unidades de Autismo.					
<b>15.</b> A Intervenção Precoce não é importante para as crianças com Perturbação Autística.					
<b>16.</b> A equipa de Intervenção Precoce deve incluir educadores de infância.					
<b>17.</b> A Intervenção Precoce não inclui o envolvimento da família.					
<b>18.</b> A Intervenção Precoce é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.					
<b>19.</b> A Intervenção Precoce favorece o desenvolvimento global da criança com Perturbação Autística.					
<b>20.</b> A Intervenção Precoce deve centrar-se unicamente na criança com Necessidades Educativas Especiais.					

## Anexo B

## Discussão dos Resultados – Tabelas

### Testes de Normalidade

**Tabela 53:** Testes de Normalidade questões de 1 a 5.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
1.O educador de infância possui, na sua formação inicial, informação necessária para trabalhar com uma criança Autista	,299	102	,000	,815	102	,000
2. É importante que as escolas ofereçam formação em Educação Especial a todos os professores envolvidos na aprendizagem de crianças com NEE.	,451	102	,000	,498	102	,000
3. O Educador de Infância tem um papel importante no diagnóstico da criança autista.	,365	102	,000	,700	102	,000
4. A PA é uma deficiência mental.	,185	102	,000	,908	102	,000
5. As crianças com PA devem ser inseridas numa turma específica (unidade) para crianças com a mesma Perturbação.	,235	102	,000	,884	102	,000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabela 54 - Testes de normalidade questões de 6 a 10**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
6.A criança Autista é da responsabilidade dos professores de EE.	,257	102	,000	,854	102	,000
7. As crianças com PA têm atrasos significativos na linguagem.	,224	102	,000	,900	102	,000
8.As crianças com PA têm problemas nas interações sociais.	,264	102	,000	,793	102	,000
9.As criança com PA têm interesses comuns aos das crianças sem perturbação	,270	102	,000	,870	102	,000
10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.	,259	102	,000	,818	102	,000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabela 55 - Testes de normalidade questões de 11 a 15**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
11. As crianças com PA têm mais benefícios ao frequentar as unidades de autismo do que ao frequentar a sala regular do pré-escolar.	,219	102	,000	,891	102	,000
12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.	,287	102	,000	,689	102	,000
13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.	,208	102	,000	,860	102	,000
14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo.	,243	102	,000	,893	102	,000
15. A IP não é importante para as crianças com PA.	,386	102	,000	,593	102	,000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabela 56-** Teste de normalidade questões da 16 à 20

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	,427	102	,000	,532	102	,000
17. A IP não inclui o envolvimento da família.	,447	102	,000	,490	102	,000
18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	,411	102	,000	,559	102	,000
19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA	,405	102	,000	,653	102	,000
20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	,305	102	,000	,810	102	,000

a. Lilliefors Significance Correction

## Tabelas Cruzadas

Tabela 57 - Anexo B Referência cruzada questão 2

			Tempo de Serviço				Total
			0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	mais de 20 anos	
	Count		53 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	79
	% within 2. É importante que as escolas ofereçam formação em						
	Concordo	Educação Especial a todos os professores envolvidos na	67,1%	10,1%	15,2%	7,6%	100,0%
	Totalmente	aprendizagem de crianças com NEE.					
	% within Tempo de Serviço		77,9%	72,7%	75,0%	85,7%	77,5%
	% of Total		52,0%	7,8%	11,8%	5,9%	77,5%
	Count		13 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	20
	% within 2. É importante que as escolas ofereçam formação em						
2. É importante que as escolas ofereçam formação em Educação Especial a todos os professores envolvidos na aprendizagem de crianças com NEE.	Concordo	Educação Especial a todos os professores envolvidos na	65,0%	10,0%	20,0%	5,0%	100,0%
		aprendizagem de crianças com NEE.					
	% within Tempo de Serviço		19,1%	18,2%	25,0%	14,3%	19,6%
	% of Total		12,7%	2,0%	3,9%	1,0%	19,6%
Nem concordo, nem discordo	Count		1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
	% within 2. É importante que as escolas ofereçam formação em						
	Concordo	Educação Especial a todos os professores envolvidos na	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Totalmente	aprendizagem de crianças com NEE.					
	% within Tempo de Serviço		1,5%	9,1%	0,0%	0,0%	2,0%
	% of Total		1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	Count		1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% within 2. É importante que as escolas ofereçam formação em						
Discordo	Concordo	Educação Especial a todos os professores envolvidos na	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Totalmente	aprendizagem de crianças com NEE.					
	% within Tempo de Serviço		1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	% of Total		1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Total	Count		68	11	16	7	102
	% within 2. É importante que as escolas ofereçam formação em						
	Concordo	Educação Especial a todos os professores envolvidos na	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%
	Totalmente	aprendizagem de crianças com NEE.					
	% within Tempo de Serviço		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Tempo de Serviço categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças. \* Formação em EE

**Tabela 58:**Anexo B Referência cruzada questão 10

		Formação em EE		Total
		Sim	Não	
	Count	10 <sub>a</sub>	18 <sub>a</sub>	28
	Concordo Totalmente	35,7%	64,3%	100,0%
	% within 10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.			
	% within Formação em EE	32,3%	25,4%	27,5%
10. A	% of Total	9,8%	17,6%	27,5%
	Count	16 <sub>a</sub>	35 <sub>a</sub>	51
	inclusão de crianças			
	% within 10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.	31,4%	68,6%	100,0%
Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.	Concordo			
	% within Formação em EE	51,6%	49,3%	50,0%
	% of Total	15,7%	34,3%	50,0%
	Count	5 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>	22
Nem concordo, nem discordo	Nem concordo, nem discordo			
	% within 10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.	22,7%	77,3%	100,0%
	% within Formação em EE	16,1%	23,9%	21,6%
	% of Total	4,9%	16,7%	21,6%
Discordo Totalmente	Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	Discordo Totalmente			
	% within 10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.	0,0%	100,0%	100,0%
	% within Formação em EE	0,0%	1,4%	1,0%
Total	% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
	Count	31	71	102
	% within 10. A inclusão de crianças Autistas na sala do pré-escolar traz benefícios para as restantes crianças.	30,4%	69,6%	100,0%
	% within Formação em EE	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	30,4%	69,6%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Formação em EE categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular. \* Formação em EE

**Tabela 59:** Anexo B Referência Cruzada questão 12

			Formação em EE		Total
			Sim	Não	
12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.	Concordo Totalmente	Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
		% within 12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Formação em EE	0,0%	1,4%	1,0%
		% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
	Nem concordo, nem discordo	Count	0 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	3
		% within 12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Formação em EE	0,0%	4,2%	2,9%
		% of Total	0,0%	2,9%	2,9%
	Discordo	Count	15 <sub>a</sub>	39 <sub>a</sub>	54
		% within 12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.	27,8%	72,2%	100,0%
		% within Formação em EE	48,4%	54,9%	52,9%
		% of Total	14,7%	38,2%	52,9%
Discordo Totalmente	Count	16 <sub>a</sub>	28 <sub>a</sub>	44	
	% within 12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.	36,4%	63,6%	100,0%	
	% within Formação em EE	51,6%	39,4%	43,1%	
	% of Total	15,7%	27,5%	43,1%	
Total	Count	31	71	102	
	% within 12. A criança com PA não deve frequentar o ensino pré-escolar regular.	30,4%	69,6%	100,0%	
	% within Formação em EE	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	30,4%	69,6%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Formação em EE categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança. \* Formação em EE

**Tabela 60:** Anexo B Referência Cruzada questão 13

		Formação em EE		Total	
		Sim	Não		
13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.	Concordo Totalmente	Count	9a	16a	25
		% within 13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.	36,0%	64,0%	100,0%
		% within Formação em EE	29,0%	22,5%	24,5%
		% of Total	8,8%	15,7%	24,5%
	Concordo	Count	13a	26a	39
		% within 13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Formação em EE	41,9%	36,6%	38,2%
		% of Total	12,7%	25,5%	38,2%
	Nem concordo, nem discordo	Count	7a	27a	34
		% within 13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.	20,6%	79,4%	100,0%
		% within Formação em EE	22,6%	38,0%	33,3%
		% of Total	6,9%	26,5%	33,3%
Discordo	Count	2a	1a	3	
	% within 13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.	66,7%	33,3%	100,0%	
	% within Formação em EE	6,5%	1,4%	2,9%	
	% of Total	2,0%	1,0%	2,9%	
Discordo Totalmente	Count	0a	1a	1	

Total	% within 13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.	0,0%	100,0%	100,0%
	% within Formação em EE	0,0%	1,4%	1,0%
	% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
	Count	31	71	102
	% within 13. A inclusão de crianças Autistas na sala TEACCH promove o desenvolvimento e a autonomia da criança.	30,4%	69,6%	100,0%
	% within Formação em EE	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	30,4%	69,6%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Formação em EE categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo. \* Formação em EE

**Tabela 61:** Anexo B Referência cruzada questão 14

		Formação em EE		Total
		Sim	Não	
	Count	4 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	10
	% within 14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo.	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Formação em EE	12,9%	8,5%	9,8%
	% of Total	3,9%	5,9%	9,8%
	Count	9 <sub>a</sub>	31 <sub>a</sub>	40
	% within 14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo.	22,5%	77,5%	100,0%
	% within Formação em EE	29,0%	43,7%	39,2%
	% of Total	8,8%	30,4%	39,2%
	Count	9 <sub>a</sub>	15 <sub>a</sub>	24
	% within 14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo.	37,5%	62,5%	100,0%
	% within Formação em EE	29,0%	21,1%	23,5%
	% of Total	8,8%	14,7%	23,5%
	Count	5 <sub>a</sub>	16 <sub>a</sub>	21
	% within 14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo.	23,8%	76,2%	100,0%
	% within Formação em EE	16,1%	22,5%	20,6%
	% of Total	4,9%	15,7%	20,6%
	Count	4 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	7
	% within 14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo.	57,1%	42,9%	100,0%
	% within Formação em EE	12,9%	4,2%	6,9%
	% of Total	3,9%	2,9%	6,9%
Total	Count	31	71	102

% within 14. As crianças Autistas que não têm sucesso na classe regular do ensino pré-escolar devem ser encaminhadas para as unidades de autismo.	30,4%	69,6%	100,0%
% within Formação em EE	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	30,4%	69,6%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Formação em EE categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância. \* Tempo de Serviço

**Tabela 62:** Anexo B Tabela cruzada questão 16 tempo de serviço

		Tempo de Serviço				Total	
		0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	mais de 20 anos		
16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	Concordo Totalmente	Count 52 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	75	
		% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	69,3%	10,7%	14,7%	5,3%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	76,5%	72,7%	68,8%	57,1%	73,5%
		% of Total	51,0%	7,8%	10,8%	3,9%	73,5%
	Concordo	Count	14 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	24
		% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	58,3%	12,5%	16,7%	12,5%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	20,6%	27,3%	25,0%	42,9%	23,5%
		% of Total	13,7%	2,9%	3,9%	2,9%	23,5%
	Nem concordo, nem discordo	Count	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Discordo	Count	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Discordo Totalmente	Count	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a, b</sub>	1 <sub>b</sub>	0 <sub>a, b</sub>	1	
	% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	0,0%	0,0%	6,2%	0,0%	1,0%	
	% of Total	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	1,0%	
Total	Count	68	11	16	7	102	
	% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Tempo de Serviço categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

17. A IP não inclui o envolvimento da família. \* Tempo de Serviço

**Tabela 63:** Anexo B Tabela cruzada questão 17 Tempo de serviço

		Tempo de Serviço				Total	
		0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	mais de 20 anos		
17. A IP não inclui o envolvimento da família.	Concordo Totalmente	Count 1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1	
		% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Concordo	Count 1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1	
		% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Nem concordo, nem discordo	Count 1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1	
		% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Discordo	Count 9 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	8 <sub>b</sub>	2 <sub>a, b</sub>	20		
	% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	45,0%	5,0%	40,0%	10,0%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	13,2%	9,1%	50,0%	28,6%	19,6%	
	% of Total	8,8%	1,0%	7,8%	2,0%	19,6%	
Discordo Totalmente	Count 56 <sub>a</sub>	10 <sub>a</sub>	8 <sub>b</sub>	5 <sub>a, b</sub>	79		
	% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	70,9%	12,7%	10,1%	6,3%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	82,4%	90,9%	50,0%	71,4%	77,5%	
	% of Total	54,9%	9,8%	7,8%	4,9%	77,5%	
Total	Count 68	11	16	7	102		
	% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Tempo de Serviço categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção. \* Tempo de Serviço

Tabela 64: Anexo B Tabela cruzada questão 18 tempo de serviço

		Tempo de Serviço				Total	
		0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	mais de 20 anos		
18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	Count	49 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	72	
	Concordo Totalmente	% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	68,1%	12,5%	12,5%	6,9%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	72,1%	81,8%	56,2%	71,4%	70,6%
		% of Total	48,0%	8,8%	8,8%	4,9%	70,6%
	Count		16 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	27
	Concordo	% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	59,3%	7,4%	25,9%	7,4%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	23,5%	18,2%	43,8%	28,6%	26,5%
		% of Total	15,7%	2,0%	6,9%	2,0%	26,5%
	Nem concordo, nem discordo	Count	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Discordo	Count	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Discordo Totalmente	Count	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Total	Count	68	11	16	7	102	
	% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Tempo de Serviço categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA \* Tempo de Serviço

**Tabela 65:** Anexo B Tabela Cruzada questão 19 tempo de serviço

			Tempo de Serviço				Total
			0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	mais de 20 anos	
19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA	Concordo Totalmente	Count	52 <sub>a</sub>	5 <sub>b</sub>	6 <sub>b</sub>	3 <sub>a, b</sub>	66
		% within 19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA	78,8%	7,6%	9,1%	4,5%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	76,5%	45,5%	37,5%	42,9%	64,7%
		% of Total	51,0%	4,9%	5,9%	2,9%	64,7%
	Concordo	Count	14 <sub>a</sub>	6 <sub>b</sub>	9 <sub>b</sub>	4 <sub>b</sub>	33
		% within 19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA	42,4%	18,2%	27,3%	12,1%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	20,6%	54,5%	56,2%	57,1%	32,4%
		% of Total	13,7%	5,9%	8,8%	3,9%	32,4%
	Nem concordo, nem discordo	Count	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
		% within 19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	2,9%	0,0%	6,2%	0,0%	2,9%
		% of Total	2,0%	0,0%	1,0%	0,0%	2,9%
Total	Count	68	11	16	7	102	
	% within 19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Tempo de Serviço categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE. \* Tempo de Serviço

**Tabela 66:** Anexo B Tabela cruzada questão 20 tempo de serviço

		Tempo de Serviço				Total	
		0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	mais de 20 anos		
20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	Concordo Totalmente	Count	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Concordo	Count	4 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	6
		% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	66,7%	16,7%	0,0%	16,7%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	5,9%	9,1%	0,0%	14,3%	5,9%
		% of Total	3,9%	1,0%	0,0%	1,0%	5,9%
	Nem concordo, nem discordo	Count	7 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	12
		% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	58,3%	8,3%	25,0%	8,3%	100,0%
		% within Tempo de Serviço	10,3%	9,1%	18,8%	14,3%	11,8%
		% of Total	6,9%	1,0%	2,9%	1,0%	11,8%
Discordo	Count	38 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	54	
	% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	70,4%	7,4%	16,7%	5,6%	100,0%	
	% within Tempo de Serviço	55,9%	36,4%	56,2%	42,9%	52,9%	
	% of Total	37,3%	3,9%	8,8%	2,9%	52,9%	
Discordo Totalmente	Count	18 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	29	
	% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	62,1%	17,2%	13,8%	6,9%	100,0%	

Total	% within Tempo de Serviço	26,5%	45,5%	25,0%	28,6%	28,4%
	% of Total	17,6%	4,9%	3,9%	2,0%	28,4%
	Count	68	11	16	7	102
	% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%
	% within Tempo de Serviço	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	66,7%	10,8%	15,7%	6,9%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Tempo de Serviço categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância. \* Experiência com PA

Tabela 67: Anexo B Tabela cruzada questão 16 experiência com PA

			Experiência com PA		Total
			Sim	Não	
16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	Concordo Totalmente	Count	22 <sub>a</sub>	53 <sub>a</sub>	75
		% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	29,3%	70,7%	100,0%
		% within Experiência com PA	66,7%	76,8%	73,5%
		% of Total	21,6%	52,0%	73,5%
	Concordo	Count	10 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	24
		% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	41,7%	58,3%	100,0%
		% within Experiência com PA	30,3%	20,3%	23,5%
		% of Total	9,8%	13,7%	23,5%
	Nem concordo, nem discordo	Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
		% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%
		% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
Discordo	Count	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1	
	% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	100,0%	0,0%	100,0%	
	% within Experiência com PA	3,0%	0,0%	1,0%	
	% of Total	1,0%	0,0%	1,0%	
Discordo Totalmente	Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1	
	% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	0,0%	100,0%	100,0%	
	% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%	
	% of Total	0,0%	1,0%	1,0%	
Total	Count	33	69	102	
	% within 16. A equipa de IP deve incluir Educadores de infância.	32,4%	67,6%	100,0%	
	% within Experiência com PA	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	32,4%	67,6%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Experiência com PA categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

17. A IP não inclui o envolvimento da família. \* Experiência com PA

**Tabela 68:** Anexo B - Tabela Cruzada questão 17 experiência com PA

			Experiência com PA		Total
			Sim	Não	
17. A IP não inclui o envolvimento da família.	Concordo Totalmente	Count	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Experiência com PA	3,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	1,0%
	Concordo	Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
		% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%
		% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
	Nem concordo, nem discordo	Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
		% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%
		% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
Discordo	Count	7 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>	20	
	% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	35,0%	65,0%	100,0%	
	% within Experiência com PA	21,2%	18,8%	19,6%	
	% of Total	6,9%	12,7%	19,6%	
Discordo Totalmente	Count	25 <sub>a</sub>	54 <sub>a</sub>	79	
	% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	31,6%	68,4%	100,0%	
	% within Experiência com PA	75,8%	78,3%	77,5%	
	% of Total	24,5%	52,9%	77,5%	
Total	Count	33	69	102	
	% within 17. A IP não inclui o envolvimento da família.	32,4%	67,6%	100,0%	
	% within Experiência com PA	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	32,4%	67,6%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Experiência com PA categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção. \*  
Experiência com PA

**Tabela 69:** Anexo B Tabela Cruzada questão 18 experiência com PA

		Experiência com PA		Total
		Sim	Não	
18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	Count	23 <sub>a</sub>	49 <sub>a</sub>	72
	Concordo Totalmente			
	% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	31,9%	68,1%	100,0%
	% within Experiência com PA	69,7%	71,0%	70,6%
	% of Total	22,5%	48,0%	70,6%
	Count	10 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>	27
	Concordo			
	% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	37,0%	63,0%	100,0%
	% within Experiência com PA	30,3%	24,6%	26,5%
	% of Total	9,8%	16,7%	26,5%
	Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	Nem concordo, nem discordo			
% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	0,0%	100,0%	100,0%	
% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%	
% of Total	0,0%	1,0%	1,0%	
Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1	
Discordo				
% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	0,0%	100,0%	100,0%	
% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%	
% of Total	0,0%	1,0%	1,0%	
Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1	
Discordo Totalmente				
% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	0,0%	100,0%	100,0%	
% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%	
% of Total	0,0%	1,0%	1,0%	
Count	33	69	102	
Total				
% within 18. A IP é bem-sucedida quando a família colabora com a equipa de intervenção.	32,4%	67,6%	100,0%	
% within Experiência com PA	100,0%	100,0%	100,0%	
% of Total	32,4%	67,6%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Experiência com PA categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA \* Experiência com PA

**Tabela 70:** Anexo B Tabela Cruzada questão 19 experiência com PA

			Experiência com PA		Total
			Sim	Não	
Count			19 <sub>a</sub>	47 <sub>a</sub>	66
Concordo Totalmente	% within 19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA		28,8%	71,2%	100,0%
	% within Experiência com PA		57,6%	68,1%	64,7%
	% of Total		18,6%	46,1%	64,7%
Count			14 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>	33
19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA	% within 19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA		42,4%	57,6%	100,0%
	% within Experiência com PA		42,4%	27,5%	32,4%
	% of Total		13,7%	18,6%	32,4%
Count			0 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	3
Nem concordo, nem discordo	% within 19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA		0,0%	100,0%	100,0%
	% within Experiência com PA		0,0%	4,3%	2,9%
	% of Total		0,0%	2,9%	2,9%
Count			33	69	102
Total	% within 19. A IP favorece o desenvolvimento da criança com PA		32,4%	67,6%	100,0%
	% within Experiência com PA		100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		32,4%	67,6%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Experiência com PA categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE. \* Experiência com PA

**Tabela 71:** Anexo B Tabela cruzada questão 20 experiência com PA

			Experiência com PA		Total
			Sim	Não	
20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	Concordo Totalmente	Count	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
		% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Experiência com PA	0,0%	1,4%	1,0%
		% of Total	0,0%	1,0%	1,0%
	Concordo	Count	2 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	6
		% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Experiência com PA	6,1%	5,8%	5,9%
		% of Total	2,0%	3,9%	5,9%
	Nem concordo, nem discordo	Count	4 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	12
		% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Experiência com PA	12,1%	11,6%	11,8%
		% of Total	3,9%	7,8%	11,8%
Discordo	Count	19 <sub>a</sub>	35 <sub>a</sub>	54	
	% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	35,2%	64,8%	100,0%	
	% within Experiência com PA	57,6%	50,7%	52,9%	
	% of Total	18,6%	34,3%	52,9%	
Discordo Totalmente	Count	8 <sub>a</sub>	21 <sub>a</sub>	29	
	% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	27,6%	72,4%	100,0%	
	% within Experiência com PA	24,2%	30,4%	28,4%	
	% of Total	7,8%	20,6%	28,4%	
Total	Count	33	69	102	
	% within 20. A IP deve centrar-se unicamente na criança com NEE.	32,4%	67,6%	100,0%	
	% within Experiência com PA	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	32,4%	67,6%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Experiência com PA categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

