

INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi elaborada com a objetividade pedagógica e social, na medida em que o tema desenvolvido e investigado nos poderá levar a compreender a importância da inclusão e da sua transdisciplinaridade na educação de alunos com Perturbação do Espectro do Autismo.

Com a realização desta dissertação pretendeu-se compreender a Perturbação de Espectro do Autismo (PEA) e a Educação Inclusiva a adotar no processo de ensino /aprendizagem.

Especificando e seguindo a ideia de que *“O Homem tem estado sempre interessado em compenetrar-se com o seu meio ambiente e em entender a natureza dos fenómenos que se apresentam aos seus sentidos”* (Cohen e Manion, 1990, p. 23), o que nos tem suscitado interesse e reflexão são as percepções que os professores poderão ter relativamente à inclusão de crianças com espectro do autismo, visto que são estas percepções que demonstram o sucesso da inclusão e da aprendizagem, ou seja, revelam o grau de envolvimento e as necessidades que os docentes do pré-escolar e ensino básico poderão sentir.

O conceito de autismo tem apresentado uma grande evolução desde que foi descrito pela primeira vez por Kanner, em 1943. As crianças com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) apresentam uma “Tríade de Incapacidades”, manifestando incapacidades facilmente identificadas em três áreas, nomeadamente, competências sociais, linguagem e comunicação, e flexibilidade de pensamento ou de imaginação (Wing & Gould, 1979, cit. por Hewitt, 2006).

Para além da referida tríade de incapacidades, diversos autores referem que as crianças com PEA apresentam determinadas características específicas, consideradas como fatores condicionantes de aprendizagem, como défices de processamento sensorial, de memorização, de cognição e linguagem, assim como dificuldades na atenção, na sequencialização, na resolução de problemas e na motivação.

A incidência de casos de PEA tem aumentado de forma significativa em todo o mundo, especialmente durante as últimas décadas. Assim sendo, profissionais das áreas da saúde e da educação devem estar cada vez mais preparados para intervir com casos de autismo nas suas práticas profissionais (Silva & Mulick, 2009).

De acordo com Tuckman (2002) “*não há educação para a qualidade que não passe pela investigação*” (p.20), deste modo o profissional de educação poderá intervir de forma fundamentada, em que terá de saber observar e problematizar para depois poder avaliar e intervir de forma adequada. O estudo apresentado foi delineado pelo design qualitativo e definido como um estudo caso.

O primeiro capítulo deste estudo corresponde à pesquisa bibliográfica que fundamentou o trabalho, justificando a importância da mesma, descrevendo a sua pertinência. No segundo capítulo, descreveu-se os procedimentos metodológicos deste estudo, clarificando os objetivos, apresentando o tipo de investigação, os métodos de recolha de dados, os procedimentos e o grupo de estudo.

Posteriormente apresentou-se, analisou-se e discutiu-se os resultados obtidos pela recolha dos dados no estudo empírico, realizando-se uma análise dos questionários, onde se retira as percepções dos docentes face ao autismo e à sua inclusão.

Pretendeu-se, assim, que este estudo forneça informações válidas, destinado a todos os docentes e outros profissionais que intervêm, direta ou indiretamente, com alunos com PEA, favorecendo a inclusão dos alunos com Necessidades Educativas Especiais.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Educação Inclusiva

Em 2000, Kirk e Gallagher indicam que passámos por quatro etapas fundamentais no longo caminho da inclusão. Inicialmente as crianças eram marginalizadas, mais tarde passaram a ser protegidas, onde se considerava que estarem em casa seria o melhor para elas, depois foram colocadas no ensino, onde simplesmente se integravam e que atualmente com os recursos disponíveis e legislação existente começa a aparecer uma escola inclusiva onde se avalia as necessidades das crianças e se utilizam estratégias para responder às mesmas.

Rodrigues et al. (2006), menciona que o termo inclusão surge ligado à Educação Especial.

A inclusão é onde todas as crianças têm o direito de aprender e de fazer parte da escola, todos os alunos devem poder aprender e atingir a sua máxima potencialidade, tudo isto lembrando sempre a qualidade de ensino. A inclusão só é possível com a revisão de alguns conceitos de aprendizagem, como o currículo, assegurando assim um desenvolvimento harmonioso. (Brito e Rodrigues, 2006)

A partir dos anos 90, assiste-se à mobilização de esforços e de investigações direcionadas no sentido de tornar as escolas mais inclusivas. Sob a égide da UNESCO decorrem inúmeras conferências e compromissos internacionais em que os diversos países envolvidos se empenham na construção de modelos através dos quais a educação deve ser considerada. Dos vários encontros realizados salienta-se o Fórum Mundial de Educação para Todos (Jomtien, Tailândia, 1990); a Declaração de Salamanca (1994); a Carta de Luxemburgo (1996), a Declaração de Madrid (2002).

Com a Declaração de Salamanca (1994), assinada por 92 países entre eles Portugal, e 25 organizações internacionais que acordaram os princípios fundamentais da escola e educação inclusivas. Sanches e Teodoro (2006) esclarecem que esta Declaração defende que o princípio fundamental das escolas inclusivas assenta na possibilidade de todos os alunos aprenderem juntos, independentemente das suas diferenças, limitações ou dificuldades. É a escola que se deve adaptar aos seus alunos, às suas características, aos seus ritmos e estilos de aprendizagem, adaptando os currículos e utilizando diferentes estratégias pedagógicas, diversidade de recursos e cooperar para que realmente se possa chamar escola inclusiva.

Em Portugal, a educação deve prestar um serviço de qualidade, construindo respostas diferenciadas para todos. Deste modo, as escolas devem possuir os meios para atender às necessidades e direitos de cada um dos alunos. (DGIDC b, 2008).

Relativamente ao campo da Educação Especial, esta encontra-se atualmente consagrada no Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro (**Anexo 1**), revogando a legislação que até então existia (nomeadamente o Decreto-lei 319/91). Esta lei tem como objetivo *“a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, assim como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego de crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente”* (DGIDC b, 2008, p.15).

Considera-se, assim, que as escolas especiais e as turmas especiais nas escolas regulares deverão ser em número muito reduzido e apenas para os alunos que exigem uma grande especificidade de resposta (Bénard da Costa, 1995b).

Segundo Bénard da Costa (1996) para que a escola seja realmente inclusiva *“não basta que os professores adotem este conceito e este objetivo. É indispensável que disponham de conhecimentos, que lhes permitam ensinar, na mesma classe crianças diferentes com capacidades diferentes de aprendizagem”* (p.154). Entre os fatores que mais influenciam a aprendizagem salienta-se a *“forma como a classe é organizada, o clima de relações que se estabelecem e o número e qualidade de interações entre o aluno e o professor”* (Benard da Costa, 1996, p.154). O papel do professor é fundamental dado que deve gerir, organizar interações e diversificar metodologias, atendendo assim à diferença com vista a melhorar a inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais.

O conceito de inclusão, ou seja, a inserção de uma criança com Necessidades Educativas Especiais, em termos físicos, sociais e académicos nas escolas regulares, pretende que a criança com Necessidades Educativas Especiais independentemente da sua heterogeneidade alcance na plenitude o sucesso educativo.

A inclusão procura, assim, levar a criança com Necessidades Educativas Especiais às escolas regulares e, sempre que possível, às classes regulares onde, por direito, deve receber todos os serviços adequados às suas características e necessidades. Pretende, portanto, encontrar formas de aumentar a participação de todas as crianças com Necessidades Educativas Especiais nas escolas regulares,

independentemente dos seus níveis académicos e sociais (Jiménez, 1997). *“Práticas e condições de aprendizagem onde todos, alunos, famílias, professores, comunidade, são efetivamente fundamentais à organização do próprio processo educativo.”* (Leitão, 2006, p. 126).

O papel do professor é fulcral em todo o processo das práticas inclusivas, quer no que diz respeito às atitudes face à inclusão, quer face ao domínio de estratégias ensino aprendizagem adequadas de técnicas específicas com vista ao processo inclusivo.

Do ponto de vista educativo, as escolas especiais proporcionavam às crianças com Necessidades Educativas especiais um ambiente pouco normalizador e muito restritivo. Com o aparecimento de práticas inclusivas foram retiradas as crianças das Instituições de Educação Especial e integradas física, social e pedagogicamente na escola regular, com vista ao seu processo inclusivo (Bairrão, 1998). A inclusão destes alunos conta com as dificuldades que estes apresentam e com diversas barreiras à aprendizagem e na forma questionável inerente ao processo educativo da sua superação por forma a tornar estes alunos iguais a todos os outros (Bénard da Costa, 2003).

Como refere Correia (2003), em todas estas práticas a pedagogia deve estar centrada na criança *“respeitando as suas características individuais, as suas capacidades e as suas necessidades específicas”* (p.16).

De acordo com Ainscow (2000) na conceção de uma Escola para Todos, deve existir mudanças metodológicas e organizativas, em que todos os alunos beneficiem, alunos com Necessidades Educativas Especiais e todos os outros. Deve ser possível tornar realidade nas práticas inclusivas a mudança, centrada nos professores e na escola de modo a sua reestruturação e para apoiar professores nas suas práticas e para receber os alunos com Necessidades Educativas Especiais sem restrições.

As práticas inclusivas os professores devem planificar para a classe como um todo, utilizar a forma mais eficiente os recursos para apoiar as aprendizagens, improvisar, ou seja, ter a capacidade de modificar planos de aula e atividades em resposta aos alunos da turma. Estes professores e toda a Escola e comunidade educativa deve também ser capaz de fazer reflexão crítica ao seu trabalho, trabalhar em equipa (Ainscow, 2000).

Segundo Ainscow (2000), as práticas inclusivas aplicadas nas escolas fazem com que *“os alunos que se debatem com dificuldades, nas condições educativas existentes, através das mudanças destas condições, realizada a partir do trabalho com*

colegas, fazendo surgir novas condições que possam facilitar a aprendizagem de todos os alunos” (p.27). Para facilitar a aprendizagem destes alunos o Decreto-Lei 3/2008 de 7 de janeiro leva a utilizar um programa de ensino diferenciado para cada aluno com NEE, esse programa (Programa Educativo Individual) tem por base o programa de ano em que o aluno está matriculado, mas contempla medidas educativas de avaliação e adequação de matérias para as necessidades de cada aluno.

Quando o aluno tem um grau de funcionalidade que não lhe permite autonomia, aprendizagem efetiva das matérias a estudar, o aluno passa a fazer parte de um Currículo Específico Individual (CEI) o que não lhe permite grau académico, mas só progressão escolar e aprendizagem funcional em contexto, em sociedade.

A inclusão fomenta a escola como um local privilegiado destas práticas educativas inclusivas que é, onde todos os alunos interagem, independentemente das problemáticas que apresentem, aprendem todos juntos, respeitando assim os vários níveis de participação, de acordo com as capacidades e potencialidades individuais (Silva, 2008). Uma escola inclusiva pressupõe que o desenvolvimento organizacional da escola e o desenvolvimento profissional dos professores aconteçam em simultâneo e de forma interativa. No que concerne à formação de professores, trata-se de favorecer a emergência de profissionais reflexivos e de promover uma cultura de colaboração entre professores, que favoreça a experimentação de soluções singulares para a diversidade de necessidades educativas que surgem no contexto da educação para todos (Ruela, 2000).

Uma pedagogia diferenciada centrada na cooperação é defendida por Niza (1996) como a melhor forma de concretizar os princípios da inclusão e da participação, orientando a escola de caminhos de exclusão, para caminhos mais inclusivos, que garantam o direito de acesso e de igualdade de condições para o sucesso de todos, numa escola para todos.

Assim, é função do professor conceber maneiras de melhorar a sala de aula e usar estratégias diversificadas, tais como: estabelecer tarefas individuais, proporcionar às crianças possibilidades de escolha, usar reforços positivos, usar materiais variados, formar pequenos grupos de trabalho, registar progressos, conhecer os pais, falar individualmente com as pessoas e ouvi-las atentamente (Ainscow, 1997).

Perturbação do Espectro do Autismo

Evolução Histórica

Foi Kanner que em (1943) fez a primeira descrição considerada relevante sobre o que hoje se denomina Perturbação do Espectro do Autismo, era sobre crianças cujos comportamentos lhe pareciam ser diferentes de todos os outros até então destacados pela literatura científica internacional. Quase pela mesma altura, em 1944, é interessante saber-se que Hans Asperger publica também descrições detalhadas sobre crianças com comportamentos estranhos semelhantes aos que Kanner havia referido.

Provavelmente, a mais antiga referência escrita corresponde ao século XVI, pelo cronista do monge alemão Martin Lutero (1483-1546), Johannes Mathesius (1504-1565), que relatou a história de um menino de doze anos severamente autista. No século XVII, os relatos recolhidos no livro anónimo “*Las Florecillas de San Francisco*”, escrito, descrevem o caso de Fray Junípero, que apresentava diversas características que podem ser observados em pessoas com autismo. No final do século XVIII, encontram-se relatos do estudo efetuado pelo Dr. Jean Itard ao caso do menino selvagem Victor de Aveyron, que não falava, não fazia exigências, parecendo totalmente desprovido de qualquer forma de sociabilidade (Artigas-Pallarès e Paula, 2012).

O termo Autismo tinha sido introduzido na literatura médica em 1911 pelo psiquiatra Bleuler, embora até à data, este clínico tenha pretendido referir-se não a um qualquer grupo diferente de patologia, mas antes a um conjunto de comportamentos básicos de esquizofrenia. Posteriormente incidiu sobre outra patologia (o autismo) onde explicava que tinham uma marcada tendência para viverem encerrados em si mesmos, isolados do mundo emocional, revelando uma conduta intencional para evitar relações. A expressão de autismo designava a perda do contacto com a realidade, o que acarretava uma grande dificuldade ou impossibilidade de comunicação (cit. por Gadia, Tuchman e Rotta, 2004; Artigas-Pallarès e Paula, 2012; Rivera, 2007).

Durante as décadas de 50 e 60, persistiu a confusão acerca da natureza do autismo e da sua etiologia (Klin, 2006). Nestas décadas, o debate lógico gerado após a irrupção do autismo centrava-se em dois aspetos: por um lado, a ligação com a esquizofrenia e, por outro, a interpretação psicodinâmica. Kanner defendia com firme contundência, a separação entre autismo e esquizofrenia (1955 e 1965, cit. por Artigas-Pallarès e Paula, 2012).

No início dos anos 60, verificou-se uma crescente de evidências, sugerindo que o autismo era um transtorno cerebral presente desde a infância e encontrado em todos os países e grupos socioeconômicos e étnico-raciais investigados (Klin, 2006).

Nesta década, a crença mais usual consistia em que autismo era provocado por pais emocionalmente não responsivos aos seus filhos, sendo esta teoria denominada por “*refrigerator mother*” (Klin, 2006). Esta teoria, refutada por Bettelheim (1903-1990) sustentava-se nas repercussões que as primeiras idades representam para o desenvolvimento da criança, evidenciando a importância dos primeiros dias de vida do bebê. A interpretação radical das teorias de Bettelheim sustenta que a mãe rejeita a existência de seu filho. Previamente a Bettelheim, Erikson em 1950, já tinha atribuído as origens do autismo à relação entre mãe e filho, mas conferindo a causalidade à reação da mãe perante os sintomas da criança. Erikson centrou-se no fato destas crianças, desde muito cedo, reprovarem subtilmente na resposta ao olhar, ao sorriso e ao contato físico, fazendo com que a mãe, involuntariamente, se distancie, contribuindo decisivamente para o isolamento da criança autista (cit. por Artigas-Pallarès e Paula, 2012).

Progressivamente, tanto as contribuições de Bettelheim como as da escola psicanalítica em geral, experimentaram um acentuado declínio (Artigas-Pallarès & Paula, 2012). Na maior parte do mundo, tais noções foram abandonadas, ainda que possam ser encontradas em partes da Europa e da América Latina (Klin, 2006).

Na década dos anos setenta, Ritvo (1976) relaciona o autismo a um déficit cognitivo, considerando-o não uma psicose, mas sim um distúrbio do desenvolvimento (cit. por Assumpção Jr e Pimentel, 2000).

Um marco fundamental na classificação do autismo consistiu no trabalho desenvolvido por Michael Rutter, em 1978, que definiu o autismo com base em quatro critérios: atraso e/ou desvio social; problemas de comunicação; comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; e início antes dos trinta meses de idade (Klin, 2006). Rutter (1978) afirmava que o autismo devia-se principalmente às alterações do desenvolvimento da linguagem, hipótese explicativa que, com o passar do tempo, foi insuficiente, causando um intenso debate entre os estudiosos do autismo, dadas as posições opostas existentes para determinar os sintomas primários que definem e caracterizam este transtorno (cit. por Rivera, 2007).

Lorna Wing e Judith Gould, em 1979, sugeriram uma nova percepção do autismo. As autoras realizaram um estudo que permitiu identificar pacientes que se encaixavam no padrão típico descrito por Kanner, mas também pacientes que sem ajustar-se ao

perfil de kanneriano, mostravam em maior ou menor grau uma Tríade de Incapacidades nas áreas da interação social, comunicação e imaginação, associadas a um padrão de condutas rígidas e repetitivas, qualitativamente semelhantes à dos autistas "típicos", mas quantitativamente diferentes. Estas autoras referem que a deficiência mental aparece como uma dimensão distinta, podendo a tríade ser identificada, independentemente do nível de inteligência e estar associada ou não a outros problemas médicos ou psicológicos (cit. por Hewitt, 2006; Artigas-Pallarès e Paula, 2012).

No seguimento do estudo de Wing e Gould, Simon Baron-Cohen, Uta Frith e Alan Leslie desenvolveram a teoria que os indivíduos autistas manifestam dificuldades em compreender os estados mentais dos outros, ou seja possuem uma "teoria da mente" deficitária (cit. por Hewitt, 2006).

Em 1982, as obras de Asperger foram traduzidas para a língua inglesa por Lorna Wing, a quem se atribui o termo síndrome de Asperger, tendo a publicação destas obras representado um ponto de partida para a divulgação, não só da denominação, mas também da difusão do conhecimento do síndrome de Asperger, permitindo uma expansão do diagnóstico (Artigas-Pallarè e Paula, 2012).

Paradoxalmente, a mesma autora introduziu o conceito de Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), em 1988, tendo sido posteriormente completado por Bishop (1989), que propôs a diferenciação do quadro conforme o grau de severidade e a intensidade dos desvios em diversas áreas (Cardoso e Fernandes, 2006; Artigas-Pallarès e Paula, 2012).

De acordo com Pérez e Ramos (1995, cit. por Rivera, 2007), graças à emergência de novas técnicas de exames neurológicos, neuropsicológicos e neurofisiológicos, juntamente com as contribuições provenientes da terapia comportamental, ocorreram alguns avanços significativos no estudo do autismo, apesar ainda se ignorar aspetos centrais relacionados com a sua etiologia, bem como o papel mediador, a influência e a importância que possuem as diferentes constelações de sintomas no transtorno autista.

Há 20 anos, quando surgiu a primeira associação para o Autismo em Portugal (APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo), o Autismo era conhecido por um grupo muito pequeno de pessoas, entre elas, poucos médicos, alguns profissionais da área de saúde e alguns pais que haviam sido surpreendidos com o diagnóstico de Autismo para seus filhos.

Atualmente, embora o Autismo seja bem mais conhecido, tendo inclusive sido tema de vários filmes de sucesso, ele ainda surpreende pela diversidade de características que pode apresentar e pelo facto de, na maioria das vezes, a criança autista ter uma aparência totalmente normal (Pereira, 1996).

Definição Conceptual Primária

O termo Autismo provém da palavra grega “autos” que significa “próprio”, (Marques 2002), foi esta característica essencial que Kanner e Asperger quiseram fazer destacar.

O Autismo vem sendo estudado pela ciência há seis décadas, mas sobre o qual ainda permanecem, dentro do próprio âmbito da ciência, divergências e grandes questões por responder.

O Autismo é uma deficiência mental específica, susceptível de ser classificada nas Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento. O autismo pode coexistir com a debilidade mental, mas é diferente dela. Caracteriza-se fundamentalmente por três grupos de comportamentos, com diversas expressões: disfunções sociais; perturbações na comunicação e no jogo imaginativo; interesses e atividades restritas e repetitivas. (Wing e Gould, 1979, cit. por Hewitt, 2006). Devido a estas características e tal como reconhecem as diferentes classificações nosológicas, World Health Organization (WHO, 1993) e American Psychiatric Association (APA, 2002), o transtorno autista pertence a um grupo de transtornos do neurodesenvolvimento denominados por Transtornos/Perturbações Globais do Desenvolvimento, Transtornos/Perturbações Invasivos do Desenvolvimento ou Transtornos/Perturbações do Espectro do Autismo.

Houve grandes alterações nos tratamentos médicos e psicológicos, embora os primeiros ofereçam ainda resultados modestos e por vezes desanimadores, e alguns dos segundos necessitem de aprofundamentos para uma mais útil adoção de conhecimentos baseados em fundamentações científicas sobre a modificação do comportamento humano. As grandes linhas de intervenção com terapias psicológicas baseiam-se em métodos comportamentais integrados em estruturas e conteúdos psicoeducacionais e seguem os valores e aprofundamentos dos meios científicos em que se inscrevem.

A essência do défice mental específico parece verificar-se na organização dos processos de significação verbal e não-verbal. Dados exploratórios apontam para uma

diferença significativa nas unidades de organização semântica não-verbal entre pessoas com autismo, pessoas com psicose e normais (Pereira, 1996).

Por ainda não ter uma causa específica definida, a palavra autismo atualmente pode ser associada a diversas síndromes. Os sintomas variam amplamente, o que explica porque atualmente se refere ao autismo como um espectro de transtornos.

Hans Asperger, já referido anteriormente, pesquisou e em 1944 classificou a Síndrome de Asperger, um dos espectros mais conhecidos do Autismo, a grosso modo, um autismo brando. Ao conjunto de determinadas variações, chamamos de Espectro do Autismo, pois somam-se as características autistas, outras específicas de cada grupo de outros sintomas.

As PEA englobam, para além do transtorno autista, o Síndrome de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância (ou outro transtorno desintegrativo da infância), o Transtorno (ou Síndrome) de Rett e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação (incluindo o autismo atípico) (WHO, 1993; APA, 2002), outras perturbações associadas são Síndrome de Angelman, Síndrome de Prader-Willi, síndrome de Landau-Kleffner e Síndrome do X-Frágil (Marques, 2000).

A **Síndrome de Angelman (S.A.)** é um distúrbio neurológico que causa atraso mental, alterações do comportamento e algumas características físicas distintivas. Este foi pela primeira vez relatado em 1965, quando um neurologista britânico, Dr. Harry Angelman, descreveu 3 crianças com este quadro. Até 1987, o interesse por esta doença foi bastante reduzido. Neste ano, observou-se que a análise dos cromossomas de afetados por S.A. mostrava em cerca de 50% dos indivíduos a falta de uma pequena porção (deleção) do cromossoma 15. O que parecia ser uma situação muito rara mostrou-se bastante frequente: estima-se atualmente que uma em cada quinze ou vinte mil crianças são afetadas por esta doença.

A **Síndrome de Prader-Willi (SPW)** tem um fenótipo clínico caracterizado por hipotonia neonatal e retardo de desenvolvimento, seguido por desenvolvimento pós-natal de polifagia com subsequente obesidade, baixa estatura, hipogonadismo hipogonadotrófico, e leve a moderado atraso mental.

A **Síndrome de Asperger**, é um distúrbio que causa dificuldades qualitativas na comunicação, interação social, e a imaginação (tríade), e consequentemente apresentam algumas dificuldades comportamentais, como no autismo. Porém, não apresentam qualquer atraso significativo de desenvolvimento de fala ou cognitivo, podendo até mesmo passar a vida toda sendo apenas consideradas pessoas "estranhas"

para os padrões típicos de comportamento (Jordan, 2000). Essas pessoas não tenham um atraso significativo no desenvolvimento cognitivo, é importante que a criança receba educação especializada o mais cedo possível para auxiliar o indivíduo a contornar os problemas de comportamento que apresenta e também para ajudar a direcionar os campos de interesses e de estudo da criança (Pereira, 1996).

A **Síndrome do "X-Frágil**, é a causa mais frequente de comprometimento mental com carácter hereditário, afetando o desenvolvimento intelectual e o comportamento de homens e mulheres.

A expressão "X-Frágil" deve-se a uma anomalia causada por um gene defeituoso localizado no cromossoma X, que, por sua vez, passa a apresentar uma falha numa de suas partes. O X está presente no par de cromossomas que determinam o sexo (X Y nos homens e X X nas mulheres).

Essa falha ou "fragilidade do X" causa um conjunto de sinais e sintomas clínicos (ou uma síndrome). Daí o nome de Síndrome do X-Frágil (SXF).

A principal manifestação dos problemas da SXF revela-se no comprometimento da área cognitiva: desde dificuldades de aprendizagem até graus leve, moderado, severo ou profundo de atraso mental.

Como causa geral de atraso mental, é a segunda causa mais frequente, sendo suplantada somente pela Síndrome de Down. Diferentemente desta, porém, apresenta um carácter de herança e pode atingir vários membros de uma mesma família, sem revelar características físicas marcantes.

Os sinais e sintomas da SXF, por serem semelhantes a outros casos de atrasos e distúrbios gerais de desenvolvimento, necessitam de confirmação através de exame genético com técnicas especiais. A precisão dessa prova pode orientar ou redireccionar tratamentos, visando a torná-los mais específicos. Possibilita, igualmente, aconselhar as famílias afetadas sobre os riscos de recorrência e as possíveis opções reprodutivas.

A **Síndrome de Landau-Kleffner (SLK)**, de etiologia desconhecida, afeta crianças previamente normais e é concebida como uma síndrome epilética, caracterizando-se pela afasia adquirida (a criança perde a fala), anormalidades eletrencefalográficas e epilepsia. Há, nesta síndrome, alterações de comportamento que podem mimetizar o quadro autista, em especial nos pacientes que apresentam regressão autista (RA), visto que, em ambas há comprometimento da linguagem e do comportamento.

A **Síndrome de Rett (SR)**, é uma condição de etiologia desconhecida, descrita em 1966 por Andreas Rett, que, na sua forma típica, ocorre exclusivamente em meninas. Afeta meninas, aparentemente normais, até o final do 6º-18º mês de vida, quando há regressão psicomotora e social, atraso no crescimento craniano, comportamentos autistas e movimentos estereotipados nas mãos. Cerca de 80% das meninas com SR são diagnosticadas, nos períodos iniciais da doença, como autistas. Segundo o próprio Rett, esta condição é diversa do AI e tem que ser diferenciada, uma vez que há uma série de aspetos diferentes entre as duas condições (Ozonoff, Roger e Hendren, 2003).

Esta opinião não é, entretanto, universal uma vez que alguns autores discutem se a SR deverá ser, realmente, considerada como um tipo específico de distúrbio abrangente ou se deveria ser considerada uma das condições clínicas associadas ao AI. Além dos sintomas descritos acima, outros estão frequentemente associados: disfunção respiratória (híper apneia, apneia, outros), escoliose, distúrbios tróficos das extremidades etc. Com a evolução do quadro, o comportamento autista melhora, o contacto social torna-se mais fácil, podem ocorrer manifestações epiléticas e há deterioração motora progressiva. O nível mental e a linguagem serão bastante comprometidos.

Atualmente, o termo autismo costuma ser usado para se referir a um espectro de síndromes com características em comum – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, de acordo com o DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ou Transtornos Globais do Desenvolvimento, de acordo com o DSM IV-TR; ou ainda Transtornos do Espectro Autista, conforme vários autores na literatura, como Filipek e cols., 1999 – ou a uma dessas síndromes – Transtorno Autista, conforme o DSM IV, ou Autismo de Kanner, como mencionado em Wing, 1996 (Lampreia, 2003).

Etiologia das PEA

A causalidade ou a etiologia da síndrome do autismo é uma questão complexa, controversa e também inconclusiva, na medida que se confundem aspetos de natureza biológica e psicológica.

No início dos anos 70, Hingtgen e Bryson (1972) organizaram as teorias da causalidade do autismo, que se dividiam em três tipos básicos: teorias não-orgânicas (ou experienciais); teorias orgânico-experenciais e por fim as teorias orgânicas experienciais.

As primeiras teorias referem-se como “experenciais” na medida em que os autores destacam os factores psicológicos como determinantes no processo psicopatológico, ou seja os autores destas teorias defendem que o processo acontece como resultado das interacções do organismo com o meio-ambiente.

A maioria das teorias “não-orgânicas” eram e são de conceção psicodinâmica, e assumem que, ao longo de gestação e no nascimento, a criança é dita normal, atribuindo assim os seus comportamentos inadaptados a uma “deficiente” relação com o ambiente à sua volta, em particular com os pais (principalmente com a mãe), pois estes são as figuras centrais de construção de vínculos afetivos. (Pereira, 1996)

Na Figura 1 são referidos alguns exemplos de **teorias não-orgânicas para a síndrome do autismo**.

Bettelheim (1995)	A indisponibilidade psicológica da mãe para corresponder à troca social do seu filho.
Bion (1955)	O sofrimento em relação à realidade psíquica é exacerbado por esta.
Fraknoi e Ruttenger (1971)	A estimulação inadequada da mãe conduz a tensão não aliviada, a um estado de equilíbrio “frio” entre as pulsões agressivas e libidinais.
Williams e Harper (1973)	Privação sensorial em períodos críticos do desenvolvimento
Massie (1978)	Evitamento activo do contacto pelo olhar e deficiente contacto físico para com a criança, a partir da mãe.

Figura 1 - teorias não-orgânicas para a síndrome do autismo

(Pereira, 1996, p. 42)

Foram propostas várias versões desta “deficiência relacional” que podem hoje ser subdivididas em dois tipos:

- Aquelas cujos pais de crianças com autismos eram considerados como tendo certas psicopatologias quando comparados com outros grupos de pais.
- Aquelas cujos pais eram vistos como tendo tipos de personalidades excessivas (frios, coléricos, em sentido de “si próprio”).

Em ambos os casos, a criança é vista como biologicamente normal, mas o processo de “identificação” foi bloqueado devido à falta de ligação entre os pais e a criança (Pereira, 1996).

As **teorias designadas como “orgânico-experenciais” do síndrome do autismo**, também se podem estudar sob duas divisões essenciais: convém considerar na Figura 2.

Despert (1971)	A perturbação do processamento do conceito “eu-outro” conduz a uma resistência no desenvolvimento de contactos sociais.
O’Moore (1972)	O autismo tende a desenvolver-se em crianças com impedimentos da linguagem.
Miller (1974)	As evidências de uma anormalidade cerebral são inconclusivas. A possível interferência numa organização subtil e inicial do comportamento do bebe recém-nascido leva a uma perturbação perceptiva devida a um desenvolvimento quinestésico, táctil e sensoriomotor inadequado.
Tinbergen e Tinbergen (1976)	As causas são orgânicas e psicológicas.

Figura 2 - teorias designadas como “orgânico-experenciais” do síndrome do autismo
(Pereira, 1996, p. 44)

Em algumas destas teorias, a criança autista é vista como biologicamente deficiente, e os pais, não sendo “culpados” têm de dar um apoio relacional específico à criança autista (Pereira, 1996).

Por último descrevem-se as teorias “orgânicas puras”.

Embora nunca se tenha encontrado uma anomalia bioquímica especificamente relacionáveis à síndrome, existem muitas **teorias orgânicas do autismo**, como por exemplo na Figura 3.

Hutt (1970)	O sistema reticular activador conduz a um esforço reactivo para reduzir a entrada sensorial.
Myklerbust, Killen e Clarke (1972)	Disfunção no hemisfério direito, com processamento não-verbal inadequado.
Bender (1973)	Descompensação precoce num indivíduo geneticamente vulnerável, devido a stress orgânico no útero durante o período perinatal.
DeMyer (1975)	Dificuldade profunda da linguagem pode ser a única causa em algumas crianças, mas não em outras que também podem ter uma dispraxia visuo-motora que poderá levar a problemas característicos de comunicação verbal e não-verbal.
Rutter (1978)	Síndrome não específico de impedimento biológico, como explicação mais provável. Lesão bilateral
Lovaas, Koegek e Schreibman (1979)	Sobresselectividade aos estímulos. O nível de desempenho é mais baixo e está relacionado com a tendência para responder a apenas um número limitado de sinais do meio.

Figura 3 - teorias orgânicas do autismo

(Pereira, 1996, p. 45)

Algumas teorias afirmam que o autismo é o resultado da inexistência de amor parental, carinho e dedicação durante os primeiros momentos de vida (teorias não-orgânicas do Autismo). Outras teorias defendem que causas do autismo são orgânicas, como por exemplo défices metabólicos ou cromossómicos, anomalias bioquímicas (esclerose tuberculosa, fenilcetonúria não tratada...); anomalias do tipo infeccioso (rubéola, encefalite...), disfunção cerebral do hemisfério esquerdo ou problemas imunológicos – **Teorias orgânicas do Autismo.** (Batista, 1997)

Muitos autores defendem que embora seja muito importante no desenvolvimento do transtorno a dinâmica emocional familiar, esse elemento não é suficiente em si mesmo para justificar o seu aparecimento. Portanto, o autismo não parece ser, em sua essência, um transtorno adquirido e, atualmente, o autismo tem

tido definido como uma síndrome de comportamento resultante de um quadro orgânico.

Até à atualidade, a etiologia do autismo é desconhecida, porém começa a delinear-se um panorama cada vez mais claro e definido (Ortiz, 2005).

Alguns autores defendem a divisão do autismo em primário e secundário (Rapin, 1997, 1999; De Long, 1999). Os casos do tipo secundário correspondem a 10 a 30% do total de pacientes, destacando-se como possíveis causas a esclerose tuberosa, a rubéola intrauterina, síndrome de X frágil, síndrome de Cornélia de Lange, síndrome de Angelman, encefalite por herpes simples, fenilcetonúria, uso de drogas durante a gravidez, entre outros. Em relação ao autismo primário, dados actuais apontam para uma etiologia multifatorial, na qual a influência genética assume bastante importância, mas não sendo exclusiva. (Ortiz, 2005).

Existe algum consenso entre os especialistas de que as PEA decorrem de disfunções do sistema nervoso central, provocando uma desordem no padrão do desenvolvimento da criança. Estudos apontam uma variedade de anormalidades cerebrais e no padrão de crescimento cerebral de crianças autistas.

O autismo pode ser multideterminado (múltiplas etiologias relacionáveis com uma disfunção cerebral orgânica). Não há dados que façam concluir sobre etiologias psicossociais (traumas psicossociais devido a progenitores psicologicamente menos aptos).

Nenhuns dos muitos estudos realizados em vários países, como Estados Unidos, Dinamarca, Japão, Canadá, entre outros, ofereceram evidências positivas nesse sentido (Silva e Mulick, 2009; Klin, 2006).

“Assim, atualmente, nenhum profissional qualificado propõe a existência de “uma causa” para o autismo. O máximo que se tem proposto é a identificação de fatores genéticos e biológicos que parecem contribuir para a exibição de certos sintomas ou características particulares, ou de subtipos específicos dentro da população geral de indivíduos autistas” (Happé, Ronald, e Plomin, 2006, cit. Silva e Mulick, 2009, p.121).

Epidemiologia das PEA

O primeiro estudo epidemiológico sobre o autismo data de 1966, tendo sido realizado por Victor Lotter, em Londres. Este estudo indicou um índice de prevalência de 4,5 em 10.000 em crianças dos oito aos dez anos. Em 1979, Wing e Gould, indicavam uma prevalência de quatro a cinco casos de autismo infantil por 10.000 nascimentos (cit. por Klin, 2006; Silva e Mulick, 2009). Desde então, diversos estudos epidemiológicos foram relatados na literatura e milhões de crianças foram pesquisadas em todo o mundo (Klin, 2006).

Klin (2006) analisou diversos estudos, revelando um aumento dos índices de prevalência de indivíduos com PEA. Este aumento de casos é confirmado por Silva e Mulick (2009), que ao analisarem diversos estudos verificaram que “ *a incidência de casos de autismo tem crescido de forma significativa em todo o mundo, especialmente durante as últimas décadas*” (p. 121). Apesar das inúmeras pesquisas ainda se desconhece ao certo se esse aumento de prevalência reflete realmente um crescimento genuíno do número de casos de PEA (Silva e Mulick, 2009). Klin (2006) afirma que o aumento nos índices de prevalência do autismo significa que mais indivíduos são identificados como tendo esta ou outras condições similares, não significando que a incidência geral do autismo esteja aumentando.

Barbaresi et al. (2006) Coury e Nash (2003) Fombonne et al. (2006), citados por Silva e Mulick (2009), afirmam que o aumento da prevalência de casos com PEA deve-se à ampliação dos critérios diagnósticos, permitindo que uma maior gama de casos seja incluída dentro do espectro, e também à melhoria na capacitação dos profissionais, permitindo a detecção de casos que antes não eram diagnosticados, ou eram diagnosticados erroneamente. Klin (2006) aponta que o aumento na prevalência estimada do autismo possivelmente relaciona-se com as seguintes razões: adoção de definições mais amplas de autismo; maior conscientização sobre as diferentes manifestações de autismo; melhor detecção de casos sem déficit mental; incentivo para que se determine um diagnóstico, de modo à criança poder obter os serviços necessários, como saúde e educação; compreensão de que a identificação precoce (e a intervenção) promove um desenvolvimento positivo; investigação com base populacional (que expandiu amostras clínicas à procura de crianças com autismo que de outra forma poderiam não ser identificadas).

Contudo, tal como mencionado no estudo de Gomes e Mendes (2010), os números de casos de autismo na população são bastante controversos, sendo estimados valores diferentes por diversas fontes. Silva e Mulick (2009) referem que investigações recentes estimam um aumento drástico de casos, atingindo a média de quarenta e sessenta casos a cada 10.000 nascimentos. A DSM-IV-TR (2002) considera a estimativa de quinze casos em cada 10.000 indivíduos, ou um caso de autismo em aproximadamente 666 pessoas. Quanto à proporção de incidência entre indivíduos do sexo masculino e feminino, estudos epidemiológicos são unânimes ao apontarem para uma maior incidência de autismo no sexo masculino, conforme citado por Frith (1989) ou pelo próprio DSM IV (1995) (Assumpção Jr e Pimentel, 2000; Klin, 2006; Silva e Mulick, 2009).

Apesar de casos de autismo serem mais raros em raparigas, estes tendem a ser acompanhados por um maior comprometimento cognitivo e funcional. No entanto, ainda não existem dados concretos que permitam retirar conclusões fidedignas acerca da menor representação do sexo feminino no grupo sem défice mental. Foram propostas outras hipóteses, incluindo a possibilidade de o autismo ser uma condição genética ligada ao cromossoma X, e como tal os homens serem mais vulneráveis (Klin, 2006; Silva e Mulick, 2009).

Diagnóstico nas PEA

A história do diagnóstico oficial das PEA sofreu uma grande diversidade de mudanças ao longo dos séculos. A primeira versão do DSM-I apareceu em 1952, não tendo sido o autismo incluído nesta versão. O DSM-II surgiu em 1968, contemplando o autismo como uma característica própria da esquizofrenia infantil. No ano de 1980, com a publicação do DSM-III considerou-se o autismo como uma categoria diagnóstica específica, denominada por "*autismo infantil*", influenciado pela definição apresentada por Rutter, em 1978, propondo a conceção do autismo como um transtorno do desenvolvimento, diagnosticado através da tríade de incapacidades: interação social, comunicação, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades. O DSM III-R apareceu em 1987, tendo-se substituído o termo "*autismo infantil*" por "*transtorno autista*" e expandindo a versão anterior ao delimitar os critérios de diagnóstico minuciosamente. Nos anos de 1994 e 2002 surgiram o DSM-IV e o DSM IV-TR, respetivamente, tendo sido definidas cinco categorias de autismo: transtorno

autista, transtorno Asperger, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo infantil e transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado (Artigas-Pallarès e Paula, 2012; Klin, 2006; Lampreia, 2003).

Atualmente, o diagnóstico do autismo conta com dois instrumentos oficiais, designadamente, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993), e o DSM-IV-TR, da Associação Norte-americana de Psiquiatria (APA, 2002). Estes instrumentos determinam os critérios clínicos de avaliação do autismo, requerendo a identificação de irregularidades nas áreas de interação, comunicação social e atividades e interesses, antes dos trinta e seis meses de idade. A intensidade dos sintomas das PEA varia de acordo com o nível de desenvolvimento cognitivo do indivíduo (Bosa, 2006; Defense e Fernandes, 2010; Lampreia, 2003).

Segundo os critérios do DSM-IV-TR, para o diagnóstico de transtorno autista, a criança deve apresentar pelo menos seis dos doze critérios, sendo que pelo menos dois correspondem à área de interação social, e pelo menos um tanto na área de comunicação como na área de comportamentos restritos, repetitivos e estereotipado (APA, 2002).

Quanto aos critérios da CID-10, estes assemelham-se bastante aos referidos no DSM-IV-TR. Segundo Klin (2006), os sistemas de classificação do DSM-IV e da CID-10 foram tornados equivalentes, sendo portanto muito similares, de modo a evitar uma possível confusão entre os diversos pesquisadores de todo o mundo. A definição dos critérios foi determinada tendo em conta dados empíricos revelados em trabalho de campo.

Apesar de todos os critérios determinados pelos sistemas de classificação oficiais, *“o processo diagnóstico não é tão simples quanto pode parecer à primeira vista. Além da grande diversidade de manifestação dos sintomas autísticos, existe também uma grande variedade em termos de quando a criança começa a exibir cada um dos diferentes sintomas, bem como em termos do perfil desenvolvimental de cada criança e da comorbilidade que podem estar presentes em diferentes casos.”* (Silva e Mulick, 2009, p.123).

Consideramos essencial que os profissionais implicados no processo de diagnóstico obtenham informações fundamentais para o diagnóstico, bem como interpretar tais informações de forma criteriosa. Verifica-se que bastantes profissionais defendem que o diagnóstico deve ser estabelecido de modo interdisciplinar, incluindo pelo menos um neuropediatra e um psicólogo, que devem analisar cada caso

conjuntamente, identificando o quadro clínico da criança e oferecendo informações acerca do diagnóstico e do perfil médico, cognitivo e adaptativo da criança (Silva & Mulick, 2009).

Perturbações Associadas às PEA

A condição que mais frequentemente que aparece associada ao autismo corresponde ao déficit cognitivo, presente aproximadamente em 60% a 75% das crianças com autismo, com diversos níveis de severidade (Bailey et al. 1996, Barbaresi et al., 2005, cit. por Silva e Mulick, 2009).

Os problemas neurológicos podem também estar presentes nos indivíduos com PEA. Segundo Ortiz (2005) uma das condições mais frequentes nas PEA diz respeito à epilepsia. A epilepsia pode ocorrer até 20% a 30 % dos autistas, em algum momento da sua vida, mesmo na ausência de déficit cognitivo, verificando-se dois picos de maior incidência, um na infância e outro na adolescência. Mesmo na ausência de convulsões ou epilepsia, estudos indicam irregularidades neurológicas, não sendo possível identificar padrões específicos de anormalidade (Silva e Mulick, 2009).

A perturbação da hiperatividade com déficit de atenção também consiste numa condição frequente das PEA, presente numa percentagem elevada de indivíduos com PEA, não estando relacionado diretamente com o grau de déficit cognitivo. Paralelamente, estes indivíduos podem ter períodos longos de atenção em atividades do seu interesse. Os indivíduos com PEA também podem apresentar distúrbios do sono, podendo manifestar dificuldades em iniciar e manter o sono, múltiplos despertares, deambulação noturna, padrões irregulares de sono-vigília, sono de pouca duração, entre outros (Ortiz, 2005).

Segundo Charman e Baird (2002), citados por Silva e Mulick (2009), já foram identificados casos de quadros de autismo coexistentes com outras perturbações, tais como síndrome de Down, paralisia cerebral e síndrome de Tourette, assim como deficiências visuais e auditivas.

Frequentemente, de acordo com Newsom e Hovanitz (2006) são observados em indivíduos com PEA problemas gastrointestinais, que podem incluir episódios recorrentes de diarreia, bem como refluxo, alergias ou intolerâncias alimentares. Shannon e Graef (1997) e Filipek et al. (1999) referem que relativamente à alimentação é habitual nos indivíduos com PEA a ocorrência de casos de dieta hiperseletiva, que

pode ocasionar problemas de saúde como a desnutrição e também casos de Pica, condição esta que consiste no consumo persistente de substâncias não nutritivas e não comestíveis, que pode levar a intoxicações (cit. por Silva & Mulick, 2009). Outros estudos indicam que muitas crianças com PEA apresentam uma história de otite recorrente e, algumas delas também apresentam problemas auditivos (Silva & Mulick, 2009).

Os mais atuais critérios de diagnóstico da DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatístico) até ao momento que ilustram as características do indivíduo autista, são:

- A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2), e (3), com pelo menos dois de (1), e um de cada de (2) e (3).
 1. Marcante lesão na interação social, manifestada por pelo menos dois dos seguintes itens:
 - a. Destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como contacto ocular, expressão facial, postura e gestos para lidar com a interação social.
 - b. Dificuldade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento.
 - c. Falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: dificuldade em mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse.
 - d. Ausência de reciprocidade social ou emocional.
 2. Marcante lesão na comunicação, manifestada por pelo menos um dos seguintes itens:
 - a. Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de tentativas de compensação através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas.
 - b. Em indivíduos com fala normal, destacada diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas.
 - c. Ausência de ações variadas, espontâneas e imaginárias ou ações de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento.

3. Padrões restritivos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes itens:
 - a. Obsessão por um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse que seja anormal tanto em intensidade quanto em foco.
 - b. Fidelidade aparentemente inflexível a rotinas ou rituais não funcionais específicos.
 - c. Hábitos motores estereotipados e repetitivos, por exemplo: agitação ou torção das mãos ou dedos, ou movimentos corporais complexos.
 - d. Obsessão por partes de objetos.

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

1. Interação social.
2. Linguagem usada na comunicação social.
3. Ação simbólica ou imaginária.

C. O transtorno não é melhor classificado como transtorno de Rett ou doença degenerativa infantil.

Cada criança é, acima de tudo, um indivíduo com características próprias que necessita de uma observação cuidadosa para determinação do seu nível de compreensão e das suas capacidades. Completando com o conhecimento das dificuldades com que se depara ao procurar dar um sentido ao mundo que a rodeia (Jordan, 2001).

As crianças com PEA apresentam características específicas, consideradas como fatores condicionantes de aprendizagem, nomeadamente défices de processamento sensorial, de memorização, de cognição social e de linguagem, bem como dificuldades na capacidade de atenção, na sequencialização, na resolução de problemas e na motivação.

Os indivíduos com PEA caracterizam-se por prejuízos nas áreas de interação social, habilidades comunicativas e de comportamentos, tendo um padrão de desenvolvimento irregular, podendo ser de diferentes graus de severidade e as áreas de desenvolvimento apresentam-se desarmonicamente entre si (Leon, 2002).

A dificuldade desta perturbação do desenvolvimento é a identificação das principais áreas de desenvolvimento que não tenham sido reconhecidas e a de elaborar estratégias para compensar as oportunidades perdidas.

Uma das dificuldades fundamentais identificadas no autismo (Frith, 1989) é a que se refere à compreensão dos estados mentais tais como pensar e sentir. Isto pode conduzir a várias consequências no domínio da aprendizagem e dos comportamentos. Em primeiro lugar ajuda a explicar a razão pela qual as crianças com autismo se podem sentir receosas dos outros, ou podem bater nas pessoas que estejam a tentar interagir com elas.

As previsões que fazemos sobre o comportamento das outras pessoas baseiam-se na nossa compreensão daquilo em que estas estão a pensar, a sentir, ou o que pretendem fazer. Por conseguinte, o não conhecimento desses estados mentais provocará dificuldades em prever os comportamentos, o que, por sua vez, significa que as pessoas se tornam imprevisíveis. Isto significa que a criança com autismo não tem motivação para agradar nem tão pouco a intenção de comunicar. Uma consequência do facto de a criança com autismo não compreender os estados mentais e de não adotar atividades como as de faz-de-conta leva a que se afaste das formas de jogo e das interações sociais, atreves dos quais se estabelecem significados culturais e laços afetivos. Esta ausência de compreensão das convenções sociais entende-se às estratégias de conversação e provoca a ausência de sinais visuais, um fraco conhecimento de “quando é a sua vez” e uma fraca capacidade para participar em grupos. Por isso tem que ser ensinada diretamente (Jordan, 2001).

As relações sociais alteradas das pessoas com autismo caracterizam-se sobretudo pelas dificuldades de estabelecimento de vínculos afetivos ou comportamentos de apego e são mais acentuados nos primeiros cinco anos de vida (Rutter, 1984; Baham-Cohen, 1995; Wing, 1996). Esta alteração social demonstra-se na falta de empatia, as inconsistências de estabelecimento e manutenção de troca social e igualmente falhas no desenvolvimento e de versificação de amizades; consequentemente surgem problemas bem marcados na capacidade de se envolverem em jogos coletivos e cooperativos com outras crianças e adultos, fatores que caracterizam muito do comportamento social normal.

Aquilo a que se chama “comportamento social” consiste na capacidade de partilhar o prazer da companhia dos outros e na capacidade de responder e de iniciar comportamentos sociais dentro dos diferentes contextos. As crianças com autismo encontram dificuldades em todos esses aspetos, o que conduz a problemas adicionais no ensino e na aprendizagem (Pereira, 1999).

O pensamento e a aprendizagem das pessoas com autismo podem diferir muito da norma (Jordon e Powell, 1995; Powell e Jordon, 1997). Estas podem ter dificuldade em estabelecer a noção a noção da sua própria individualidade, ao nível da experiência, e esta ausência de um ego capaz de sentir experiências acarreta varias consequências diretas no desenvolvimento e no comportamento. Quando não se tem um ego capaz de sentir as experiências não se tem o sentido do que nos está a acontecer; apenas se sabe que as situações acontecem (Pereira, 1999).

Numa função executiva intervêm processos tais como planeamento, acompanhamento e atividades diretivas, reflexão sobre os próprios estados mentais e procura de um objetivo mediante meios flexíveis. Estas funções encontram-se perturbadas no autismo (Ozonofy, 1995). Uma consequência particular consiste na dificuldade em modificar o comportamento em relação ao feedback. Assim as crianças com autismo persistem em executar ações mesmo quando se vê claramente que “falharam” ou quando isso lhes acarreta uma punição.

As crianças com PEA parecem não perceber os sentimentos dos outros, bem como do impacto negativo da sua própria conduta sobre os outros, não sendo capazes de ter amigos nem de participar em jogos com outras crianças. Apesar disso, as crianças com PEA não parecem afetadas por todo este isolamento social (Ortiz, 2005).

Como as crianças com PEA exibem uma grande variabilidade de alterações da conduta social, alguns autores estabeleceram diferentes subtipos de autismo, tendo como critério de classificação se a alteração social predominante incide em fatores comportamentais, em habilidades cognitivas ou nas suas próprias características sociais (Rivera, 2007).

A nível escolar, as incapacidades de socialização, afetam o trabalho a pares ou em pequeno grupo, bem como as situações de aulas dirigidas a toda a turma, os desportos de contato ou coletivos, os momentos de mudança de sala ou de roupa, os refeitórios e cafetarias, os períodos de estudo em silêncio, entre outros (Hewwit, 2005).

Ao que chamamos comportamento social pode ser definido como a capacidade de responder e de iniciar comportamentos sociais. As crianças com autismo encontram dificuldades em todos estes aspetos. O que conduz a problemas adicionais no ensino e na aprendizagem, dado que a educação tem lugar num contexto social.

As crianças com autismo raramente tentam partilhar brinquedos ou atrair a atenção de um adulto. Elas podem estar fisicamente conscientes da presença de um

adulto, mas não conseguem mostrar qualquer compreensão de que a outra pessoa tem uma perspectiva que pode ser partilhada.

Não compreendem a comunicação e por isso não exteriorizam para o outro, não percebendo que a sua “comunicação” tem de ser compreendida pelo outro.

Por vezes existe uma dificuldade em perceber se as crianças autistas se estão a fechar em si próprias, ou se é por não saberem como se relacionar com os outros.

Uma das características do autismo é o indivíduo resistir a alterações na rotina e entrar em comportamentos repetitivos. Outra característica é a relutância em repetir coisas a pedido.

Poucas pessoas com autismo estabelecem amizades com alguma profundidade. O que resulta num isolamento crescente.

Schwartzman (1995) afirma que indivíduos com PEA apresentam as seguintes alterações na comunicação: atraso na aquisição da linguagem, perturbação na comunicação não-verbal, incorreção a nível semântico e pragmático e dificuldade na generalização. Paralelamente, Walter (2000) refere que as crianças com PEA apresentam distúrbios da linguagem, atraso na aquisição da fala e padrões atípicos no desenvolvimento da comunicação, comprometendo tanto as habilidades verbais como as não-verbais.

Em relação ao contexto verbal, as crianças com PEA manifestam dificuldades no uso social da linguagem, com menos respostas às tentativas de interação e maior incidência de elementos como ecolalia e inversão pronominal, estes últimos considerados como elementos específicos da linguagem da criança com PEA. A inversão pronominal corresponde à substituição do uso da primeira pessoa do singular pela terceira, sendo que a criança para pedir algo refere-se a si mesmo usando tu ou ele. Quanto à ecolalia, esta consiste na repetição de frases ou expressões ouvidas anteriormente, podendo ser imediata ou tardia, literal ou mitigada, com semelhança ou não na entoação, e relação ou não com contextos específicos, demonstrando deste modo a sua falta de sentido e de desconexão com a temática comunicativa presente, dando a impressão mais de falar a alguém do que com alguém (Fernandes, 1994; Mota, 2008; Rivera, 2007).

Nos estudos relativos à comunicação nas PEA, verifica-se que ocorrem divergências conceituais e terminológicas respeitantes à linguagem e comunicação em PEA. Estes estudos concordam em que se deve considerar como fundamentais não só as

formas de expressão de comunicação das crianças, mas também o contexto em que as mesmas ocorrem (Fernandes, 1994).

Há na população autista consideráveis diferenças quanto às capacidades linguísticas mantendo-se alguns deles incapazes de falar durante toda a vida, enquanto outros parecem ter uma boa aptidão na estrutura da linguagem, utilizando frases completas ao falar, lendo e escrevendo bem. Todavia, independentemente da sua competência quanto à linguagem, todas as crianças com autismo sofrem de uma perturbação da comunicação.

Normalmente, a linguagem e a comunicação desenvolvem-se de tal forma em conjunto de é difícil conceber a situação no autismo em que a aquisição dessas duas aptidões se processa por vias diferentes. No autismo a linguagem pode desenvolver-se sem que as crianças tenham qualquer ideia de como a utilizar para comunicar, ou compreendam de que modo esta pode ser utilizada pragmaticamente na criação de vários significados, para além do sentido literal das palavras e das frases. A maior parte das crianças costuma prestar mais atenção áquilo que pensam que as outras lhes estão a dizer do que ao sentido literal das palavras; as crianças com autismo não veem essa intenção (que é um estado mental) e centram a sua atenção no sentido literal, por mais absurdo ou pouco provável que seja (Fernandes, 1994).

Não são só a compreensão e as utilizações da linguagem na comunicação que são afetadas; surgem dificuldades em todos os aspetos da comunicação. Por exemplo, são capazes de ouvir os padrões de entoação utilizados no discurso, mas não conseguem atribuir-lhes um significado pragmático, o que desvia a atenção do significado do que se diz.

Têm a mesma dificuldade em usar adequadamente padrões de entoação quando elas próprias falam, o que faz com que o seu discurso seja monótono e pouco compreensível. São verificadas dificuldades em interpretar as expressões faciais, as posturas corporais, em apontar, quer com o indicador, quer com a cabeça ou com os olhos. Os aspetos estruturais da linguagem podem só constituir um problema nos casos em que há dificuldade de aprendizagem ou específicos de linguagem. Há um número considerável de pessoas com autismo que necessitam que lhes ensinem um novo meio de comunicarem.

Dado não compreenderem o uso da comunicação, estas crianças tendem a utilizar a linguagem só para um número restrito de fins, principalmente, para pedirem e para falarem obsessivamente sobre algum assunto de interesse especial para elas. A sua

linguagem é frequentemente não produtiva, no sentido de não se basear no que os outros dizem, nem se relacionar com o contexto, mas tende a limitar-se a reproduzir padrões de discurso familiar que tenham aprendido. Uma pessoa com autismo tentará compreender o que as palavras significam, mais do que aquilo que querem dizer; interpretará literalmente as expressões. Por isso não entende o sarcasmo, podendo ficar irritada (Fernandes, 1994).

A intenção de comunicar pode não ser percebida, pelo que nunca usam o “senso comum” para interpretar o que realmente se pretende dizer. Esta dificuldade não é fácil de compreender, pelo que a incorreta interpretação feita pela criança é frequentemente atribuída à obstinação, à má vontade ou falta de motivação.

Os indivíduos com autismo podem confundir as utilizações “educacionais” da linguagem com o uso normal das perguntas e adaptarem-nas como modelo para as perguntas que fazem repetidas. Os autistas têm dificuldade em compreender a utilização do “eu” e do “tu” para indicar os papéis das pessoas numa conversação. Podem trocar estas palavras.

Os autistas têm dificuldade em perceber as intenções dos outros e em exprimir as suas próprias intenções. Tendem a aprender de modo habitual sem nenhuma consciência dessa aprendizagem. Isto significa que dependem das indicações de os outros lhes forneçam para a ação. Não se trata das crianças com autismo serem incapazes de fazer as coisas, mas sim o facto dos interesses e o desejo de agir não surgirem espontaneamente e de, quando ensinadas, terem tendência a continuar ligadas aos tipos de interesses anteriores (Fernandes, 1994).

Rutter (1987), citado por Garcia e Rodríguez (1997), refere-se a seis tipos de comportamentos típicos de autistas, nomeadamente: interesses muito restritos e estereotipados, bem como formas de brincar inadequadas e interesses ligados a temas muito específicos; vinculação a determinados objetos, podendo desenvolver preferências e atração por um objeto concreto; rituais compulsivos, e alterações a essas rotinas provocarão grande ansiedade; maneirismos motores estereotipados e repetitivos: auto estimulações cinestésicas (baloiçar-se), auto estimulações percetivas de tipo visual (luzes), tátil (arranhar, acariciar) ou auditiva (cantarolar); preocupação fixa numa parte do objeto; ansiedade perante mudanças de ambiente.

Nas PEA encontram-se diversas variações em relação ao nível de inteligência, desde a deficiência mental grave até à inteligência moderada (Ortiz, 2005).

Desconhece-se se as dificuldades cognitivas se tratam de um problema de processamento da informação ou de uma dificuldade em se “sintonizarem” (Jordan, 2001). Emocionalmente com os outros, o que conduz ao isolamento social, logo à incapacidade de classificar e compreender o mundo.

O tempo dito “curto” de dedicação da criança autista a uma tarefa pode estar relacionado com a motivação (a não compreensão da tarefa), podendo haver uma dificuldade real em manter a atenção, especialmente quando há uma mudança do objeto da atenção.

Em relação à memória é frequente verificar-se que possuem uma grande capacidade em memorizar e recordar pormenores, mas não encontram facilmente as recordações quando questionadas sobre o assunto. Podem ser capazes de recordar se lhes derem indicações pertinentes de certas palavras ou frases.

As crianças revelam uma fraca capacidade linguística o que conduz a uma fraca capacidade meta linguística (capacidade de pensar acerca do seu próprio pensamento e, assim, planeá-lo, acompanhá-lo e controlá-lo).

Na aquisição de conceitos as crianças com autismo têm dificuldade em analisar os estímulos e em abstrair as características que levam à formação de conceitos. Apresentam grandes dificuldades na compreensão de conceitos abstratos.

As crianças parecem não compreender o significado global, não veem padrões das relações entre as coisas (quando, por exemplo, lhes contam uma história). Isto significa que aprendizagem é fragmentada.

As crianças com autismo têm dificuldades em compreender as emoções dos outros e em refletir sobre as suas próprias emoções, e em lidar com as emoções. Assim as crianças não percebem nem reagem aos sentimentos e às emoções expressas pelos outros ou, quando o fazem, podem ter uma reação sem empatia. Isto faz com que estas crianças tenham dificuldade em fazer amizades.

Há crianças que fogem ao contacto físico, ao contrário de outras que respondem a iniciativas de contacto e algumas podem mesmo procurar constantemente esse contacto, embora não sejam sensíveis às reações dos outros.

As crianças com autismo podem ter dificuldades com a orientação espácio-visual, relativamente ao seu corpo, bem como com a sequência cronológica dos gestos, pelo que o ato de se vestirem se torna problemático.

Para as crianças com autismo a principal dificuldade das atividades de lazer reside no facto de estas não serem estruturadas e serem por isso espontâneas.

As crianças com autismo são habitualmente pouco hábeis a brincar e não conseguem aprender através da imitação. As crianças autistas não se juntam espontaneamente a outras crianças em jogos, embora possam aprender com os colegas ou com o professor, a executar certas ações (Jordan, 2001).

Intervenção em Crianças com PEA

Tem havido vários modelos de intervenção e de terapias aplicadas às crianças com autismo. De entre estes, a grande relevância, desde os anos 70 aos anos 90, são o uso de métodos psico-educacionais com base em variadas teorias da psicologia da aprendizagem, sobretudo as teorias da aprendizagem vicariante e operante (Pereira, 1996).

Podemos ter um tipo de terapia de intervenção relacional, estando baseado na teoria da aprendizagem, ou seja, o comportamento da criança é visto como uma resposta às situações de estimulação externas (de fácil deteção) e internas (manipulação difícil), com base nisto o tratamento é orientado para a aprendizagem de novos comportamentos, cada vez mais adaptativos para a criança, diminuindo os comportamentos não desejáveis (Pereira, 1996).

A possibilidade da criança desenvolver a comunicação verbal, a integração social, a alfabetização e outras habilidades competências dependerá da intensidade e adequação do tratamento. Com base nisto a criança autista poderá aprender os padrões, ditos normais, de comportamento. Não existe um tratamento específico, o grande empenho e entusiasmo por este ou aquele método leva a alguns resultados essenciais para a vida e harmonia familiar.

Algumas das terapias e métodos utilizados para o autismo e outros atrasos no desenvolvimento são a **Escola convencional** – integrar a criança com autismo numa escola regular adaptando o meio envolvente a esta e esta ao meio envolvente; a **Metodologia Teacch** – os princípios deste método associam a Terapia Comportamental à Psicolinguística, ou seja, a psicoterapia comportamental fundamenta a sua estrutura na especificação de repertórios básicos de conduta a desenvolver na criança autista e a psicolinguística tem como base a interação pensamento e linguagem e a constatação de que a imagem visual é geradora de comunicação como sistema simbólico complexo. Associando os dois tipos de terapia desenvolve-se os comportamentos normais na criança autista e a comunicação. A principal orientação do programa é desenvolver a

autonomia da criança autista nos três grandes meios sociais da sua vida, ou seja, no meio familiar, no meio escolar e na comunidade. As estratégias utilizadas por este método são: desenvolver atividades em situações sociais que dizem respeito a um melhor convívio na comunidade, aprender a trabalhar frente a atividades académicas com organização e entendimento, fazer uso do computador como apoio a aprendizagem através de jogos, realizar tarefas na área vocacional.

O Programa Teacch baseia-se num ensino estruturado que se centra nas áreas fortes encontradas nas crianças com autismo, como, o processamento visual, memorização de rotinas e interesses especiais, adaptando-as às necessidades de cada criança. Este programa é um sistema de organização do espaço, materiais e atividades de forma a facilitar os processos de aprendizagem e a independência das crianças, nunca esquecendo o desenvolvimento da criança e a colaboração dos pais/profissionais (Capucha, 2008).

A **Natação** – o contacto com a água relaxa e liberta o stress da criança autista, este tipo de atividade leva a criança a relaxar e a aprender a controlar os movimentos corporais; a **Musicoterapia** – a música e os seus materiais ajudam a criança autista a relaxar e isto leva-a a ter uma maior abertura para a aquisição de algumas competências, por exemplo se ao darmos indicações o fizermos a cantar, a criança autista poderá absorver muito mais rapidamente o que se pretende; a **Equinoterapia e golfinoterapia** – o contacto com animais deste tipo leva a criança autista a relaxar e a concentrar-se nos pormenores dos animais, o relaxamento leva-a estar mais aberta a outras aprendizagens; a **Vitamina B15, Dmg, B6 e Magnésio** – certas reações moleculares podem estar anormais devido à falta de substâncias essenciais, sendo essas vitaminas, a necessidade das grandes doses de vitaminas levam à mudança das taxa de reação das enzimas, havendo assim uma terapia de megavitaminas para certos problemas mentais. A investigação nesta área ainda é inconclusiva (Pereira, 1996).

O Modelo Floor Time – S. Greenspan M.D. – S. Weder, P.h:D: - é um modelo de intervenção intensivo baseado nas diferenças individuais e na relação (D.I.R.), ou seja, na relação de relação e afeto (R), das diferenças individuais (I) e dos níveis funcionais do desenvolvimento emocional (D). Os seus princípios básicos são: seguir a criança, entrar na atividade da criança no seu nível de desenvolvimento e segundo os seus interesses, abrir e fechar círculos de comunicação, criar um ambiente de jogo, aumentar círculos de comunicação, interagir criando obstáculos, interagir para ajudar, alargar a gama de experiências interativas da criança, moldar as nossas

interações tendo em conta as diferenças individuais da criança, identificar diferenças, trabalhar com as diferenças individuais e mobilizar simultaneamente os seis níveis de desenvolvimento funcional/emocional. No trabalho desenvolvido com cada criança autista é importante a atenção mútua e envolvimento, encorajamento, compreensão, autoestima, muitas interações e desafios. Todo este trabalho está a ser desenvolvido em Portugal pelo Dr. Pedro Caldeira e os seus colaboradores na Unidade Primeira Infância em Lisboa.

O **Makaton** – é um programa de linguagem completa, que inclui um corpo de vocabulário básico, ensinando com recurso a gestos e símbolos, em simultâneo com a fala e pressupõe a utilização de estratégias estruturadas de ensino. O vocabulário Makaton é composto por um conjunto restrito de mais ou menos 350 conceitos organizados por 8 níveis de acordo com a sua complexidade.

O uso do gesto/imagem e expressão facial são características deste método e ajudam a estruturar a linguagem falada ou a iniciação de aprendizagem para não falantes.

Cutler e Rocca (2000) dizem-nos que a inclusão das crianças com autismo pode tornar-se uma realidade em Portugal se forem implementadas as seguintes estratégias: formação não só dos professores como também do resto da população escolar; flexibilidade em estabelecer diferentes contextos de integração; fomentar contatos positivos entre as crianças; fornecer apoio afetivo e prático aos professores da classe regular, redução do número de alunos, facilitar a sua participação em ações de formação, etc.; sensibilizar os professores para os progressos da integração, levá-los a colaborar na definição de objetivos do programa individual de cada criança; estruturar os programas da escola de forma a permitir a integração; sensibilizar e informar os alunos de forma a contribuírem para a educação da criança; adaptar o equipamento às necessidades educativas da criança; implicar os pais na integração, esclarecendo-se acerca do programa e progressos.

A aplicação de farmacoterapia em crianças (que ainda está a desenvolver o seu organismo) já não é utilizada, pois chegou-se à conclusão que as drogas modificam a atividade motora, a ansiedade e a reatividade emocional, podem impedir a criança de vivenciar na sua plenitude todo o vasto conjunto de estimulações internas e externas impondo muitas limitações às oportunidades de aprendizagem que a criança pode ter (Pereira, 1996).

Segundo Pereira (1996) existem 3 formas de intervir nas várias áreas académicas e sociais, elas são:

Intervenção psicológica – potencializa e determina um crescimento e organização estrutural bio-psicoemocional equilibrada.

Intervenção educacional – pretende-se acentuar conteúdos e objetivos para uma modificação comportamental, nos contextos relacionais escola/casa/família/sociedade.

Intervenção assistencial – garantir o bem físico de segurança, de higiene e de saúde.

Intervenção na área da comunicação-interação

O primeiro requisito para promover a comunicação, é conseguir um relacionamento facilmente compreendido pelo autista, sendo tudo estabelecido ordenadamente e não ao acaso; deve pôr limites às suas condutas não adaptadas, deve reforçar os seus comportamentos adaptados e funcionais; deve planificar situações estáveis e estruturadas; deve ajudar a criança a refrear as autogratificações e lhe fazer compreender quais dos seus comportamentos e atitudes são caprichos não permitidos; deve ser claro nas ordens e instruções que dá à criança; deve ter uma atitude diretiva na planificação de atividades e duração das mesmas (Batista, 1997).

O educador deve fazer com que a criança autista seja capaz de compreender o que lhe é pedido, seja com gestos treinados, com palavras claras ou frases curtas e sempre depois de compreender se a criança puder prever o que se vai passar, a interação entre ambos será facilitada (Batista, 1997).

As crianças com autismo têm de ser ensinadas a saber chamar a atenção de outros e a obtê-la e dirigi-la quando for adequado. As crianças autistas têm de perceber que tem de haver alguém para receber as suas comunicações, as comunicações faladas, gestuais necessitam sempre de alguém para as receber.

É mais fácil as crianças autistas estabelecerem um contato social com outras crianças se elas estiverem ocupadas numa atividade estruturada. A melhor estratégia consiste em dar à criança com autismo um treino prévio da tarefa ou atividade de modo a que no grupo a sua aprendizagem se limite a ser capaz de a executar com os outros, enquanto estes têm de aprender a executar a própria tarefa. Deve-se empregar frases curtas, pausadas e ter em atenção a dicção, na comunicação com a criança autista.

Um objetivo do ensino deverá ser a construção de amizades e as capacidades que permitam à criança entrar num grupo, acompanhar o tema focado pelo grupo, partilhar informação e reconhecer e falar acerca de coisas de interesse, tanto para os

outros como para si própria. É necessário assegurar que as capacidades académicas não sejam reprimidas por motivo de insistência na aprendizagem em grupo e torna-se também necessário tentar ensinar aquelas competências que normalmente são resultantes da convivência com amigos.

O ensino de crianças autistas deve ser inserido em contextos sociais, ou seja, deve-se adaptar a situação ao ensino. (Jordan, 2001).

Intervenção sobre a linguagem

“Com o programa de Comunicação Total de Benson Schaeffer, 1980, as crianças são ensinadas a escolher símbolos e imitar a fala como capacidades independentes, esperando que vão aprendendo a linguagem de sinais e associando-lhe palavras. O programa explicita regras para promover a espontaneidade, a fala de sinais e a linguagem verbal, assim como técnicas específicas para incentivar a imitação verbal.” (Batista, 1997, p. 259).

Deve-se promover a linguagem através de jogos com sequências fixas de objetos; de jogos para reprodução de objetos em sequências fixas; de jogos para reprodução de objetos em sequências variáveis; de jogos com objetos que tenham poucas semelhanças, mas que desempenham as mesmas funções de um objeto dado, em sequências fixas ou variáveis; de jogos em objetos, mas em que são simuladas as atividades que se realizam com esses objetos em sequências fixas ou variáveis; de jogos de faz de conta (Batista, 1997).

“Todas estas actividades devem ser realizadas com indicações de interação e imitação, claras e muito estruturadas, sobre actividades da vida diária significativas para a criança (alimentação, banho, deitar, vestir...).” (Batista, 1997, p. 260).

Os professores terão que abordar estes problemas através do ensino de técnicas de conversação tais como: esperar pela sua vez para falar, sabe ouvir ativamente, saber introduzir assuntos novos, saber manter uma conversa e mudar de assunto, e tentar tornar explícitos os conhecimentos pragmáticos. Pode iniciar-se o ensino da técnica de “saber esperar a vez” com jogos muito simples de “espera de vez”, em que se utilizem objetos e, depois, com as crianças em fase pré-verbal, com jogos baseados na imitação mútua. Estes podem começar com a imitação, pelo adulto, dos sons emitidos pela criança e, logo que esta repare nisto e pare para esperar que o adulto tome a sua vez, mudar gradualmente os sons, para encorajar a criança a prestar atenção aos emitidos pelo adulto e a imitá-los.

Conseguir que estas crianças escutem o que os outros dizem e que tenham isso em conta ao falarem é mais difícil. Há jogos que os podem ajudar a compreender este processo. No jogo “ir às compras” cada uma das crianças diz “fui às compras, e no cesto pus algumas...”. A primeira criança completa esta frase com artigos da sua escolha (“bananas”, por exemplo), e a criança seguinte terá que completar esta frase repetindo o que a primeira disse (“bananas” neste caso) e acrescentando o objeto que ela própria escolheu. Este processo é repetido por todas as crianças do grupo, tendo cada criança que escutar que foi dito antes e contar com isso na resposta que der. Para se poder levar a cabo esta tarefa sem demasiada dificuldade, é necessário que o número de elementos do grupo seja pequeno e o jogo pode ter que ser realizado com cartões desenhados, em que se registre o que cada criança disse, para reduzir o esforço exigido à memória (Jordan, 2001).

O professor deve ter em conta a linguagem que utiliza ao dar instruções, pois o seu significado tem de ser claro. Deve restringir o uso das metáforas (Jordan, 2001).

As crianças autistas têm dificuldade em utilizar pronomes, devido a sua não consciencialização do outro, tem de se começar a ensinar a criança a utilizar o tu e o eu, isso pode ser feito através da nomeação de uma ação feita pela criança, como por exemplo, a criança salta e ela deve dizer “eu salto”, ou então quando outra criança o faz, a criança autista deverá dizer “tu saltas, ou ele saltou (Jordan, 2001).

É necessário ensinar meios que permitam às crianças autistas comunicar, mas mais importante ainda é ensinar-lhes o que é a comunicação (Jordan, 2001).

Estas crianças têm dificuldade em compreender e contar histórias por isso para as ajudar a compreender que escutar é um processo ativo e a aceitarem manterem-se sentadas a escutar uma história, pode começar-se por lhes dar personagens ou bonecas e ensinar-lhes a representarem os temas principais da história que se estiver a contar (Jordan, 2001).

Intervenção na área cognitiva

Para as crianças autistas que apresentam um atraso mental os objetivos a trabalhar incidirão sobre a promoção dos mecanismos básicos de atenção; promoção de relações entre objetivos e meios, condutas instrumentais e resolução de problemas simples; promoção de mecanismos e comportamentos básicos de imitação em situações reais e funcionais; promoção de comportamentos básicos de utilização funcional de objetos e primeiras utilizações simbólicas; promoção de mecanismos básicos de

abstração, primeiros conceitos simples e, caso necessário, pré-requisitos para discriminação perceptiva; promoção da compreensão de redundâncias, extração de regras e antecipação (Batista, 1997). As crianças autistas, cujo desenvolvimento intelectual esteja próximo do normal, os objetivos de trabalho incidirão no simbolismo complexo, jogo simbólico elaborado; na apreciação de relevâncias e compreensão de contextos significativos alargados, quer em acontecimentos da sua própria vida quer em representações pictóricas ou em relatos; na atenção e concentração, tanto em trabalhos escolares como em situações livres; na compreensão de regras e utilização flexível das mesmas em contextos sociais (Ventoso, 1990; Batista 1997).

Pode-se ensinar às crianças com autismo hábitos ou competências automáticas, através de técnicas comportamentalistas mas, uma verdadeira educação, exige uma aprendizagem profunda, capaz de lhes modificar as estruturas cognitivas, pois esta é a única maneira de se conseguir uma aprendizagem independente (Jordan, 2001).

A redução de certos estímulos externos pode ter um efeito espetacular na diminuição do stress da criança e torná-la mais recetiva à aprendizagem.

Se o professor tomar atenção à atividade natural da criança, quando trabalha algo com ela, pode perceber se isso chama a sua atenção ou não. Para obter a sua atenção o professor também precisa de se certificar de que a criança não está a fazer mais nada e dar-lhe tempo suficiente para mudar o objeto da sua atenção, só estando atenta ao que lhe é dito, é que a criança pode aprender, é esta aprendizagem que depois é memorizada, a criança só consegue lembrar pequenas parcelas do que aprende e lhe é dito, por isso é frequente utilizar frases musicais para descrever algo que está a acontecer, correspondendo o ritmo à ação e introduzindo as palavras-chave. A música relaxa a criança e faz com que esta fique atenta. Coisas que o meio fornece também ajudam a lembrar do que se passou, por exemplo se fez pintura, a tinta nas mãos levam-na a lembrar o que fez (Jordan, 2001; Pereira, 1999).

Para adquirir conceitos pode-se pegar num objeto da vida quotidiana (ex. um copo) e explicar os vários conceitos subjacentes a esse. (forma, cores tamanhos...) (Jordan, 2001).

Intervenção nos problemas de comportamento

Podemos fazer com que um comportamento “inadequado“ seja modificado ao eliminar os estímulos discriminativos que desencadeiam o comportamento e aqueles que, de alguma forma, possam dar à criança a pista de que nesse momento o seu

comportamento vai ser recompensado; ao ensinar-lhes comportamentos incompatíveis com os incorretos; ao reforçar diferenciadamente outros comportamentos já aprendidos e que são comportamentos adaptados, para que a criança seja motivada a empregar estes com maior frequência, em substituição dos outros; ao eliminar o reforço do comportamento desajustado; ao retirar a atenção, de forma mais ou menos ativa, podendo-se chegar a deixar a criança sozinha; ao aplicar um castigo suficientemente forte para eliminar o comportamento inadequado, sendo um castigo positivo; não dando à criança aquilo que ela espera obter através do comportamento inadequado, sendo este um castigo negativo (Batista, 1997).

Para que as crianças autistas percam algumas das suas fobias e medos, deve-se ensinar novas formas de atuação (relaxamento, auto-instrução...), mas só em crianças com bom nível cognitivo (Batista, 1997).

Para modificar um comportamento, tem de se modificar as condições do meio que provocam esse comportamento, evitar que a criança adote esse comportamento indesejado treinando para que o substitua por outro desejado. (Jordan, 2001).

Intervenção nos problemas emocionais

O ensino sistemático sobre as emoções tende a concentrar-se nas formas exteriores e as crianças com autismo podem ser ensinadas a identificar as expressões faciais estereotipadas que exprimem as emoções mais visíveis, tais como, contente, triste, surpreendido, zangado, etc. Todavia, isto não as ajuda a identificar estas emoções. Podem usar-se inicialmente programas comportamentais só para chamar a atenção da criança para as expressões faciais das pessoas em situações de convívio social e têm-se conseguido que a criança se auto recompense por ter identificado certas expressões, tal como a de cumprimentar sorrindo. Quando a criança começa a identificar certas expressões pode-se explicar os significados sociais e emocionais destas (Jordan, 2001).

Intervenção para o desenvolvimento de competências para a vida diária e lazer

O treino dos hábitos de higiene poderia ser feito primeiro na escola e só continuando em casa, quando a criança já saiba controlar-se um pouco e pareça compreender o que se passa. Isto deve-se aos pais terem dificuldades em manter registos exatos que lhes permitam determinar a melhor altura de pôr a criança no bacio e de se manterem calmos quando se verificarem “acidentes” fora dele (Jordan, 2001).

Os tempos livres têm de ser estruturados, como se fossem uma tarefa a cumprir.

Todas as tarefas que existam devem ser ordenadas e todos os espaços existentes na aula devem ser bem delineados e identificados. Esta estruturação leva a criança a sentir-se mais segura e muitas vezes poder antecipar o que se vai passar (Jordan, 2001; Pereira, 1999). Deve-se dar à criança autista brinquedos novos e recompensá-la por brincar com eles e só depois tirar os antigos.

As crianças autistas na sua maioria gostam de jogos de empurra e de perseguições, estes podem ser estruturados pelo educador de modo a proporcionar o treino de saber esperar pela sua vez, o desenvolvimento dos contactos visuais e a partilha do prazer (Bosa, 2006; Jordan, 2001).

Inclusão dos Alunos com PEA

Quanto mais precoce forem as experiências inclusivas mais benefícios são trazidos para as crianças com PEA. (Bosa, 2006). Para isso tem de existir um programa interdisciplinar, num local adequado, com técnicos especializados e de forma intensiva, pelo menos 25h semanais e sempre com o envolvimento familiar. (Ozonoff, Roger e Hendren, 2003).

Segundo Cutler e Rocca (2000) na inclusão de crianças com PEA dever-se-á ter em conta alguns critérios:

- A escola deverá ter conhecimento das características das crianças para satisfazer as suas necessidades;
- A formação dos professores deve ser contínua;
- As crianças devem ser avaliadas por técnicos especializados;
- A escola deve adaptar-se às diferentes capacidades das crianças, uma vez que os autistas possuem diferentes potencialidades;
- Tudo deve ser adaptado, até os meios de avaliação;
- Ter consciência de que conhecimento e habilidades são conceitos diferentes para o autismo;
- A mudança deverá, sempre que possível, ser evitada;
- A escola deve assegurar a aprendizagem dos alunos nela incluídos;
- Deve-se recorrer a exercício físico, o trabalho motor é indispensável;
- A inclusão é feita com o apoio dos técnicos;
- Paralelo à inclusão deve-se desenvolver um Programa Educativo.

Os alunos autistas deverão ter acesso ao currículo comum nas classes regulares, em ambientes definidos e criados para eles. Para que exista inclusão é necessário existir flexibilidade. (Jordan, 2005).

Ao falarmos de inclusão da criança com Perturbação do Espectro Autista, temos de ter consciência de que a ênfase irá recair sobre a forma de aprender meios para comunicar, formas de estruturar o ambiente educativo de maneira a que o ensino nestes alunos seja o mais consistente e previsível. O ensino eficaz implica que o

professor tenha especial atenção aos comportamentos, bem como as expectativas claras das regras (Peeters et al, 1998).

Em Portugal, desde 1996, que têm vindo a ser criadas Unidades de Apoio ao Ensino Estruturado para Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo (UAEE), de modo a criar respostas educativas específicas para estes alunos. Estas unidades possuem os seguintes objetivos: criar ambientes securizantes, com áreas definidas e delineadas; garantir um espaço adequado à sensibilidade sensorial dos alunos; informar claramente os alunos sobre as sequências das rotinas, mediante suportes visuais; proporcionar situações de ensino individualizado, desenvolvendo a interação, a comunicação e a autonomia (DGIDC, 2008).

O ensino estruturado, adjudicado pelas UAEE, tem como objetivo desenvolver os desempenhos e capacidades adaptativas dos alunos com PEA, reforçando a sua autonomia. Este ensino estruturado é aplicado pelo modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication in Handicap Children) que consiste num programa educativo e de saúde, com orientação cognitiva e comportamental, que visa garantir instrumentos e estratégias específicas às necessidades individuais de cada aluno (Santos, 2005).

Esta metodologia TEACCH evidencia a importância da avaliação dos alunos com PEA, devido à variabilidade de habilidades a ensinar a cada um dos alunos, bem como à dificuldade para avaliar o grau e a qualidade da compreensão e funcionalidade da sua linguagem (Rossi, 2007). Diversos estudos, dos mais variados autores, apontam para a importância da avaliação dos alunos com PEA, visto que permite fornecer informações necessárias para desenvolver uma intervenção educacional individualizada.

Para uma intervenção adequada pode-se aplicar um sistema de ensino estruturado. A estrutura ou organização física diz respeito ao modo de organizar e apresentar o espaço da sala ou o ambiente de ensino-aprendizagem – definido por áreas de aprendizagem, ou seja, refere-se à disposição do ambiente físico, dos móveis e dos materiais, de forma a fazerem sentido para os alunos com PEA (DGIDC, 2008; Rossi, 2007).

Aprender – área de ensino 1:1- local onde se fazem as aprendizagens. A criança fica frente a frente com o professor.



Trabalhar – local de trabalho individual onde existe também o plano de trabalho com as atividades a desenvolver.



Área de brincar – espaço destinado às pausas. Nesta área existem por exemplo: almofadas e brinquedos.

Computador – trabalho no computador individual ou com ajuda.

Trabalhar em grupo – área de interação social. Realização de atividades em que participem todos os alunos (ex. legos, plasticina, reconhecimento de sons)

Reunião – o grupo reúne neste espaço para dar boas vindas uns aos outros; conversar sobre o calendário, o tempo e cantar uma canção.



É esta transversalidade educativa, que Barbosa define como “*Conceito novo introduzido nos programas da formação de educadores e professores com o qual pretendemos trabalhar a ideia de que o Sistema Educativo tem de ser pensado como um longo processo em que a influência da acção educativa sobre os seres humanos começa, quando estes, ainda de tenra idade entram para a Creche e deixa de ser exercida sobre muitos deles quando obtêm um curso superior*” (2006, p. 19).

Ou seja, se a influência que exercemos nas crianças só deixa de ser exercida quando estas obtêm um curso superior, porque não trabalhar em conjunto para percebermos o que cada um considera importante que elas adquiram no seu nível de ensino e isto tendo sempre em conta a transversalidade relacional que Barbosa define como “*...pese embora o Sistema Educativo ser pensado por níveis, facto é que o ser humano que o transcorre é sempre o mesmo, evoluindo na vida através de dois processos de dinâmica progressiva e gradual a saber, o do seu crescimento e o do correspondente desenvolvimento que é complementar do anterior*” (2006, p. 20).

É devido à necessidade de investigar esta problemática, este tema, para agir posteriormente sobre o mesmo e sobre a sua resolução e melhoramento que pretendo investigar a necessidade formativa dos professores e educadores, pois segundo Barbosa, 2006, “*as necessidades formativas são as que os agentes educativos evidenciam durante a sua própria prática lectiva e que têm a ver com a formação adquirida para o desempenho profissional*” (p. 17) e as necessidades educativas das crianças com perturbação.

Ao estudar esta problemática, consideramos a necessidade de propor melhorar a prática docente, como contributo a melhorar os parâmetros de uma inclusão eficaz.

CAPITULO II – ESTUDO METODOLÓGICO

Metodologia

Considerando que *“a preocupação central não é a de saber se os resultados são suscetíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados.”* (Bogdan e Biklen, 1994 in Carmo e Ferreira, 1998, p. 181).

Uma das características dos métodos qualitativos é a indução, na medida em que se pretende analisar a informação de uma forma indutiva, desenvolvendo conceitos e chegando à compreensão dos fenômenos a partir de padrões provenientes da recolha de dados e de informações recolhidas na investigação bibliográfica. (Carmo e Ferreira, 1998).

Os métodos utilizados serão aqueles que melhor se enquadram no contexto investigativo e nos objetivos da investigação, dirigindo este estudo de forma exploratória. Isto porque a realidade socialmente construída, é subjetiva, dependendo do ponto de vista do sujeito que se insere no contexto em causa.

A fenomenologia apresenta-se como uma forma de compreender e interpretar a realidade social tendo por base o significado atribuído pelos indivíduos aos contextos onde se inserem.

Devido a isso e face à problemática já identificada o modo de investigação que parece mais adequado para responder à questão de partida e atingir os objetivos propostos será dentro da investigação qualitativa, ou seja, um **estudo de caso**, que segundo Merrion, citado por Bogdan e Biken, *“um estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou individuo, de uma única fonte de documentos, ou de um acontecimento específico”* (1994, p. 89).

Os estudos de caso propõem-se retratar a realidade de uma forma profunda, contextualizada, particular e única. Utilizando métodos específicos de recolha de dados e tendo por base que métodos são *“como conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objetivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem selecionar as técnicas. Os métodos constituem de maneira mais ou menos abstrata ou concreta, precisa ou vaga, um plano de trabalho em função de uma determinada finalidade”* (Grawitz, 1993, cit. in Carmo e Ferreira, 1998, p. 175), também temos de ter em conta as regras da taxonomia da investigação que é uma organização lógica de acordo com os preceitos aceites pelo “Mundo Científico”.

Assim sendo neste estudo de caso e com base nas regras da taxonomia referida, tentar-se-á captar os fenómenos pretendidos, observá-los, analisá-los, intervir e modificar o pretendido, pois segundo Bogdan e Bikem, (1994), *“Os fenomenologistas acreditam que temos à nossa disposição múltiplas formas de interpretar as experiências (...) e que a realidade não é mais do que o significado das nossas experiências”* (p. 54), ou seja, a realidade é, socialmente construída, é subjetiva, depende do ponto de vista do sujeito. A fenomenologia apresenta-se como uma forma de compreender e interpretar a realidade social tendo por base o significado atribuído pelos indivíduos aos acontecimentos e situações vividas.

A investigação efetuada baseou-se na realização e análise de questionários com um conjunto específico de questões.

A validade segundo Messick (1989) cit. in Moreira (2004, p.331) *“é um julgamento avaliativo integrado acerca do grau em que os dados empíricos e as explicações teóricas apoiam a convicção de que as inferências e as ações baseadas nos resultados dos testes ou outras formas de avaliação são adequadas e apropriadas”*. Por isso a validade reside nas consequências e na utilidade que podemos dar às inferências retiradas do estudo”.

Em suma, foi realizado um estudo qualitativo, onde se realizou investigação bibliográfica, recolha de dados por questionário e análise dos mesmos. Para proteger a confidencialidade dos dados e o anonimato dos indivíduos que colaboraram no estudo todos os questionários foram entregues de forma anónima.

A informação recolhida com os mesmos foi inserida numa base de dados e posteriormente foi efetuada a sua análise.

Instrumentos e Procedimentos

Um inquérito segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 123) é *“...um conjunto de atos e diligências destinados a apurar alguma coisa...”* ou seja *“...é um processo em que se tenta descobrir alguma coisa de forma sistemática.”*

Tendo em conta que esta pesquisa se centra sobretudo em inquéritos por questionários, pode-se dizer que se tenta apurar algo sem a interação presencial do investigador, pois foram distribuídos pela amostra e estes responderam sem a intervenção do mesmo.

Foi enviado um protocolo de colaboração ao Agrupamento (**Anexo 2**), seguidamente foi distribuído os questionários (**Anexo 3**) apresentado o tema e feitas as respetivas instruções através de um texto introdutório.

Este questionário contém perguntas de identificação e informação. Os dados obtidos foram tratados através da leitura dos mesmos, apresentando os respetivos resultados.

Durante o estudo, os instrumentos de pesquisa utilizados foram os inquéritos por questionário. Os inquéritos por questionário, como instrumento de pesquisa, são muito utilizados por se tratar de “*processos em que se tenta descobrir alguma coisa de forma sistemática*” (Carmo e Ferreira, 1998, p.123). Segundo os autores referenciados, este tipo de instrumento é caracterizado pelo facto do investigador não interagir com o inquirido em situação presencial.

Em 2000, Aisncow e Booth, no Centre for Studies on Inclusive Education, elaboram o Index for Inclusion – Developing Learning Participation in School, onde criam e desenvolvem inúmeros indicadores inclusivos com base em três grandes áreas-chave – culturas, política e práticas inclusivas. O Index for Inclusion – Developing Learning Participation in School, elaborou um questionário para pais, professores e alunos com base nos diversos indicadores inclusivos criados por Aisncow e Booth. Com o objetivo de testar as hipóteses formuladas, o questionário utilizado nesta investigação foi o dos autores supra citados do Index for Inclusion, com adaptações ao estudo apresentado. Segundo Rodrigues (2003), este é um documento para “*sintetizar as boas práticas de inclusão e servir de guia para as escolas que procuram aumentar a inclusão nas suas práticas*”(p. 97). Como refere Carmo e Ferreira (1998), o inquérito por questionário requer “*especiais atenções uma vez que não há hipótese de esclarecimento de dúvidas no momento da inquirição*”(p.138).

Na elaboração do questionário deve ter-se em atenção a prevenção das não-respostas. Com vista a fiabilidade dos resultados este deve ser composto por questões objetivas, segundo Afonso (2005), o objetivo principal da utilização de questionários, sendo estas mais fiáveis que as subjetivas.

“*Consiste em converter a informação obtida dos respondentes em dados pré-formatados*”(Afonso, 2005. p.101). Também de acordo com este autor “*a informação recolhida através da técnica do questionário consiste não no que as pessoas pensam, mas no que dizem que pensam, não no que elas preferem, mas no que elas dizem que preferem (...) os respondentes inserem as suas respostas a um questionário nas suas*

estratégias de vida pessoal e profissional, no âmbito das quais fazem a gestão dos seus papéis sociais e das respetivas representações” (p.103).

De acordo com (Bell, 2008) os questionários são “*uma forma rápida e relativamente barata de recolher um determinado tipo de informação, partindo do princípio que os inquiridos são suficientemente disciplinados (...) e avançam para a tarefa principal*” (p. 117).

Definição do Objetivo

“Na condução de uma investigação, o investigador é orientado por determinados objetivos operacionais. Estes vão depender da natureza dos fenómenos e das variáveis em presença, bem como das condições de maior ou menor controlo em que a investigação vai ocorrer. Tais objetivos podem ser apresentados de uma forma mais descritiva ou mais explicativa.” (Arnal et al., 1992, cit. in Almeida, L.; Freire, T., 2008, p. 21).

Considerando o presente estudo, formulamos o seguinte objetivo: “**Conhecer a Perceção dos Docentes sobre a Inclusão de Crianças com Perturbação do Espectro Autista**”.

Especificamente, na questão orientadora pretendeu-se:

1. Perceber como se processa a inclusão dos alunos com Perturbação do Espectro Autista no Agrupamento de Escolas em Estudo;
2. Saber se existe relação na formação académica dos professores que contribuem significativamente no processo de inclusão de alunos com Perturbação do Espectro Autista

Caracterização do Grupo de Estudo

“A amostragem é um processo utilizado há muitos anos, baseando-se na experiência e intuição da ideia de que uma amostra pode informar sobre as propriedades do universo.”(Murteira e Black, 1983, cit. in Almeida, L.; Freire, T., 2008, p.114).

Um dos aspetos essenciais numa investigação é a escolha da amostra, a definição dos sujeitos a considerar.

A população selecionada para avaliar e validar este estudo, foi constituída por 41 docentes de um Agrupamento de Escolas de Lisboa.

Como critérios de inclusão foram considerados todos os questionários realizados. Para o estudo só foram considerados os questionários com protocolo de autorização para a realização do mesmo pela Direção Executiva das escolas.

Deste modo foram distribuídos 60 questionários e 1 protocolo de autorização junto da Direções Executiva, no Município de Lisboa.

Dos sessenta questionários distribuídos dezanove não foram devolvidos.

Deste modo, a amostra que cumpriu os critérios de inclusão foram baseados em quarenta e um indivíduos.

“A amostra é um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo. Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seccionada.” (Fortin, 2003, p. 202).

Como se trata de um estudo exploratório a amostra foi de conveniência, pela facilidade de recolha, foi escolhida uma área e respetivas escolas das quais responderam os docentes que compõem o corpo docente do Agrupamento.

A amostra foi composta por 41 docentes, 13 professoras do 1º ciclo do ensino básico, 7 professores do 2º ciclo do ensino básico, 13 do 3º ciclo do ensino básico, 3 educadoras de infância, 3 docentes de educação especial e 2 docentes do apoio educativo que lecionam ou já lecionaram turmas com crianças com PEA que frequentem ou não a Unidade de Ensino Estruturado.

Seguidamente, passaremos à caracterização dessa amostra.

Tabela 1 – Caracterização Total da Amostra por Itens

	n	%	
Caracterização da Amostra	41	100	
Idade	- de 30	2	5%
	31 a 40	20	49%
	41 a 50	10	24%
	51 a 60	7	17%
	+ de 60	2	5%
Sexo	Masculino	13	32%
	Feminino	18	68%
Formação Académica	Bacharelato	0	0%

A Percepção dos Docentes sobre a Inclusão de Alunos com PEA

	Licenciatura	26	64%
	Pós - graduação / especialização	5	12%
	Mestrado	10	24%
	Doutoramento	0	0%
Especialização em Educação Especial	Sim	8	20%
	Não	33	80%
Experiência em Educação Especial	Sim	20	49%
	Não	21	51%
Tempo de Serviço	- de 5	6	15%
	6 a 10	6	15%
	11 a 15	12	28%
	16 a 20	2	5%
	21 a 25	6	15%
	+ de 25	9	22%
Situação Profissional	Contratado	15	37%
	Quadro de Escola	17	41%
	Quadro de Zona Pedagógica	4	10%
	Não respondeu	5	12%
Nível/Área de Ensino	Pré-escolar	3	7%
	1º ciclo	13	32%
	2º ciclo	7	17%
	3º ciclo	13	32%
	Educação Especial	3	7%
	Apoio Educativo	2	5%
	Outro	0	0%

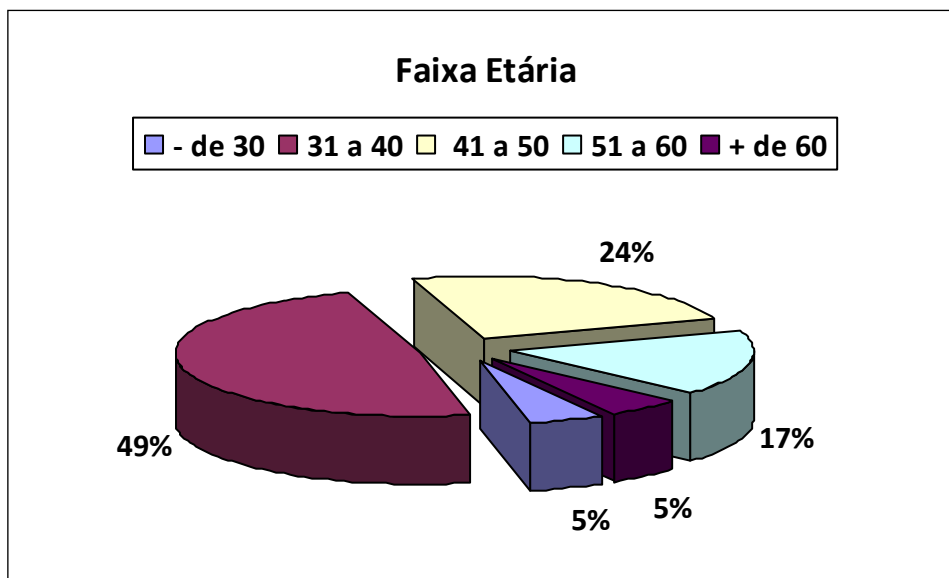
A população em estudo compreendeu os principais intervenientes no processo de Inclusão dos alunos com PEA, os docentes.

Neste estudo de âmbito qualitativo, “*dirigido à compreensão e descrição dos fenómenos*” (Almeida, 2008, p. 26), utilizámos a amostragem total, que foi limitada por certos critérios: um agrupamento de referência para o ensino de alunos com PEA, um período de tempo limitado, docentes que já tiveram ou têm nas suas salas alunos com

PEA. Nesta amostragem foram excluídos todos os casos que não obedeceram a estes critérios.

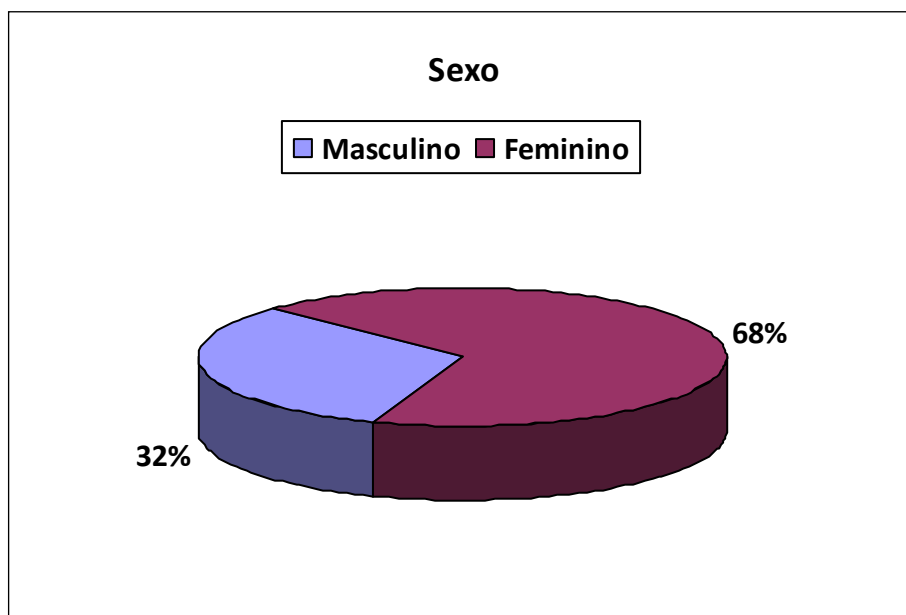
Apresentamos a caracterização da amostra.

Gráfico 1 – Faixa Etária da Amostra



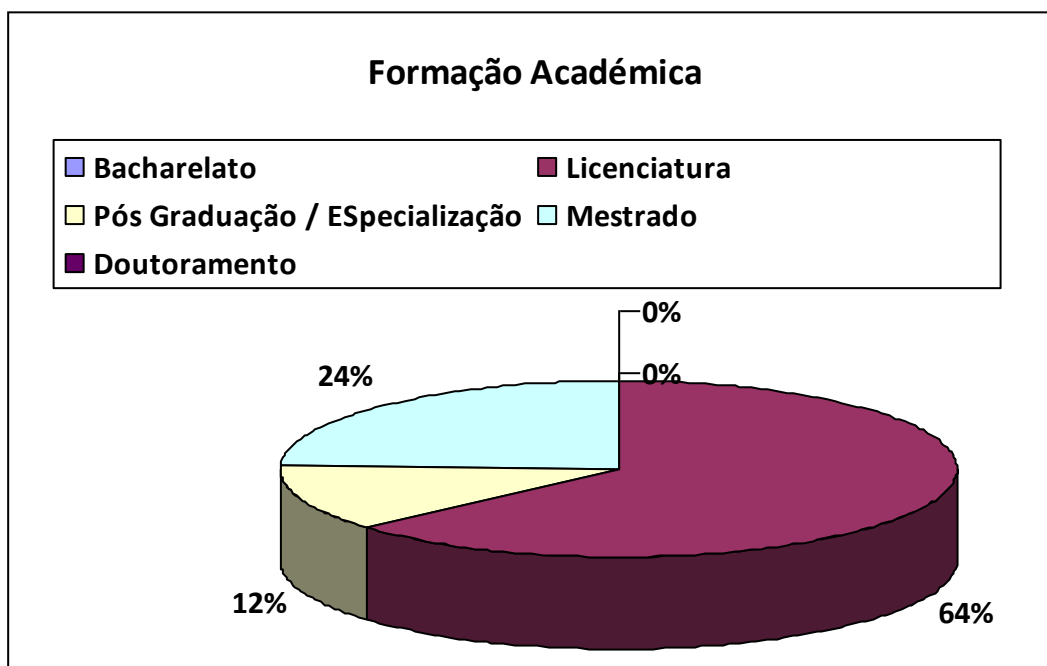
Cerca de 49% (n=20) da amostra situa-se na faixa etária entre os 31 e os 40 anos, 24% (n=10) situa-se entre os 41 e os 50 anos, 17% entre os 51 e os 60 anos (n= 7) e 5% (n=2) com menos de 30 anos e 5% (n=2) com mais de 60 anos.

Gráfico 2 – Sexo da Amostra



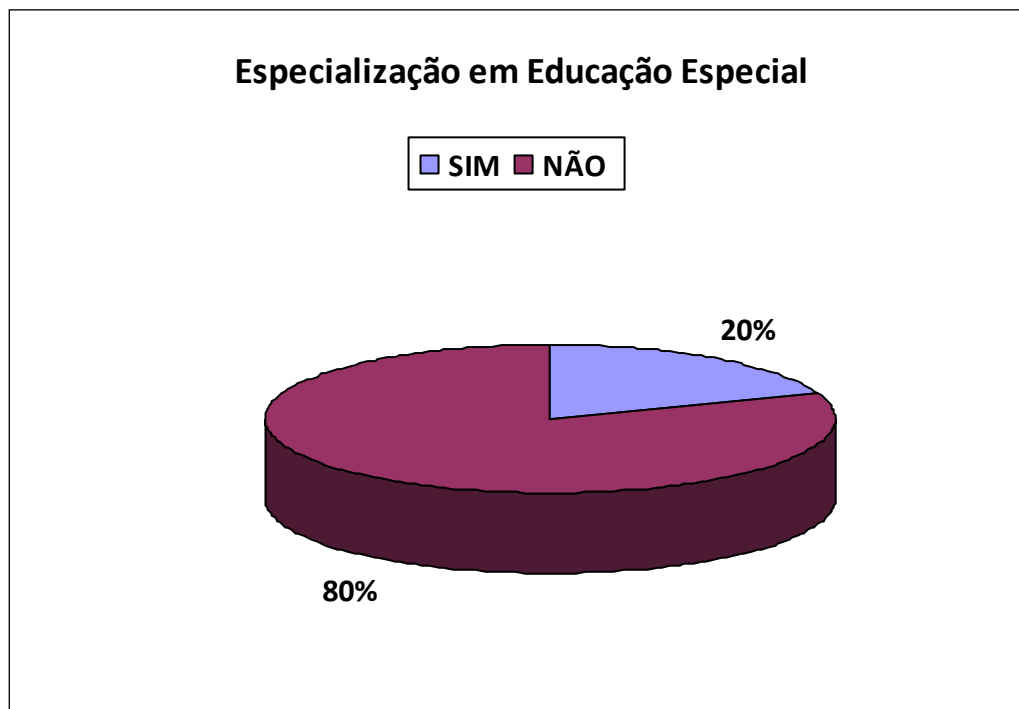
A amostra é maioritariamente feminina (68%) (n= 28).

Gráfico 3 – Formação Acadêmica da Amostra



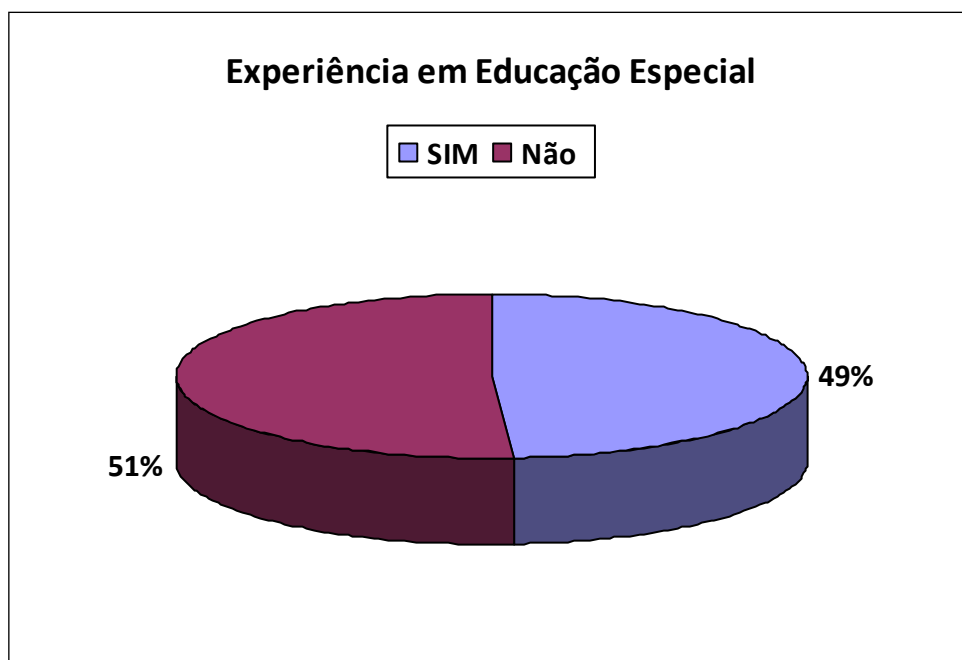
A maior parte da amostra é licenciada sem outra formação (64%) (n=26), sendo que o restante número tem pós-graduação/especialização (12%) (n=5) ou mestrado (24%) (n=10).

Gráfico 4 – Especialização em Educação Especial feita pela Amostra



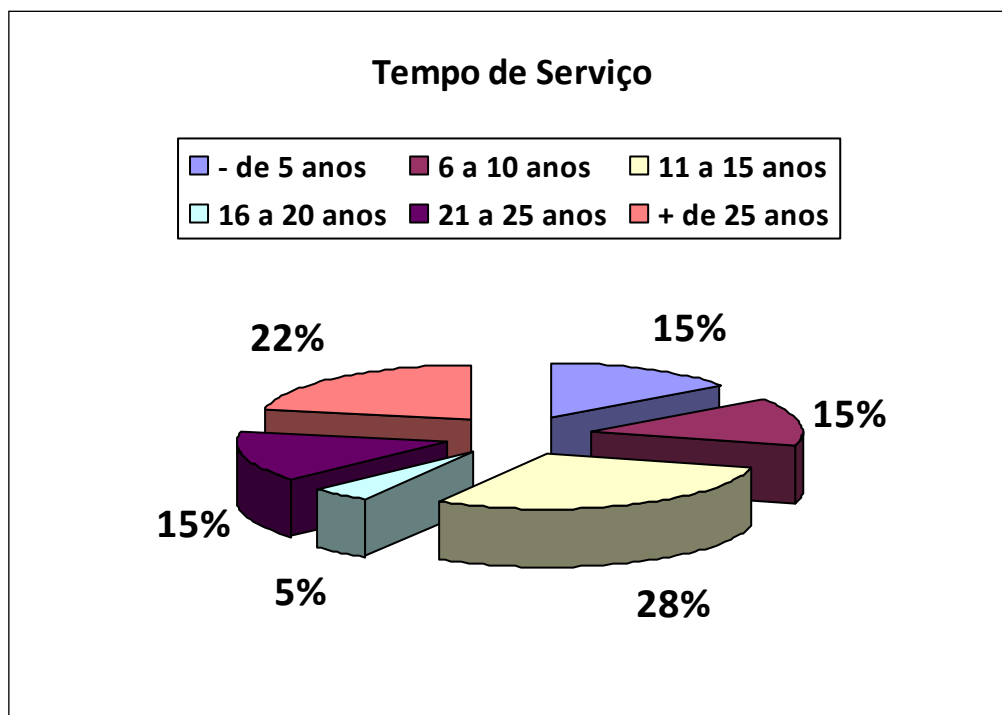
Cerca de 80% (n=33) da amostra não tem especialização em Educação Especial.

Gráfico 5 – Experiência da Amostra em Educação Especial



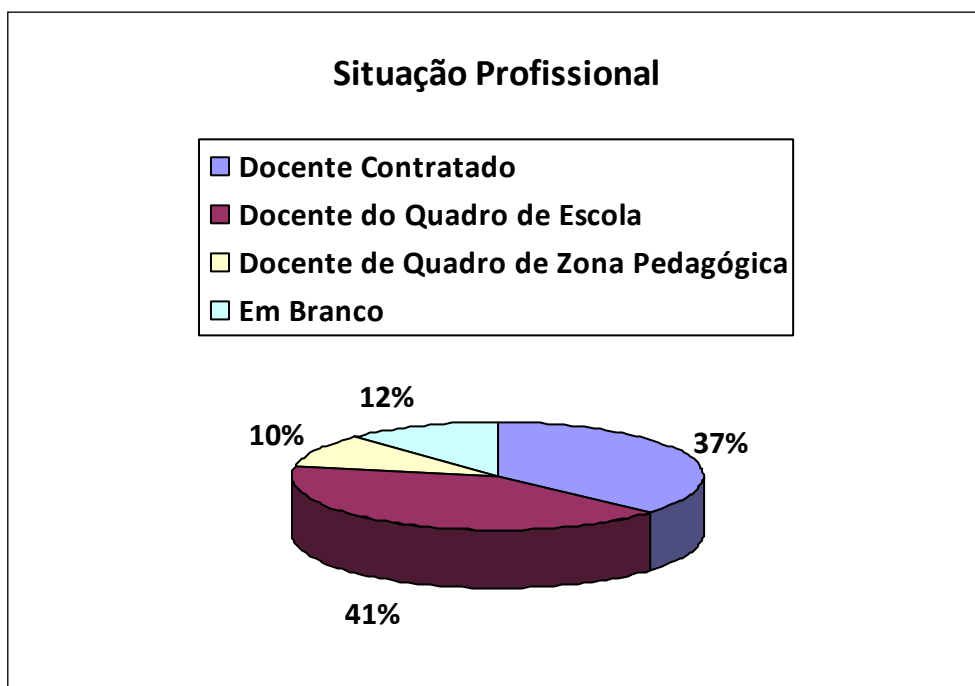
Cerca de 51% (n=21) da amostra não tem experiência em Educação Especial, os outros 49% (n=20) afirmam terem experiência em Educação Especial, apesar de não terem Especialização, como confirma o **Gráfico 4**.

Gráfico 6 – Tempo de Serviço da Amostra



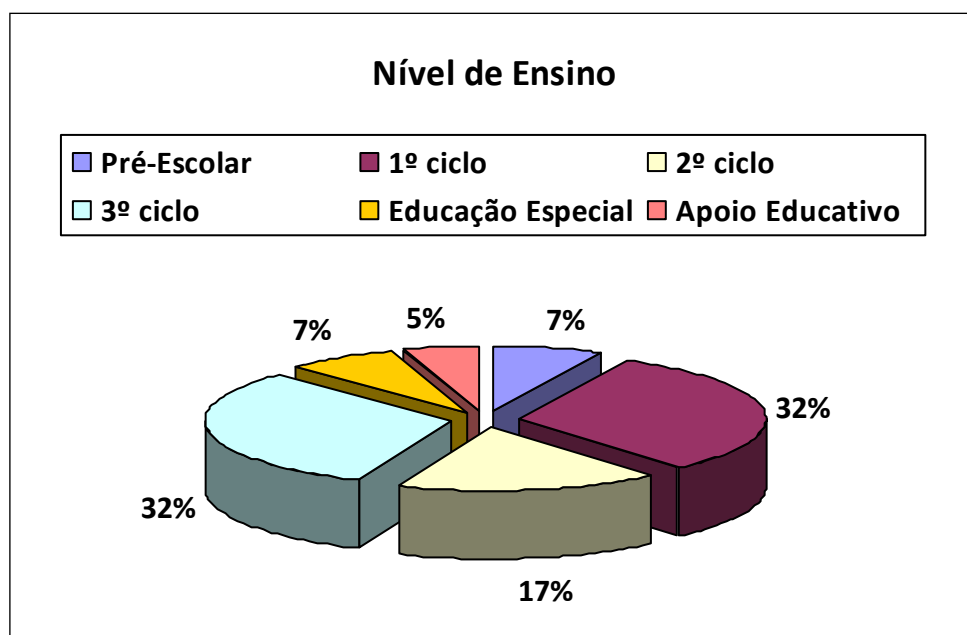
Os docentes com 11 a 15 anos de serviço são em maior número na amostra (28% - n= 12), de seguida com 22% (n=9) são os que têm mais de 25 anos. Os que têm menos de 5 anos (n=6), de 6 a 10 anos (n=6) e de 21 a 25 anos (n=6) correspondem cada a 15% da amostra, sendo que os docentes com o tempo de serviço entre os 16 e 20 anos representam 5% (n=2) da amostra.

Gráfico 7 – Situação Profissional da Amostra



Em termos de situação profissional, os docentes de quadro de escola equivalem a 41% (n=17) da amostra, sendo que os contratados representam 37% (n=15) e 10% (n=4) são os docentes de quadro de zona pedagógica. 12% (n=5) da amostra não respondeu.

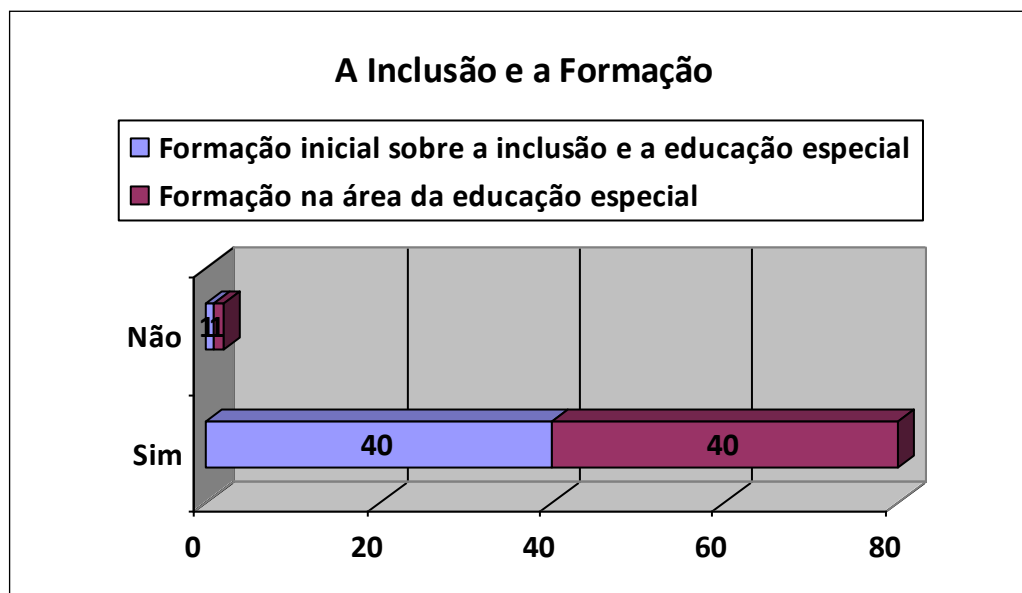
Gráfico 8 – Nível de Ensino que a Amostra leciona



O nível de ensino com maior predominância da amostra são docentes que lecionam o 1º e o 3º ciclo, cada um com 32% (n=13), contudo os de 2º ciclo (17% n=7) e 3º ciclo (32% n=13), abrangem muitas vezes os dois ciclos, sendo assim ultrapassam o 1º ciclo com 49% (n=20). O Pré-escolar tem uma representação de 7% (n=3) tal como a educação especial, o apoio educativo abrange 5% (n=2) da amostra.

Apresentação e Discussão de Resultados

Gráfico 9 – A inclusão e a formação

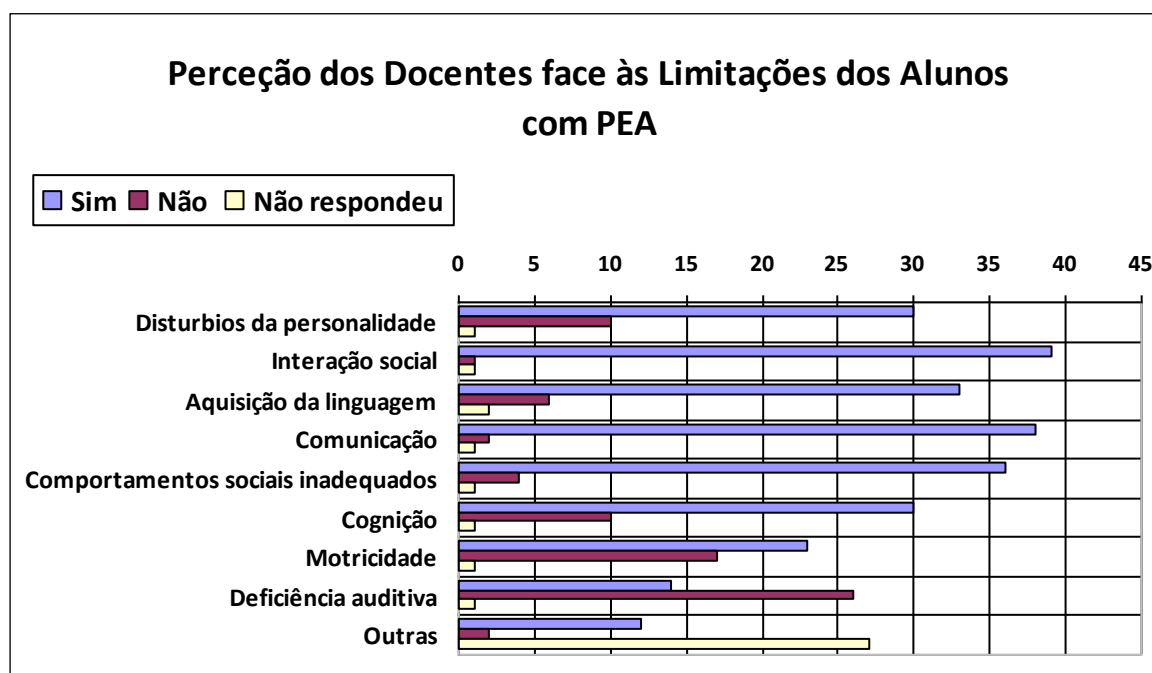


Todos os intervenientes, à exceção de um docente, consideraram importante a existência de formação sobre inclusão e educação especial na formação inicial, tal como consideraram importante ter formação nessa área.

Tabela 2 – Percepção dos Docentes face às Limitações dos Alunos com PEA

	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
Distúrbios da personalidade	30	10	1
Interação Social	39	1	1
Aquisição da linguagem	33	6	2
Comunicação	38	2	1
Comportamentos sociais inadequados	36	4	1
Cognição	30	10	1
Motricidade	23	17	1
Deficiência auditiva	14	26	1
Outras	12	2	27

Gráfico 10 – Percepção dos Docentes face às Limitações dos Alunos com PEA



Verificou-se que a maioria da amostra considerou que alunos com PEA têm limitações em todas as áreas referidas, à exceção da deficiência auditiva e de outras associadas.

Os distúrbios da personalidade, a interação social, a aquisição da linguagem, a comunicação, os comportamentos sociais inadequados e a cognição, foram as características significativas mais apontadas, ultrapassando todas $n > \text{ou} = 30$. Os docentes demonstraram algum conhecimento sobre as características dos alunos com PEA, na maioria são características mencionadas por diversos autores que apresentaram estudos sobre o Autismo.

Quanto aos comportamentos sociais inadequados, Telmo (1990) realça-nos para o facto de a criança poder fixar-se na luz ou num objeto ou brinquedo. Rutter cit. por Garcia e Rodriguez (1997), partilham da mesma opinião, referindo que pode haver uma vinculação obsessiva e exagerada por determinados objetos. Outro dos comportamentos inadequados são os comportamentos repetitivos e estereotipados, tal como nos refere Telmo (1990).

Em relação às dificuldades na interação social, segundo Rutter cit. por Garcia e Rodriguez (1997), estas podem pronunciar-se em diferentes formas: incompreensão de sinais socio emocionais, ausência de resposta às atitudes afetivas, dificuldade em

adaptar o comportamento ao contexto em que se encontra, podem ter rituais compulsivos, maneirismos motores estereotipados e repetitivos.

Sendo que a interação social passa pelo desenvolvimento do dia-a-dia, esta situação compromete o comportamento dos autistas, segundo Oliveira (2009) e Hewitt (2006), as crianças autistas são resistentes à mudança, desta forma as rotinas são indispensáveis para que se sintam seguras. Pereira (1996) fundamenta que as dificuldades ao nível da interação social se devem à falta de interesse que a criança autista tem pela interação social, quer com pessoas, quer com objetos.

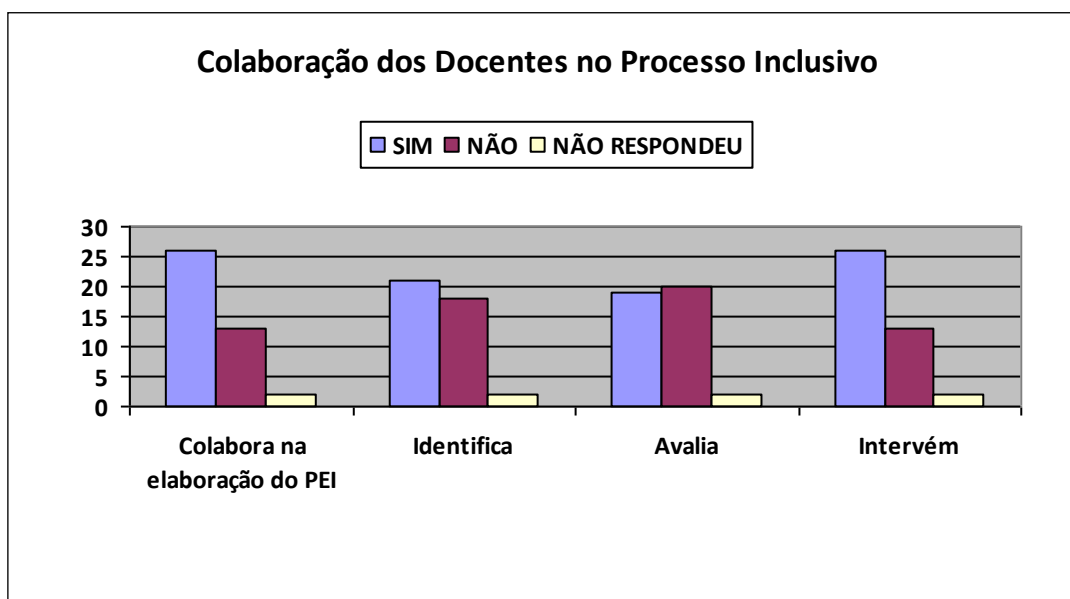
Garcia e Rodriguez (1997), defendem que na maioria dos casos, as crianças autistas apresentam um grande défice ao nível da linguagem. Pereira (1996) explica que na maior parte dos casos estas crianças nem chegam a desenvolver adequadamente a linguagem.

As referências às limitações ao nível cognitivo são refutadas por Pereira (1996) que, explica que por vezes as crianças autistas podem apresentar profundas alterações ou défices cognitivos, o que faz com que a criança permaneça alheia, distante e indiferente a tudo o que a rodeia. Também, Rutter cit. por Garcia e Rodriguez (1997) partilha dessa ideia e defende que existem funções cognitivas inativas ou danificadas.

Tabela 3 - Colaboração dos Docentes no Processo Inclusivo

	SIM	NÃO	NÃO respondeu
Colabora na elaboração do Programa Educativo Individual	26	13	2
Identifica as crianças/alunos com PEA	21	18	2
Avalia as crianças/alunos com PEA	19	20	2
Intervém junto das crianças/alunos com PEA	26	13	2

Gráfico 11 – Colaboração dos Docentes no Processo Inclusivo



Os docentes na sua maioria colaboram na elaboração do Programa Educativo Individual (n=26), na identificação de crianças/alunos com PEA (n=21) e intervém (n=26) junto dessas mesmas crianças. Quanto à avaliação desses alunos, só a minoria o faz (n=19).

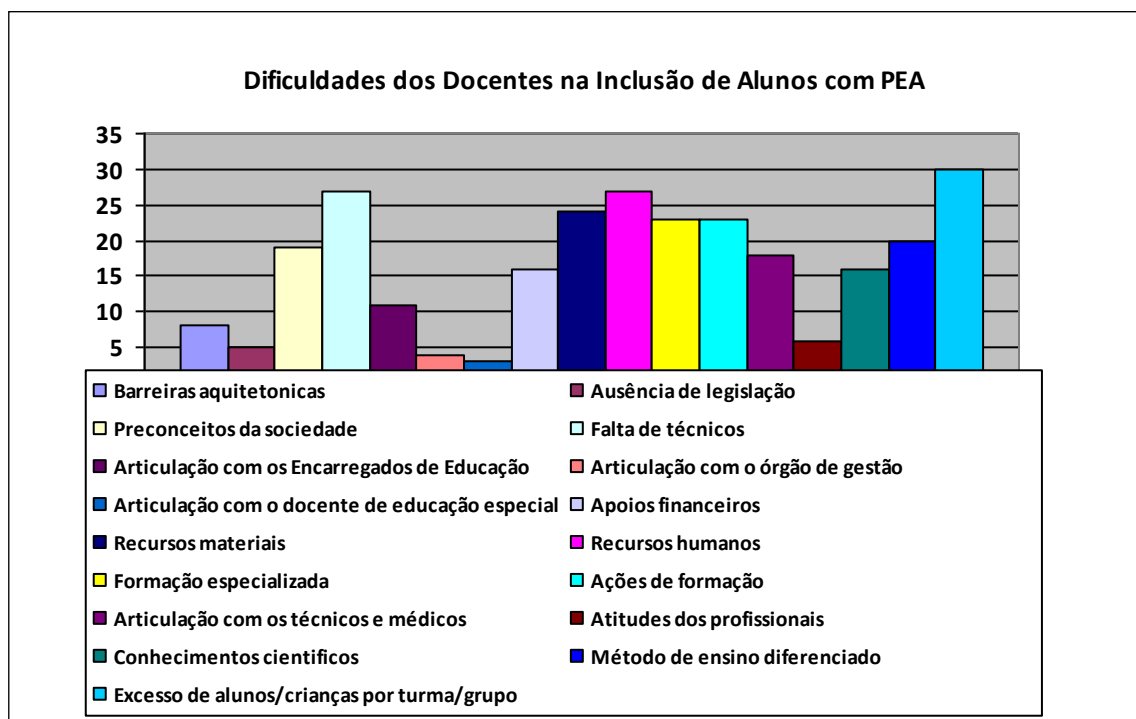
Considerando que a inclusão em todo o processo educativo se inicia com a identificação e avaliação destes alunos tal como promove o Decreto-lei 3/2008 de 7 de janeiro, poder-se-á afirmar que os princípios de organização e gestão da escola, tal como as medidas educativas a ter em conta neste processo e que estão consagradas neste Decreto-lei não estão a ser amplamente desconectadas de todo o processo inclusivo, visto que cerca de metade ou menos dos docentes não contribuem nestas etapas do processo inclusivo.

Tabela 4 - Dificuldades dos Docentes na Inclusão de Alunos com PEA

Barreiras Arquitetónicas	8
Ausência de legislação	5
Preconceitos da sociedade	19
Falta de técnicos (psicólogos, terapeutas...)	27
Articulação com os Encarregados de Educação	11
Articulação com o órgão de gestão	4

Articulação com o docente de Educação Especial	3
Apoios financeiros	16
Recursos materiais	24
Recursos humanos	27
Formação especializada	23
Ações de formação	23
Articulação com os técnicos e médicos	18
Atitudes dos profissionais	6
Conhecimentos científicos	16
Método de ensino diferenciado	20
Excesso de alunos/crianças por turma/grupo	30

Gráfico 12 - Dificuldades dos Docentes na Inclusão de Alunos com PEA



Na opinião dos docentes face ao processo de inclusão, a dificuldade mais evidente, foi o excesso de alunos por turma (n=30). Sabendo que ao longo dos anos a capacidade máxima de alunos por turma foi aumentando e apesar da redução de alunos por cada aluno com Necessidades Educativas Especiais, as turmas são cada vez mais

numerosas, o que dificulta a diferenciação e individualização do ensino que é necessário na inclusão.

Outras das dificuldades que os docentes sentem no processo de inclusão de alunos com PEA deve-se à falta de técnicos (n=27), à falta de materiais (n=24) e de recursos humanos (n=27), falta de formação especializada (n=23) e de ações de formação (n=23), tal como a necessidade de existir um método de ensino diferenciado (n=20).

Cruzando os dados entre o Gráfico 11 e o Gráfico 12, poderá dizer-se que a falta de colaboração nas etapas do processo inclusivo (identificação, avaliação e intervenção, tal como a elaboração do PEI) poderá dever-se à falta de conhecimentos na área e à falta da utilização de um método diferenciado, algo que é preconizado e ensinado na formação especializada.

A falta de recursos, quer seja materiais ou humanos e o crescente aumento do número de alunos por turma também poderá dificultar o processo inclusivo na medida em que as etapas serão colocadas em segundo plano, em especial a da área da intervenção.

Tabela 5 - Opinião dos Docentes face a Inclusão de Alunos com PEA no Agrupamento

	SIM	NÃO
O Agrupamento está preparado para receber alunos/crianças com PEA.	37	4
O Agrupamento tem recursos para encaminhar alunos/crianças com PEA.		
- 1º ciclo	34	7
- 2º ciclo	34	7
- 3º ciclo	33	8
- secundário	26	15
- para outras instituições via profissional	26	15
As necessidades da maioria dos alunos/crianças com PEA podem ser atendidas na sala do regular com o apoio da educação especial.	19	20
Os alunos/crianças com PEA prejudicam o desenvolvimento global/aquisições académicas das crianças sem PEA.	7	26

A Perceção dos Docentes sobre a Inclusão de Alunos com PEA

A inclusão de aluno/crianças com PEA no ensino regular deve ser considerada de acordo com as dificuldades que apresenta.	38	3
Os alunos/crianças com PEA devem frequentar apenas as Unidades de Ensino Estruturado (UEEA).	4	35
Tem dificuldade em organizar a turma/grupo no qual estão incluídos alunos/crianças com PEA.	24	12
A inclusão de alunos/crianças com PEA no regular beneficia o processo de ensino/aprendizagem dos mesmos.	29	5
A inclusão de alunos/crianças com PEA no regular desenvolve nos alunos/crianças sem PEA atitudes e valores positivos face à diferença.	39	0
Os alunos/crianças com PEA inseridos em salas do regular são mais estimulados.	32	3
Todos os alunos/crianças com PEA são portadores de deficiência mental.	3	38
Todos os alunos/crianças com PEA deverão seguir um Currículo Específico Individual (CEI).	15	23
Existe equipamento adequado à inclusão de alunos/crianças com PEA.	20	14
O tempo e a atenção requeridos pelos alunos/crianças com PEA prejudicam o desenvolvimento dos outros alunos.	19	17
Existem recursos materiais adequados nas salas do regular para o desenvolvimento de uma educação inclusiva de qualidade dos alunos/crianças com PEA.	9	29
Existe tecnologia adequada nas salas do regular para o desenvolvimento de uma educação inclusiva de qualidade dos alunos/crianças com PEA.	7	30
Existe na escola um docente de educação especial para contribuir para a inclusão dos alunos/crianças com PEA	37	2
É suficiente o apoio da educação especial para os alunos/crianças com PEA na sala do regular.	6	34
O docente de educação especial articula com sugestões de carácter pedagógico e metodológico.	35	1

A Percepção dos Docentes sobre a Inclusão de Alunos com PEA

O docente de educação especial avalia, em conjunto, com os docentes, as dificuldades, as capacidades e os progressos dos alunos/crianças com PEA.	38	0
É necessário a criação de mais UEEA para resposta a todos os alunos/crianças com PEA.	30	5
Os alunos/crianças com PEA deveriam frequentar escolas de educação especial.	6	30
Existe inclusão de alunos/crianças com PEA no regular.	34	5
As limitações dos alunos/crianças com PEA não os impede de ser bem-sucedidos na vida.	26	12

De acordo com as opiniões dos docentes face à inclusão dos alunos com PEA no Agrupamento, a maioria (37) dos docentes referiram que este Agrupamento reúne condições físicas à promoção da inclusão.

Quanto ao modo como a inclusão é desenvolvida, na sua opinião a maioria referiu que as necessidades dos alunos com PEA não podem ser apoiadas na sala do regular devido à falta de recursos humanos, fator evidente na dificuldade por parte do docente em organizar as atividades da turma na qual incluem alunos com PEA.

Para estes docentes a frequência dos alunos com PEA não deve ser exclusiva à Unidade de Apoio ao Ensino Estruturado (UAEE), mas sim articulando com a sala do regular com as devidas condições humanas e materiais, promovendo a aquisição de competências específicas de acordo com a problemática em estudo.

Foi evidente a opinião positiva sobre a frequência e a estimulação pessoal destes alunos no ensino regular com benefício do processo de ensino-aprendizagem dos mesmos. Esta frequência promove a par atitudes e valores positivos face à diferença com os pares na escola.

Os docentes referiram que a falta de recursos materiais e tecnologia adequada ao apoio dos alunos com PEA é uma limitação à sua aprendizagem, como a necessidade de continuar a criar Unidades de Apoio ao Ensino Estruturado para resposta aos alunos que vão transitando de ciclo (falta Unidade de 3º ciclo e os secundários não têm Unidades), dando lugar a novos alunos.

Em título de conclusão, os docentes referiram que são favorecedores à inclusão, mas é evidente a necessidade de mais docentes de Educação Especial com a finalidade

do acompanhamento diário e personalizado nas salas do regular e a necessidade de serem melhoradas as condições materiais, de articulação e formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história da humanidade foram diversas as atitudes assumidas pela sociedade para com as pessoas deficientes. Estas atitudes foram-se alterando ao longo dos tempos por influência de fatores sociais, económicos, políticos. *“Nos anos 90, o movimento em torno da escola para todos reforça a política da educação inclusiva, que reconhece os direitos à especificidade, a diferentes ritmos de aprendizagem e a atendimentos diferenciados”* (Veiga, Dias, Lopes, Silva, 2000. Pg. 23).

No início dessa década começam a conceber-se programas que garantam a educação básica para todos. Como é referido no corpo do trabalho, e de acordo com diferentes autores, as crianças autistas parecem viver num mundo que é só delas. Não estabelecem contacto emocional e visual com ninguém, nem mesmo com os pais. São crianças que não têm empatia para com os outros, que não reagem a estímulos, como as vozes maternas, nem a situações de humor. Sendo que *“todos os indivíduos com autismo são regularmente confrontados pela sua incapacidade natural para decifrar e para reagir adequadamente a diferentes situações sociais.”* (Hewwit, 2005, p.13).

Uma das principais áreas referidas na caracterização do autismo é o défice cognitivo, sendo uma das desvantagens dessas crianças em relação às outras crianças. Existe ainda a hipótese do autismo constituir-se num específico prejuízo do mecanismo cognitivo da representação da realidade. Também é reconhecida, tal como foi descrito anteriormente, a grande dificuldade que os autistas têm em exprimir sentimentos e emoções e a incapacidade que tem em reconhecer as emoções no rosto dos outros, uma falha constitucional envolvendo os afectos, uma ausência de coordenação sensorio – afectivo comprometendo as habilidades cognitivas e de linguagem.

Com base nas características autistas e no que poderá ser uma escola melhor podemos dizer que as crianças autistas podem frequentar as escolas chamadas regulares.

Os fatores que dificultam essa frequência é o facto de as causas específicas não estarem ainda identificadas e as múltiplas características que o autismo apresenta. Consideramos que o autismo é ainda uma página em aberto para todos os profissionais.

A educação inclusiva é por lei, o direito de todas as crianças, independentemente dos problemas ou deficiências que possuam, frequentarem as escolas da sua área – as mesmas escolas para onde iriam se não tivessem qualquer problema ou deficiência, ou seja as crianças com Necessidades Educativas Especiais,

aos olhos da educação inclusiva, frequentam o ensino juntamente com as crianças ditas normais, daí o termo inclusão e não integração. (Ministério da Educação, 1999. Pg 25).

“As escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas das crianças, adaptando-se aos seus vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a ser garantido um bom nível de educação para todos” (Veiga, Dias, Lopes, Silva, 2000. Pg. 26).

A educação de crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, no contexto de uma escola inclusiva, deve fazer parte de uma estratégia global de educação, não podendo desenvolver-se de forma isolada.

Deverá ser uma educação que incorpora os princípios já comprovados de uma pedagogia saudável, da qual todas as crianças podem beneficiar, assumindo que as diferenças humanas são normais e que a aprendizagem deve ser adaptada as necessidades da criança, em vez de esta ter de se adaptar as conceções pré determinadas relativamente ao ritmo e à natureza do processo educativo, (Veiga, Dias, Lopes e Silva, 2000. Pg. 26).

As crianças com autismo devem, tal como todas as crianças com Necessidades Educativas Especiais, frequentar as escolas inclusivas de modo a também elas se integrarem de modo saudável na escola e na sociedade.

Nesta perspetiva é importante recordar o que já foi dito anteriormente, que as escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas das crianças, adaptando-se aos seus vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a ser garantido um bom nível de educação para todos. Cabe a todas as Instituições e respetivos educadores / professores, ajudarem no processo de Inclusão, através de pedagogias diferenciadas e individualizadas.

De acordo com toda a bibliografia referida, que serviu de base a este trabalho e com base na metodologia aplicada com o objetivo de perceber a perceção dos docentes face à inclusão de alunos com PEA, verificamos que de acordo com a questão orientadora – “Perceber como se processa a inclusão dos alunos com Perturbação do Espectro do Autismo no Agrupamento de Escolas em Estudo” - ao nível do processo de inclusão dos alunos com PEA, os docentes contribuem nas várias etapas do processo inclusivo (identificação, avaliação e intervenção).

É na elaboração do PEI e na intervenção direta aos alunos com PEA, que metade dos docentes disse colaborar, mas no que consiste em identificar e avaliar esses mesmos alunos, mais de metade dos docentes da amostra referiu que não o faz, demonstrando

dificuldades ao nível dos conhecimentos científicos, na utilização de um método diferenciado, na falta de recursos humanos e materiais, o excesso de alunos. Estas dificuldades levam a dificuldades de gestão de atividades em sala de aula do regular, quando numa turma existe alunos com PEA.

Isto leva-nos a concluir que neste Agrupamento a Inclusão se processo a um ritmo lento e com bastantes adversidades. Compreendemos também que a falta de formação referida pelos docentes, poderá ser, juntamente com a falta de recursos e excesso de alunos, um dos maiores entraves a uma inclusão eficaz.

Segundo o Decreto-Lei 3/2008 (Educação, 2008. p. 154) *“a educação inclusiva visa a equidade educativa... quer no acesso quer nos resultados. No quadro da equidade educativa, o sistema e as práticas educativas devem assegurar a gestão da diversidade da qual decorrem diferentes tipos de estratégias que permitam responder às necessidades educativas dos alunos. Deste modo, a escola inclusiva pressupõe individualização e personalização das estratégias educativas, enquanto método de prossecução”*. Será este o espelho do País? Seria interessante e pertinente um estudo nacional para se compreender como funcionam outras escolas do País. Poder-se-ia começar pelas escolas de Lisboa e depois ir abrangendo cidade a cidade.

Se assim fosse possível poderíamos retirar as dificuldades globais dos docentes e as suas opiniões face a esta temática de estudo tão importante para o sucesso escolar e funcional dos alunos com PEA – uma inclusão eficaz.

“Em cada jardim, cada planta cresce o que a semente programa, mas também é verdade que ela cresce o que pode, ou seja, o que a deixam crescer”.

(Gomes -Pedro, 1995, p.3)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, C. M. P. (2005). *Inclusão e mercado de trabalho: papel da escola na transição para a vida adulta de alunos com NEE*. *Saber (e) Educar*, 10, 53-66. Recuperado em 05 de Outubro, 2013 de http://repositorio.esepf.pt/bistream/handle/10000/26/SeE10_InclusaoCarlosAfonso.pdf?sequence=1

AINSCOW, M. e FERREIRA, W. (2003). *Compreendendo a Educação Inclusiva. Algumas Reflexões sobre Experiências Internacionais*. In D. Rodrigues (Org.). *Perspectivas Sobre a Inclusão – Da Educação à Sociedade (1ª edição)*. Porto: Porto Editora.

AINSCOW, M. (2000). *The next step for special education: supporting the development of inclusive practices*. *British Journal of Special Education*, 27 (2), 76-80.

AINSCOW, M., PORTER, G. e WANG, M. (1997). *Caminhos para as escolas inclusivas*. Lisboa: Instituto Inovação Educacional.

ALMEIDA, S. L. e FREIRE, T. (2008). *Metodologias da Investigação em Psicologia e Educação (5.ª edição)*. Braga: Psiquilíbrios Edições

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders*. 4 edition. Text Revision. Washington. DC American Psychiatric Association. Edição Portuguesa: *DSM – IV – TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed. Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores. 2002.

ARTIGAS-PALLARÉS J., e PAULA, I. (2012). *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 32 (115), 567-587.

ASSUMPCÃO Jr, F., e PIMENTEL, A. (2000). *Autismo infantil*. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 22 (Supl I), 37-9.

BAIRRÃO, J. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais: subsídios para o sistema de educação*. Edição do Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação.

BARBOSA, L. (2006). *A escola sensível e transformacionista – uma organização educativa para o futuro*. Coleção análise da ação educativa. Edições Cosmos.

BAUTISTA, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro

BÉNARD da COSTA, A. M. (2006). *Currículo Funcional no Contexto da Educação Inclusiva*. Recuperado em 20 de Abril de 2014, de http://redeinclusao.web.ua.pt/files/fl_46.pdf

BELL, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Editora Gradiva.

BOGDAN, R.; BLIKEN, S. (1994) *A Investigação qualitativa em Educação*. Lisboa: Porto Editora.

BOOTH, T., AINSCOW, M., BLACK-HAWKINS, K., VAUGHAN, M. e SHAW, L. (2000). *Índex for inclusion: developing learning and participation in schools*. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education.

BOSA, C. (2006). *Autismo: Intervenções Psicoeducacionais*. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28 (Supl I), 47-53, Instituto de Psicologia. UFRGS Ramiro Barcelos. Brasil

BRITO M. & Rodrigues D. (2006). *Educação Inclusiva e desenvolvimento profissional dos professores: dos discursos às práticas*. In *Investigação em educação inclusiva: Vol. 1*, p. 181-198

CARDOSO, C., e FERNANDES, F. D. M. (2006). *Relação entre os aspectos sócio-cognitivos e perfil funcional de comunicação em um grupo de adolescentes do espectro autístico*. *Pró-Fono Revista de Actualização Científica*, 18 (1), 89-98.

CARMO, H.; FERREIRA, M. (1988). *Metodologia da Investigação- Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

CARTA de LUXEMBURGO, (1996).

COHEN, L; MANION, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: Editorial La Muralla, S.A.

CORREIA, L., (2003). *Educação Especial e Inclusão – Quem Disse Que Uma Sobrevive Sem a Outra Não Está no Seu Perfeito Juízo*. Porto. Coleção Educação Especial: Porto Editora.

CUTLER, B. e ROCCA, J. (2000). *Today'S Criteria Inclusion of Student With Autism./ PPD in Natural Commuties*. NY

DECLARAÇÃO de MADRID, (2002)

DEFENSE, D., e FERNANDES, F. (2010). Perfil funcional de comunicação e desempenho sócio-cognitivo de adolescentes autistas institucionalizados. *Revista CEFAC*, 13 (6), 977-985. ISSN 1982-0216.

EDUCAÇÃO, Ministério (2008). *Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro*. Diário da República, 1.ª Série, n.º 4, 154-164

EDUCAÇÃO, Ministério (1999). *Uma educação inclusiva a partir da escola que temos*. Edição do Conselho Nacional de Educação.

EDUCAÇÃO, Conselho Nacional (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais*.

ELLIOT, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Ediciones Murata, S.A.

ESTRELA, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes – uma estratégia de formação de professores*. Porto: Porto Editora.

FERNANDES, F. (1994). *A questão da linguagem em Autismo Infantil: uma revisão crítica da literatura*. *Revista Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência*, 2 (3), 5-10.

FODDY, W. (1996). *Como perguntar teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

FORTIN, M. (2003). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

FORTIN, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lisboa: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

FRITH, U (2003) *Autism: explaining the enigma (2ª edição)*. Oxford: Blackwell

FRITH, U. (1989). *Autismo: Hacia una explicación del enigma. Psicología. 2.ª edición. Madrid: Alinza Editorial.*

FRANCO, M. e outros (2003). *Domínio da Comunicação, Linguagem e Fala – Perturbações Específicas de Linguagem em contexto escolar*. Lisboa. Ministério da Educação.

GADIA, C., TUCHMAN, R., e ROTTA, N. (2004). *Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento*. *Jornal de Pediatria*, 80, (2), 83-94.

GARCIA, T. B., e RODRÍGUEZ, C. M. (1997). *A criança autista*. In Bautista, R. (Coord.) *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

GOMES, C. e MENDES, E. (2010). *Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de belo horizonte*. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16 (3), 375-396.

GOMES-PEDRO, J. (1995). *Bebé XXI: Criança e Família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

HEWITT, S. (2005). *Compreender o Autismo – Estratégias para alunos com Autismo nas Escolas Regulares*. Porto Editora.

HOHMANN, M.; WEIKART, D. (2003). *Educar a criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

JIMÉNEZ, R. B. (1997). *Educação Especial e Reforma Educativa*. In R. Bautista (Org.). *Necessidades Educativas Especiais (1.ª edição)*. Lisboa: Dinalivro

JIMÉNEZ, R. B. (1997). *Uma Escola para Todos: A Integração Escolar*. In R. Bautista (Org.). *Necessidades Educativas Especiais* (1.^a edição). Lisboa: Dinalivro

JORDAN, R. (2005). *Managing Autism and Asperger's syndrome in current educational provision*. *Pediatric Rehabilitation*, 8, 104-112

JORDAN, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Ministério da Educação – Instituto de Inovação Educacional.

JORDAN, R. e POWELL, S. (1995) *Understanding and teaching children with autism*. Chichester: John Wiley.

KIRK, S. e GALLAGHER, J. (2000). *Educação da criança excepcionais*. São Paulo: Martins Fontes.

KLIN, A. (2006). *Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl. 1), 3-11.

KLIN, A., CHAWARSKA, K., RUBIN, E., e VOLKMAR, F. (2006). *Avaliação clínica de crianças com risco de autismo*. *Educação*, 29 (58), 255 - 297.

LAMPREIA, C. (2003). *Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica*. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 57-65.

LEITÃO, F. (2006). *Aprendizagem cooperativa e Inclusão*. Cacém

LEITÃO, L. (2004). *Relações terapêuticas: um estudo exploratório sobre Equitação Psico-Educacional (EPE) e autismo*. *Análise Psicológica*, 2 (22), 335-354.

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

LIMA, C. *Perturbações do Espectro do Autismo. Manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel.

MARQUES, T. (2002). *Autismo: que intervenção?* Cidade Solitária.

MATTA, I. (2001). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Lisboa. Universidade Aberta.

MOTA, M. (2008). *Avaliação da maturação percepto-cognitiva e do comportamento motor em crianças com transtorno autista: indicações ao trabalho do educador*. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (reid), 1, 71-98. ISSN: 1989-2446.

NIZA, S. (1996). Necessidades especiais de educação: da exclusão à inclusão na escola comum. *Inovação*, 9,139-149

OLIVEIRA, I. (2009). *Tudo isto porque Ser Autista é, sem dúvida, apenas mais uma forma de ser....* Faculdade de Motricidade Humana.

ORTIZ, F. (2005). Autismo. *Gaceta médica de México*. Vol. 141, nº. 2, pp. 143-147. ISSN 0016-3813.

OZONOFF S., MILLER, J. (1995). *Teaching theory of mind: a new approach to social skills training for individuals with autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders. 25(4), pp. 415-433. Read Abstract (New Window)

OZONOFF, S., ROGERS, S. J. e HENDREN, R. L. (2003). *Perturbações do espectro do autismo: perspectivas de investigação actual*. Lisboa: Climepsi.

PEETERS, T. e GILLBERG, C. (1999) *Autism: medical and educational aspects*. London: Whurr

PEETERS, T. (1997) *Autism: from Theoretical Understanding to Educational Intervention* London, Whurr publishers

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

PEREIRA, E. G. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

QUIVY, R. e CAMPENHOUD, L. V. (1988). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

RIVERA, F. (2007). *Breve revisión histórica del autismo*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria, 27 (100), 333-353. ISSN 0211-5735.

RODRIGUES, D. (2006). *Investigação em Educação Inclusiva*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

RODRIGUES, D. (2006). *Inclusão e Educação: doze olhares sobre a Educação Inclusiva*. São Paulo. Summus Editorial.

RODRIGUES, D. (2003). *Educação Inclusiva – As boas notícias e as más notícias*. In D. Rodrigues (Org.). *Perspectivas Sobre a Inclusão – da Educação à Sociedade* (1.^a edição). Porto: Porto Editora.

RODRIGUES, D. (2003). *Educação e Diferença, Valores e Práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora.

ROLDÃO, M. C. (1999). *Os professores e a Gestão do Currículo Perspectivas e Práticas em Análise*. Porto: Porto Editora.

ROSSI, C. (2007) *Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH*. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 27 (4), 173-186.

RUTTER, M. (1984). *Infantile autism*. In D. Shaffer, A. Erhardt & L. Greenhill (Orgs.), *A clinician's guide to child psychiatry* (pp. 48-78). New York: Free-Press

SANCHES, I. e TEODORO, A. (2006). *Da Integração À Inclusão Escolar: cruzando perspectivas e conceitos*. Revista Lusófona de Educação, 8, 63-83.

SANTOS, I. e SOUSA, P. (sd). *Como Intervir na Perturbação Autista*. Psicologia.com. O portal dos Psicólogos.

SCHWARTZMAN JS. (1995). *Neurobiologia do autismo infantil*. In: Schwartzman JS, Assumpção Jr FB, organizadores. *Autismo infantil*. São Paulo: Memnon Editora.

SILVA, M., e MULICK, J. (2009). *Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas*. Psicologia, Ciência e Profissão, 29 (1), 116-131.

- Sil, V. (2004). *Alunos em situação de insucesso escolar*. Lisboa: Instituto Piaget.
- SILVA, M. (2008). *Inclusão e Formação Docente*. Ecos – Revista Científica. V.10, n.º 2, p. 479-498, julho/dezembro. São Paulo.
- SPODEK, B. (2002). *Manual de investigação em educação de infância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- SPRINTHALL, A. N., SPRINTHALL, R. C. (1993) *Psicologia educacional: uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Editora Mcgraw-Hill.
- TELMO, I. (1990). *A Integração das Crianças com Autismo nos Estabelecimentos de Ensino Regular: realidade ou mito?*. In Educação Especial e Reabilitação. Vol. 1, n.º 3 (Jun. 1990), p. 41-45.
- TUCKMAN, B.W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- VASCONCELOS, T. (1997). *Educação Pré-Escolar e os Cuidados para a Infância em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação. Departamento da Educação Básica.
- VASCONCELOS, T. (2004). *Manual de desenvolvimento curricular para a educação de infância*. Educação de Hoje. Lisboa: Texto Editora.
- WALTER, C. (2000). *Os efeitos da adaptação do PECS associada ao curriculum funcional natural em pessoas com autismo infantil*. Dissertação de mestrado. Universidade federal de São Carlos, S. Carlos.
- WING, L., (1996) *The Autistic Spectrum: a guide for parents and professionals*. London: Constable.
- WING, L. (1988). *THE Continuum autistic disorders*. In E. Schopler e G. M. Mesihov (Eds.), *Diagnosis and As*
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision (CID-10) Disponível em URL: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca. *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade*. Paris. UNESCO

VEIGA, L.; DIAS, H.; LOPES, A.; SILVA, N. (2000). *Crianças com necessidades educativas especiais – ideias sobre conceitos de ciências*. Plátano edições técnicas.