

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI

Mestrado na Área das Ciências da Educação – Especialização em Educação
Especial

**PERTURBAÇÃO DO ESPETRO
DO AUTISMO: SINAIS DE ALERTA
E ESTRATÉGIAS**

MESTRANDA: JOANA MARIA SOUSA SILVA OLIVEIRA

ORIENTADORA: DOUTORA ANA MARIA PAULA MARQUES GOMES

PORTO 2015

**PERTURBAÇÃO DO ESPETRO
DO AUTISMO: SINAIS DE ALERTA
E ESTRATÉGIAS**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO MESTRADO NA ÁREA DAS
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – ESPECIALIZAÇÃO EM
EDUCAÇÃO ESPECIAL, CONFERIDO PELA ESCOLA
SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI.**

EPÍGRAFE

[...] Quantos milhares de crianças autistas não diagnosticadas antes dos seis anos e condenadas a uma prisão de silêncio para o resto da vida existem?

Schovanec (2012, p.10).

AGRADECIMENTOS

Agradeço imenso há minha orientadora Doutora Ana Gomes por tudo que me ensinou e pela sua amizade.

Um grande agradecimento por toda a disponibilidade e orientação prestada, pelo apoio e compreensão que sempre manifestou, por nunca me deixar desistir nos piores momentos, vai para a minha querida professora Doutora Ana Márcia Serra.

Aos meus pais, e ao Mário Jorge pelo apoio disponibilizado às crianças para que a mãe pudesse estudar.

Aos meus filhos, Maria Eduarda e Lucas, pela paciência, compreensão e ternura sempre manifestadas, apesar da minha impaciência.

RESUMO

O tema escolhido para esta investigação foca-se no Autismo. A experiência profissional relacionada com o desconhecimento das estratégias utilizadas na sala de jardim-de-infância com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) levantou grande interesse em aprofundar esta temática.

Dado que os Educadores de Infância são dos primeiros intervenientes no processo educativo, procura-se saber com este estudo se as (os) educadoras (es) de infância identificam sinais de alerta no desenvolvimento das crianças em geral; perceber quais os sinais de alerta, associados à PEA, que as (os) educadoras (es) identificam; e identificar quais as estratégias utilizadas pelas (os) educadoras (es), com as crianças que apresentam comportamentos associados/próximos à PEA.

Ao longo da realização deste trabalho, e com base nas leituras para o enquadramento teórico, vários autores referiram a importância da eleição das competências sociais nestas crianças.

Com base na análise dos questionários realizados no âmbito deste estudo pode-se afirmar que os resultados da investigação revelam que muitos educadores se mostram empenhados no apoio aos alunos com PEA. De acordo com os inquiridos e com os investigadores estudados na revisão da literatura é possível afirmar que os educadores podem identificar sinais de alerta no desenvolvimento das crianças em geral, bem como nas crianças com PEA. Temos também de conhecer algumas das estratégias possíveis de utilizar no jardim-de-infância com crianças com PEA.

Palavras-chave: Autismo, PEA, Sinais de alerta, Estratégias.

ABSTRACT

The theme chosen for this investigation focuses on Autism. Professional experience related to the ignorance of the strategies used in the living room nursery with children with Autism Spectrum Disorder (PEA) has raised great interest in deepening this issue.

Given that the kindergartners are stakeholders in the educational process, seeks to know with this study as (the) educators (es) of childhood identify warning signs in the development of children in general; to apprehend what are the warning signs associated with the PEA, that (the) educators (es) identify and identify what are the strategies used by (the) educators (es), with children who exhibit behaviors associated with/close to PEA.

Throughout this study, through readings, several authors have pointed out the importance of the election of social skills in these children.

Based on the analysis of the questionnaires carried out within the framework of the study it can be affirmed that the results of the investigation show that many educators are engaged in supporting students with PEA. According to the respondents and researchers studied in the literature review, it is possible to affirm that educators can identify warning signs in the development of children in General, as well as in children with PEA. We also need to meet some of the possible strategies used in kindergarten with children with PEA.

Keywords: Autism, PEA, warning signs, strategies.

ABREVIATURAS

ABBA- Applied Behavioural Analysis, Análise Comportamental Aplicada

APA- American Psychiatric Association

DSM-V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

NEE- Necessidades Educativas Especiais

PEA- Perturbação do Espectro de Autismo

PEI- Plano Educativo Individual

TEACCH- Treatment and Education of Austictic and Related Communications
handicapped Children

ÍNDICE

Introdução	12
I - Enquadramento teórico	15
1. Perspetiva Histórica do Conceito de Perturbação do Especto do Autismo.....	15
2. Conceito de Perturbação do espectro do autismo (PEA).....	17
3. Evolução da etiologia da PEA	19
3.1. Teorias Psicogenéticas.....	19
3.2. Teorias Biológicas	20
3.3. Teorias Psicológicas.....	20
4. Etapas do desenvolvimento das crianças em geral	21
4.1. Crescimento Biológico e Desenvolvimento Físico	21
4.2. Desenvolvimento Psicossocial.....	23
4.3. Desenvolvimento Cognitivo	25
5. Características da criança com Perturbação do Espectro do Autismo.	28
6. Estratégias de Intervenção Pedagógica Precoce	30
6.1. Modelos de intervenção de natureza psicanalítica	32
6.2. Modelo de intervenção de natureza construtivista e desenvolvimentista	33
6.3. Modelo de intervenção de natureza comportamental.....	34
6.4. Modelo de intervenção de natureza cognitivo- comportamental.....	35
6.4.1. Programa Portage	37
6.4.2. Modelo Teacch	38
6.4.3. Modelo DIR – Floortime.....	41
6.4.4. Modelo Son-Rise	42
6.4.5. Modelo ABA (Applied Behavior Analysis)	42
6.4.6. Modelo PECS (<i>Picture Exchange communication System</i>).....	43

7. A importância de uma Intervenção Pedagógica Precoce.....	44
7.1. Perspetiva Histórica da Intervenção Precoce	44
7.2. Intervenção Precoce em Portugal.....	44
7.3 Conceito de Intervenção Precoce.....	45
II - Procedimentos Metodológicos.....	50
1. Tema do Projeto de investigação	50
2. Natureza e desenvolvimento da Investigação	50
3. Questão de partida.....	51
4. Esquema geral da Investigação	51
5. Técnicas e Instrumentos de recolha de dados	53
6. Grupos de estudo.....	55
III- Análise E RESULTADOS da investigação	57
1. Resultados e análise descritiva dos dados sociométricos.....	57
2. Resultados e análise descritiva dos dados das preocupações dos educadores	63
3. Resultados e análise descritiva dos dados das questões abertas	71
IV - Considerações Finais.....	76
V - Referências Bibliográficas.....	79
Anexos.....	84

Índice de Quadros

Quadro 1. Estádios de desenvolvimento do eu - Eric Erikson (Stanhope e Lancaster,1999).....	24
Quadro 2. Estádios de desenvolvimento cognitivo - Jean Piaget (Stanhope e Lancaster, 1999).....	27
Quadro 3 - Desenho Geral da Investigação (Adaptado de Torres González, 2003).....	53

Índice de Gráficos

Gráfico I – Percentagem de Educadores de Infância quanto ao género.....	57
Gráfico II – Percentagem da Faixa Etária dos Educadores de Infância.....	58
Gráfico III – Percentagem das Habilitações Literárias dos Educadores de Infância.....	59
Gráfico IV – Percentagem do Tempo de Serviço dos Profissionais.....	59
Gráfico V – Percentagem do Tipo de Instituição dos Profissionais.....	60
Gráfico VI – Percentagem de Profissionais que tiveram ou não alunos com N.E.E.....	61
Gráfico VII – Percentagem de Tipos de N.E.E. que os Educadores de Infância já tiveram.....	62
Gráfico VIII – Percentagem de Alunos com P.E.A.....	63
Gráfico IX – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças até 1 ano.....	64
Gráfico X – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 1 e os 2 anos.....	65

Gráfico XI – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 2 e os 3 anos.....	66
Gráfico XII – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 3 e os 4 anos.....	67
Gráfico XIII – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 4 e os 5 anos.....	68
Gráfico XIV – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 5 e os 6 anos.....	69
Gráfico XV – Percentagem de como definiram os respondentes ao conceito de PEA.....	71
Gráfico XVI – Percentagem de como definiram os Comportamentos Típicos de uma Criança com PEA no Pré-Escolar.....	72
Gráfico XVII – Percentagem de Educadores que identificaram Modelos de Intervenção para crianças com PEA.....	73
Gráfico XVIII – Percentagem de Educadores que identificaram Estratégias a utilizar com crianças com PEA.....	74
Gráfico XIX – Percentagem de Educadores que identificaram Dificuldades na relação com alunos com PEA.....	75

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, constitui a dissertação inserida no Mestrado na Área das Ciências da Educação – Especialização em Educação Especial da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.

A educação é um desafio para qualquer ser humano que interaja com uma criança. Ao iniciar a vida profissional, qualquer educador entra em contato direto com uma grande diversidade de crianças, o que o faz pensar se intervém da melhor forma com todas elas.

Todavia, um dos maiores prazeres que se retira no contato com as crianças são as suas curiosas respostas às solicitações dos adultos. Surgem diferenças significativas quando estas não nos respondem da forma que estávamos à espera e perguntamo-nos se na realidade nós é que não percebemos o que elas nos querem transmitir. Contudo, existem crianças que apresentam alterações significativas no seu desenvolvimento e que vão exigir do adulto uma atenção redobrada. Nestes casos, surge a necessidade de conhecer melhor estas crianças que se expressam de modo diferente e surge uma grande ansiedade em lhes responder adequadamente, entrando no mundo delas. Este grupo alargado de crianças suscita-nos uma grande curiosidade, um mundo que nos parece tão complexo, o da criança com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

A educação de uma criança autista é um desafio enorme que se coloca aos pais e ao educador, levando-os a questionarem-se acerca dos seus métodos de trabalho, das suas estratégias, dos recursos e dos conhecimentos de que se dispõe. É uma tarefa extremamente exigente em termos emocionais e profissionais e que supõe um trabalho de parceria, envolvendo a família e um leque alargado de profissionais, uma equipa transdisciplinar, para que seja levada a cabo, com um rigor processual, permitindo assim um desenvolvimento global e harmonioso de todas as potencialidades da criança. Do nosso ponto de vista, quanto mais precoce for iniciado este trabalho com as crianças melhor.

Esta problemática, que vem sendo estudada há mais de meio século, e que – foi descrita inicialmente nos anos 40 por Leo Kanner e Hans Asperger – constitui, ainda hoje, uma fonte de angústia e perplexidade para os pais e professores destas

crianças, que apresentam um perfil diferente de desenvolvimento e níveis de realização também diferentes da maioria das crianças da sua faixa etária. As crianças com esta problemática revelam alterações significativas com défices extremos ao nível da interação social mútua, da comunicação verbal e não-verbal e das atividades lúdicas e imaginativas e, concomitantemente, algumas apresentam níveis de realização extraordinários em áreas específicas. Acrescentando a tudo isto, o diagnóstico por vezes ainda é feito tardiamente.

As investigações mais recentes da psicologia (Santos, 2013) permitiram, através da identificação dos fatores e/ou características específicas destas crianças determinar quais as condicionantes da aprendizagem – défices ao nível da atenção, sequencialização, memorização, processamento sensorial e resolução de problemas – possibilitando assim, adequar as estratégias de intervenção a utilizar com alunos autistas, minorando, desta maneira, os comprometimentos inerentes a esses défices.

A nossa principal preocupação é a de perceber se a intervenção junto das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo no jardim-de-infância, acontece o mais precoce possível.

Desta forma, será pertinente formular a seguinte questão:

- Até que ponto os educadores conseguem percecionar/identificar comportamentos precoces associados/próximos da Perturbação do Espectro do Autismo?

Para conseguirmos obter resposta a esta indagação, consideramos fundamental definir e clarificar os objetivos da investigação. Assim pretendemos:

- Saber se as (os) educadoras (es) de infância identificam sinais de alerta no que se refere ao desenvolvimento das crianças em geral;

- Percecionar quais os sinais de alerta, associados à Perturbação do Espectro do Autismo, que as (os) educadoras (es) mais identificam;

- Identificar quais as estratégias utilizadas pelas (os) educadoras (es), no contexto de jardim de Infância, com as crianças que apresentam comportamentos associados/próximos à Perturbação do Espectro do Autismo.

Assim, numa fase inicial deste trabalho tentaremos estruturar o enquadramento teórico, desde uma perspetiva histórica do conceito de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), a descrição do próprio conceito de PEA face à nova categorização do DSM-V, da evolução da etiologia da PEA, as etapas do desenvolvimento em geral das crianças, as características principais da criança com PEA, as estratégias de

intervenção pedagógica precoce e a importância dessa mesma intervenção. Definiremos ainda o desenho de toda a investigação, o tipo de metodologia e os procedimentos adotados para uma investigação empírica, através da utilização de inquéritos, a um grupo de educadores de infância da área de Gondomar, Valongo, Porto e Ermesinde, as considerações finais e as referências bibliográficas.

Com este estudo pretendemos chamar mais uma vez a atenção de todos quantos o lerem, para olharmos a diferença como algo único e que devemos tirar o melhor partido das capacidades que cada criança possuiu independentemente dos seus *handicaps*.

Como refere Schovanec (2014:pág.27), “o problema é que, nas classes mais novas, somos avaliados [muitas vezes] pelas aptidões consideradas mais difíceis, [principalmente] para as pessoas com autismo”.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PERSPETIVA HISTÓRICA DO CONCEITO DE PERTURBAÇÃO DO ESPECTO DO AUTISMO

Etimologicamente, a palavra autismo deriva da palavra grega autos (si mesmo) e de ismo, que traduz um estado ou orientação. Segundo Correia (2014:p.29), “(...) o autismo é uma orientação para o eu, ou seja, a condição ou estado de alguém que aparenta estar invulgarmente absorvido em si próprio”.

Foi na viragem do século XVIII para o século XIX, que se regista a primeira experiência de uma criança com autismo. O aparecimento de um menino com hábitos selvagens nas florestas do Sul de França, que despertou imenso interesse entre filósofos, cientistas e cidadãos comuns. Sobre aquele que receberia o nome de Victor, no ano de 1800, autoridades do Departamento do Aveyron informaram Paris que havia sido encontrado, nas florestas de La Caune, um menino nu, aparentando ter de 12 a 15 anos, mudo e que parecia surdo. Não fazia mais do que emitir grunhidos e sons estranhos, não reagia às interpelações nem a fortes ruídos, cheirava tudo que levava às mãos. Itard, médico no Instituto Nacional de Surdos Mudos, ao examinar o menino, defendeu com convicção a ideia de educá-lo e de (re) integrá-lo na sociedade. Presumiu que o estranho estado em que se encontrava o menino devia-se à privação do contato social. Assim sendo, Itard encarregou-se, diretamente, da sua educação moral e intelectual com o propósito de torná-lo apto ao convívio em sociedade.

Com a constituição do campo da psiquiatria e psicanálise infantil, Victor e seu mestre passam a ser objeto de interesse de representantes desta área.

Na literatura psiquiátrica, o termo autismo foi utilizado pela primeira vez em 1911, por Eugen Bleuler, para descrever um sintoma de esquizofrenia infantil, para nomear os quadros em que a comunicação estava ausente. Designava autismo, o desligamento da realidade, combinado com a predominância relativa ou absoluta da vida interior.

No entanto, só trinta anos mais tarde, com o psiquiatra infantil Léo Kanner, dos Estados Unidos, em 1943, é que se associa a psicose infantil, a partir de sua definição da Síndrome Autística. Ele descreve o quadro de “autismo infantil precoce” termo emprestado do suíço Bleuler e aponta Itard como um precursor desse domínio de investigação (Santos e Santos, 2012).

O termo autismo passou assim a designar uma entidade nosológica precisa, não uma manifestação sintomática, como até então acontecia, devendo pois ser esse o significado que lhe é atribuído sempre que for utilizado.

Posteriormente dá o nome à síndrome, num artigo intitulado Autismo Infantil Precoce (1944).

Kanner reconhece que a pessoa com autismo isola-se por ser incapaz de aceder a um mundo que não consegue compreender e por isso se lhe torna inacessível (Filipe, 2012:p.16). Notou também uma insistência na repetição, alterações importantes na fala e aparência atraente.

Deduziu que o autismo tratava-se de algo inato, uma vez que as crianças com essas características mostravam sinais de perturbação muito antes das crianças com esquizofrenia.

No mesmo ano, Hans Asperger, pediatra austríaco fez uma tese de doutoramento denominada “Psicopatia Autística na Infância”, em que falava de um comportamento social desapropriado e imaturo, interesses circunscritos por assuntos muito específicos, boa gramática e vocabulário, mas ausência de diálogo, má coordenação motora, capacidade cognitiva limiar, dificuldades de aprendizagem específicas e falta de senso comum.

Apesar de pertencerem a gerações diferentes, Hans Asperger e Leo Kanner, ambos austríacos, descreveram dois grupos de crianças com perturbações idênticas, que atribuíram a designação de autismo ou perturbação autística, não esquecendo que a influência de Bleuler justifica a coincidência dessa designação. (Filipe, 2012: p. 17).

2. CONCEITO DE PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO (PEA)

É fundamental clarificar o conceito de PEA, assim, segundo a National Society for Autistic Children e a Organização Mundial de Saúde (citado por Gauderer 1997):

Autismo é uma síndrome presente desde o nascimento e se manifesta invariavelmente antes dos 30 meses de idade. Caracteriza-se por respostas anormais a estímulos auditivos ou visuais, e por problemas graves quanto à compreensão da linguagem falada. A fala custa a aparecer, e, quando isso acontece, nota-se ecolalia, uso inadequado dos pronomes, estrutura gramatical imatura, incapacidade de usar termos abstratos. Há também, em geral, uma incapacidade na utilização social, tanto da linguagem verbal como da corpórea. Ocorrem problemas muito graves de relacionamento social antes dos cinco anos de idade, como incapacidade de desenvolver contacto olho a olho, ligação social e jogos em grupos. O comportamento é usualmente ritualístico e pode incluir rotinas de vida normais, resistência a mudanças, ligação a objetos estranhos, e um padrão de brincar estereotipado. A capacidade para pensamento abstrato-simbólico ou para jogos imaginativos fica diminuída. A inteligência varia de muito subnormal, anormal ou acima. A performance é com frequência melhor em tarefas que requerem memória simples ou habilidade viso espacial [...].

A Associação Americana de Psiquiatria no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V*, na sua última versão (maio de 2013) propõe uma nova categoria, *Perturbação do Espectro do Autismo*, que reflete um consenso científico de que, quatro doenças previamente separadas são realmente uma única condição com diferentes níveis de gravidade dos sintomas.

A primeira mudança é ao nível da terminologia. O autismo não está mais na categoria de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), e sim numa nova categoria: *Perturbação do Espectro do Autismo* (no singular). Existe assim uma mudança de nome e de classificação, onde a perturbação autista se converte num único diagnóstico, eliminando as restantes categorias como entidades independentes. Eliminam-se as categorias de Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo e Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação e todos passam a ser *Perturbação do Espectro do Autismo*, que é dividida nos níveis leve, moderado e severo.

Gadelha (2013), afirma que, uma vez que não existe um exame que possa apontar quem tem autismo e quem não tem, e isso é feito através de uma avaliação clínica baseada em características do comportamento, o DSM V, apresentando uma só categoria que engloba todos os tipos de autismo, acaba mudando a maneira de

como se faz diagnóstico, pois ao invés de separar o que é e o que não é, o diagnóstico é feito de maneira a se adaptar conforme cada pessoa se apresenta, individualmente.

Essas mudanças irão principalmente refletir-se no número de pessoas diagnosticadas com autismo.

O mais importante é pensar o que esta mudança traz de positivo, que é justamente o fim de tentar encaixar, exatamente, uma pessoa em uma categoria e fazer justamente o oposto. É mostrar que além dos critérios diagnósticos que fazem uma pessoa «ser autista», existem outros fatores que devem ser levados em consideração e que a pessoa vai muito além do transtorno que ela pode ter, ela é um ser humano e ponto (Gadelha, 2013).

A principal mudança é que essas categorias agora desapareceram – exceto a síndrome de Rett, que integra agora outra categoria diagnóstica.

A razão da mudança justificada pelos autores do DSM-V é a baixa credibilidade dos diagnósticos individuais, ou seja, não havia consistência na forma como diferentes profissionais aplicavam os diagnósticos separadamente.

Agora, o diagnóstico aplicado a todos os pacientes, se confirmado, é de *Perturbação do Espectro do Autismo(PEA)*.

Segundo o DSM-V, a perturbação do espectro do autismo é caracterizada por défices na comunicação social e interação social, bem como comportamentos, interesses e atividades restritas e repetitivas.

O termo especifica o conceito de que os sintomas das pessoas com PEA recaem sobre um contínuo, ou seja, alguns indivíduos apresentam sintomas leves e outros sintomas muito mais graves, mas são todos sintomas de uma mesma natureza.

O termo “espectro” permite aos médicos explicarem as amplas variações que existem nos sintomas e comportamentos de pessoa para pessoa.

A outra grande mudança tem a ver com os critérios para o diagnóstico. Houve uma redução do número de sintomas, no DSM-IV o diagnóstico era baseado em défices de interação social, de comunicação/linguagem e em padrões repetitivos de comportamento.

No DSM-V, os sintomas de interação social e comunicação social foram agrupados em um só.

3. EVOLUÇÃO DA ETIOLOGIA DA PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Ao longo dos anos, diversas teorias têm sido propostas para esclarecer a PEA. Por um lado, temos as teorias comportamentais que tentam explicar os sintomas característicos do autismo com base em mecanismos psicológicos e cognitivos, por outro lado temos as teorias neurológicas e fisiológicas que tentam fornecer informação acerca de uma possível base neurológica (Marques, 2000).

Segundo Marques (1998, citado por Leite & Silva, 2006) as diferentes teorias não são consensuais, mas têm contribuído para um maior conhecimento dos vários agentes que podem estar na origem da PEA, possibilitando uma identificação mais clara e funcional da explicação etiológica.

Santos (2013), das diversas teorias que foram surgindo e que valorizavam diferentes aspetos, destaca as psicogenéticas, as biológicas, as cognitivas e as afetivas. As duas últimas são as que na atualidade possuem mais relevância e destaque.

3.1. Teorias Psicogenéticas

Inicialmente as causas do autismo eram atribuídas a diversas problemáticas. Na década de cinquenta, alguns autores acreditavam que o autismo poderia surgir devido a traumas.

Vários autores defenderam essa teoria, como Bettelheim (1987), ao sugerirem que o autismo se devia à falta de estimulação, rejeição parental, ausência de calor parental ou à existência de conflitos intrapsíquicos, resultantes de interações desviantes da família (Marques, 2000). Hoje em dia está posta de parte a possibilidade de causas psicogenéticas encontrarem-se na origem da PEA. Se fosse por essa lógica, famílias problemáticas dariam origem a crianças autistas e não é o que acontece.

No caso do autismo, podem eliminar-se os fatores ambientais prejudiciais e a criança autista não deixará de ser autista. O autismo tanto surge em famílias desestruturadas socialmente, como em famílias tradicionalmente organizadas e pode surgir em todas as classes sociais.

3.2. Teorias Biológicas

Os investigadores desde há décadas que afirmam que o autismo se deve a alterações orgânicas do cérebro. Uma das provas que apresentam é o aparecimento da epilepsia em cerca de um terço de adolescentes autistas.

A descrição clínica dos sintomas comportamentais do autismo mostra que diversas áreas cerebrais podem estar afetadas. Os ataques epiléticos parecem ser um só exemplo de muitos outros sinais orgânicos, que se encontram frequentemente nas crianças autistas. Pode existir lesão no córtex, pois a capacidade cognitiva, a linguagem e o processamento simbólico estão afetados. As lesões a nível cerebral apontam ainda para outras alterações (Filipe, 2012).

3.3. Teorias Psicológicas

Hoje em dia sabe-se que o autismo tem uma causa orgânica, o que não incapacita que se dê importância a aspetos que se prendem com uma explicação psicológica desta perturbação.

O processo de intervenção suporta-se no conhecimento que se tem dos mecanismos que regulam o comportamento, pelo que é importante definir os défices psicológicos no autismo.

A perturbação do desenvolvimento da linguagem, associada a um défice cognitivo específico, foi considerada como sendo a principal perturbação do autismo.

Os estudos que foram sendo apresentados vieram fundamentar crenças que as crianças autistas sofrem de défices cognitivos.

Segundo esta conceção, as anomalias sociais seriam derivadas a falhas cognitivas e à incompreensão linguística (Marques, 2000). A partir desta teorização, abriu-se caminho no sentido de se procurar explicações de nível patológico, nomeadamente, de ordem encefálica.

Assim, um marco fundamental nesta investigação foi a denominada Teoria da Mente, na qual atribuíam estados mentais, ao próprio ou aos outros, que iriam explicar os seus comportamentos (Pereira, 1999).

Os estudos acerca da compreensão da criança nos domínios da meta representação já não são propriamente novidade. Com efeito, Piaget já dizia que é muito difícil que uma criança com menos de sete anos seja capaz de fazer a distinção

entre o que realmente vê, o que é realidade física, e aquilo que não consegue ver, o que se refere a realidades mentais.

A conclusão a que se chegou, foi que as crianças autistas não conseguem perceber como funciona a mente das outras pessoas ao contrário das crianças ditas normais e mesmo das que possuem deficiência intelectual moderada ou ligeira.

De facto observam-se grandes dificuldades no quadro da PEA e, como tal, todas estas teorias têm sido importantíssimas para a abordagem clínica da criança autista. No entanto, a inclinação atual sobre a etiologia da PEA, concentra-se mais nas teorias afetivas e cognitivas.

Para além destas terapias em aplicação, coloca-se sempre a questão do “quanto” pode uma criança com PEA evoluir. E isso é impossível de prever. No entanto, acima de tudo é muito importante que seja feita uma intervenção precoce, de modo a permitir o desenvolvimento da criança desde cedo.“ [...] Uma intervenção precoce, ou tão precoce quanto possível, tem influência determinante na evolução clínica da síndrome” (Pereira, 1996:pág.96).

4. ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS EM GERAL

O estudo do desenvolvimento infantil envolve aspetos quantitativos e qualitativos, através dos quais as crianças se modificam com o passar do tempo. O crescimento é entendido como um processo quantitativo, mensurável, contínuo e que resulta na modificação das dimensões corporais individuais. O ritmo de crescimento varia de criança para criança (Cowan, 1999; Thompson e Ashwill, 1996).

O desenvolvimento refere-se aos aspetos qualitativos, traduzidos no aumento da complexidade das formas e funções, incluindo alterações emocionais ou sociais determinadas pela interação com o ambiente. (Thompson e Ashwill, 1996).

4.1. Crescimento Biológico e Desenvolvimento Físico

O crescimento e desenvolvimento da criança são influenciados por fatores hereditários e ambientais, pelo que a única característica comum a todas as crianças é o processo contínuo de crescimento e desenvolvimento, de onde resultam mudanças a nível físico, cognitivo e emocional. As consultas de vigilância de saúde

são programadas para idades-chave para acompanhar este processo, em que as consultas incluem a avaliação do estado de saúde e de crescimento, o nível de desenvolvimento e a qualidade do relacionamento entre os pais e a criança.

Para a avaliação do crescimento utilizam-se como indicadores a altura, o peso, os perímetros craniano, torácico, etc., enquanto para avaliarmos o desenvolvimento utilizam-se o vocabulário, as habilidades físicas, etc. (Thompson e Ashwill, 1996). A altura, em geral é um traço familiar, no entanto é influenciado por condições nutricionais e sanitárias, promotoras do crescimento linear. O peso é condicionado por vários fatores, no caso do recém-nascido participa, entre outros, a qualidade do ambiente uterino.

Cada criança tem um padrão de crescimento e desenvolvimento único, resultante dos diferentes ritmos individuais, condicionados geneticamente e por diversos fatores ambientais. Desta forma, consideram-se amplas faixas de desenvolvimento normal, sendo flexíveis as idades médias para a ocorrência de certos comportamentos, altura, peso, caminhar, falar, etc. Para Papalia e Olds (1981), o desenvolvimento é um processo ordenado, não aleatório, seguindo sempre do mais simples para o mais complexo e do geral para o específico. Por exemplo, no desenvolvimento da linguagem, a criança passa do choro para o balbúcio, seguindo para as palavras e finalmente para as frases em crescente grau de complexidade, as emoções começam como um estado de excitação global do recém-nascido e gradualmente diferenciam-se num amplo leque de sentimentos (ex.: amor, ódio, medo, ciúme). São dois os princípios de progressão do desenvolvimento físico, acéfalo-caudal, ou seja, da cabeça para os pés (ex.: a criança consegue levantar a cabeça antes de se sentar e controla o tronco antes de dar os primeiros passos) e próximo-distal (do interno para o externo), ou seja, do centro do corpo para a periferia.

Um outro aspeto relevante relaciona-se com as proporções corporais na criança e no adulto. Durante a vida fetal, é a cabeça que apresenta o crescimento mais rápido, enquanto até ao primeiro ano de vida é o tronco que mais rapidamente cresce. Na infância, os membros inferiores têm um grande crescimento e na adolescência, desenvolvem-se as proporções características do sexo masculino ou feminino (Thompson e Ashwill, 1996).

A velocidade metabólica é maior nas crianças. A necessidade de calorias, minerais, vitaminas e líquidos é maior, embora proporcional à altura e peso. Há maior

produção de calor e maior quantidade de resíduos. A criança perde, relativamente mais líquidos pelo sistema pulmonar e tegumentar.

A integração de habilidades é feita progressivamente, para que, à medida que a criança obtém novas habilidades, estas se combinem com as previamente adquiridas (Thompson e Ashwill, 1996).

Na prática profissional utilizam-se como os indicadores anteriormente referidos, padronizados em gráficos de crescimento, pelo que na sua leitura e interpretação deve ter-se em conta que as crianças saudáveis tendem a seguir um padrão de crescimento estável, embora em qualquer idade existam grandes diferenças individuais.

Os gráficos de percentil são habitualmente divididos em sete níveis de percentil, designados por linhas, que são rotuladas em 97, 90, 75, 50, 25, 10 e 3, ou em 95, 90, 75, 50, 25, 10 e 5 (esta é a utilizada em Portugal). O percentil médio (ou 50) é designado por uma linha a negrito, pelo que os níveis de percentil revelam qual o desvio existente entre a medida da criança e o percentil médio. Neste sentido, uma criança com peso na linha de percentil 75 está com um percentil acima da média, enquanto uma criança com peso na linha de percentil 25 está um percentil abaixo da média. Uma diferença de dois ou mais níveis de percentil entre altura e peso, pode sugerir excesso de peso ou redução de peso, carecendo de melhor investigação, enquanto os desvios de dois ou mais níveis de percentil do padrão de crescimento estabelecido exigem melhor avaliação (Thompson e Ashwill, 1996).

De acordo com vários estudos, parece existir certos períodos “críticos” para o desenvolvimento, durante os quais estímulos ambientais, ou determinadas ocorrências têm maior impacto no desenvolvimento infantil, ou seja, o mesmo acontecimento não teria tanto efeito se ocorresse noutra fase de desenvolvimento (Papalia e Olds, 1981; Thompson e Ashwill, 1996). Neste sentido, as “idades-chave” correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade.

4.2. Desenvolvimento Psicossocial

A interação das forças emocionais, culturais e sociais no desenvolvimento da personalidade constitui o centro dos trabalhos de Erik Erikson. O desenvolvimento da

personalidade termina com o alcançar da identidade do eu (ego), o que traduz a aceitação de si próprio e a aquisição das capacidades necessárias ao funcionamento saudável em sociedade (Stanhope e Lancaster, 1999).

Para Erikson o desenvolvimento é um processo contínuo, que decorre em vários estádios ou fases. Em cada estádio há uma crise que é preciso resolver e, embora uma criança nunca termine por completo todas as tarefas de um determinado estádio, ela deverá ter adquirido um certo grau de domínio e conforto antes de passar com sucesso ao estádio seguinte. À medida que os conflitos internos vão sendo resolvidos, surge uma nova orientação para si própria e para a sociedade, pelo que cada crise emerge do estádio precedente. Dado que todo o movimento é enraizado nas experiências anteriores, as dificuldades na resolução das crises irão provocar problemas na progressão para os estádios subsequentes (Stanhope e Lancaster, 1999).

Os primeiros cinco estádios relacionam-se com as tarefas da infância e da adolescência, enquanto os últimos três estádios têm a ver com a vida adulta. No primeiro estádio a criança aprende a confiar em si e no ambiente, baseada na consistência da satisfação das necessidades, pelo que se estas forem satisfeitas de forma inconsistente, tornam a criança confusa e desconfiada. A resolução está dependente da qualidade da interação e da vinculação entre mãe/pai e criança.

Quadro 1. Estádios de desenvolvimento do eu - Eric Erikson (Stanhope e Lancaster, 1999)

Idade	Conflito psicossocial	Resolução
Nascimento a 1 ano	Confiança / Desconfiança	Sentimento de esperança
2 a 3 anos	Autonomia / Vergonha / Dúvida	Autoconfiança e Autocontrolo
4 a 5 anos	Iniciativa / Culpa	Independência
6 a 11 anos	Realização / Interiorização	Competência
12 a 18 anos	Identidade / Difusão da identidade	Consciência de si / Lealdade

O segundo estádio envolve o desenvolvimento das capacidades físicas e mentais da criança, dependendo da resolução dos pais em permitirem o aumento da independência e a aquisição de habilidades. Pais com expectativas adequadas encorajam a autonomia e a criança desenvolve um sentimento de controlo sobre si e sobre o ambiente. Caso não seja dada à criança a oportunidade de domínio, esta sente-se inadequada.

No terceiro estágio a criança adquire domínio através da iniciação da atividade e fazendo perguntas. Inclui também a incorporação dos padrões dos adultos e a aprendizagem da responsabilização pelas suas próprias ações, pelo que as restrições podem levar a sentimentos de culpa sobre pensamentos e ações.

O quarto estágio ocorre durante a infância média e tardia, quando a criança passa da iniciação para a conclusão dos projetos. Neste período, a competição e envolvimento com os pares aumentam. A criança utiliza as suas habilidades cognitivas em expansão para se tornar um membro ativo do grupo, pelo que o seu estatuto no grupo e sua autoestima são postos em causa, se a criança sente que não é suficientemente produtiva.

No quinto estágio o conflito psicossocial reside na identidade, como característica clássica da adolescência, ou seja em perceber-se a si próprio e alcançar um sistema de valores e crenças, através da experimentação de vários papéis e da obtenção de respostas por parte dos outros. A difusão da identidade ocorre quando o adolescente é incapaz de adquirir um conhecimento de si próprio ou uma direção ou uma forma de se enquadrar no mundo envolvente.

4.3. Desenvolvimento Cognitivo

Os trabalhos realizados por Jean Piaget são amplamente utilizados para compreender o desenvolvimento cognitivo. Na sua perspetiva, a aprendizagem resulta da manipulação ativa de objetivos e informação, à qual se segue um processamento mental do acontecimento (Monteiro e Santos, 1993).

A interação da criança com o ambiente dá origem a novos problemas e objetivos, num processo de estabelecimento de esquemas mentais ou padrões de pensamento, tendo em vista a compreensão da realidade e dos obstáculos que vão surgindo. O esquema é o padrão de ação e a base mental para a ação, pois permite à criança receber a informação, ajuizá-la e prever acontecimentos futuros.

Na perspetiva de Mottet (1990), ocorre desenvolvimento quando os esquemas mentais aumentam em âmbito e complexidade, resumindo-se a dois processos: a assimilação e a acomodação.

A assimilação consiste no processo de integrar novas experiências em esquemas pré-existentes. Quando a nova informação não pode ser enquadrada nos

esquemas existentes, a criança tem de modificar ou desenvolver novos esquemas, designando-se este processo por acomodação (Stanhope e Lancaster, 1999).

Piaget identificou quatro estádios do desenvolvimento cognitivo, representativos do aumento da capacidade para a resolução de problemas. Entre cada um dos estádios há um período de transição, onde se combinam comportamentos.

O período sensório-motor decorre desde o nascimento até aos dois anos e envolve operações em que há permanência do objeto, causalidade e simbolismo. O lactente atravessa progressivas fases, que vão desde a incapacidade de recordar objetos não visíveis, à capacidade de localizar um objeto de que apenas uma parte é visível.

Mais tarde a criança que começa a andar aprende a encontrar um objeto totalmente escondido, desde que não seja alterada a sua localização. Finalmente, consegue localizar um objeto após uma série de movimentos sem realmente os visualizar, para adquirir a permanência do objeto, e através de progressões semelhantes, emerge o conceito de causa-efeito. O lactente passa dos efeitos da descoberta lúdica acidental para mover um brinquedo (ex.: movimento de chutar), a comportamentos mais complexos para provocar acontecimentos (ex.: soprar um brinquedo para o fazer mover).

A representação simbólica envolve o progresso de utilizar as mesmas ações para todos os objetos até usar um objeto para representar corretamente um outro (Stanhope e Lancaster, 1999).

Durante o estádio pré-operatório as crianças são incapazes de separar as histórias e fantasias da realidade. Este estádio divide-se em dois períodos: pré-conceptual - dos 2 aos 4 anos; fase intuitiva - dos 4 aos 7 anos. O primeiro é caracterizado por um aumento do simbolismo no brincar e na linguagem. A criança é incapaz de se colocar no lugar do outro e imaginar como o outro pode sentir ou pensar. No segundo estádio a criança é muito literal na compreensão das palavras e confunde ocorrências coincidentes com causalidade. Apenas pode lidar com um aspeto de um determinado objeto de cada vez, sendo incapaz de classificações simples ou agrupamentos (Stanhope e Lancaster, 1999).

Quadro 2. Estádios de desenvolvimento cognitivo - Jean Piaget (Stanhope e Lancaster, 1999).

Estádio	Idade	Caraterísticas
Sensório-motor	Nascimento – 8 meses	- Comportamento reflexo intencional
	8 – 18 meses	- Permanência do objeto
	18 – 24 meses	- Simbolismo - Início da representação mental
Pré-operatório	2 – 7 anos	- Autoconhecimento - Egocentrismo - Simbolismo - Irreversibilidade - Causalidade - Centralidade - Pensamento mágico
Operações concretas	7 – 11 anos	- Aprende pela manipulação de objetos - Classificação - Conservação - Egocentrismo - Regulação interna
Operações formais	11 anos - adolescência	- Hipóteses - Considera explanações alternativas para o mesmo fenômeno - Considera estruturas alternativas de referência - Testa hipóteses com raciocínio dedutivo - Sintetiza e integra conceitos de outros esquemas - Trabalha com ideias abstratas - Pensamento futurista e reflexivo

O estágio operatório concreto confere novas habilidades, embora apenas relacionadas com a percepção direta da informação. A criança é incapaz de fazer operações mentais que requeiram pensamento abstrato. A compreensão do conceito de relação é evidenciada pela capacidade de classificar objetos segundo as características, ordem e série e perceber que as propriedades dos objetos se mantêm, mesmo se a sua aparência se altera (Stanhope e Lancaster, 1999).

O estágio operatório formal permite à criança trabalhar com ideias abstratas e utilizar o raciocínio dedutivo e indutivo para a resolução de problemas. Neste estágio surge a capacidade de construir novos pensamentos e ideias a partir de informações prévias e formular hipóteses. O desenvolvimento das operações formais continua ao longo da adolescência até à idade adulta, embora algumas pessoas nunca completem os progressos desta fase (Stanhope e Lancaster, 1999).

5. CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO

Conforme Bautista (1997: p.251), o autismo é um perturbação infantil que pode acontecer mais em meninos do que em meninas.

Existem alguns sinais de alerta precoces, salientados por Santos (2013: p.76), a que devemos estar atentos, tais como: pouco ou nenhum contacto ocular; não responder ao nome aos doze meses; não falar aos doze meses; não fazer gestos ou apontar aos doze meses; não dizer palavras isoladas aos dezasseis meses e ter qualquer perda de qualquer competência de linguagem ou social em qualquer idade.

O diagnóstico de PEA não é fácil, mas deve ser feito o mais precocemente possível. Existem vários sinais de alerta que devem ser tidos em conta por todos nós: a ausência de atenção partilhada; a falta de desejo ou necessidade de estar perto do outro; o isolar-se dos outros; a falta de contacto visual; o não responder ao nome; o não sorrir em resposta a uma interação por parte do outro; o não apontar; a falta de intenção comunicativa (só comunica após solicitação); o não falar (Lima 2012: p.7).

Santos (2013:p.77) aborda os sintomas tal como se podem manifestar nas principais fases do desenvolvimento na idade pré-escolar, e que poderão fazer suspeitar de um quadro de PEA: atraso da linguagem ou desenvolvimento atípico; voz monótona; ecolalia; refere-se a si como “tu ou ele” após os três anos; usa pouco a linguagem para comunicar; contacto ocular escasso; sorriso social limitado; reage pouco aos sentimentos das outras pessoas; rejeita o toque ou afagos; falta de atenção conjunta; dificuldade em partilhar; não imita; brincadeiras de faz-de-conta pouco variadas; movimentos repetitivos; brincar muito repetitivo e/ou estereotipado; híper ou hiposensibilidade a estímulos sensoriais; intolerância à mudança ou a situações novas e absorvido nos seus interesses, no seu próprio mundo.

As habilidades de uma criança autista podem ser altas ou baixas, dependendo tanto do nível de coeficiente intelectual, como da capacidade de comunicação verbal.

Segundo o DSM-V (2013), uma criança para ser diagnosticada com Perturbação do Espectro do Autismo deve preencher os seguintes critérios:

A. Défices persistentes na comunicação e na interação social, observáveis em diferentes contextos, não atribuíveis a atrasos do desenvolvimento em geral e manifestando-se através de todos os seguintes três:

1- Défices na reciprocidade socio emocional; variando desde uma abordagem social anormal e falhas na capacidade normal de conversação, passando por uma reduzida partilha de interesses, emoções e afetos, até uma ausência total de iniciativa de interação social.

2- Défices nos comportamentos de comunicação não-verbal utilizados na interação social; variando desde uma integração pobre entre a comunicação verbal e a não-verbal, passando por anomalias no contacto visual e na expressão corporal, ou défices na compreensão e uso da comunicação não-verbal, até uma total ausência de expressão facial ou de gestos.

3- Défices no estabelecimento e manutenção de relações sociais ajustadas ao nível de desenvolvimento; variando desde dificuldades em ajustar o comportamento para se adaptar a diferentes contextos sociais, passando por dificuldades em participar em jogo simbólico e em fazer amigos, até uma aparente ausência de interesse pelas pessoas.

B. Padrões de comportamento, interesses ou atividades restritivos e repetitivos, que se manifestam, pelo menos, por dois dos seguintes aspetos:

1- Discurso repetitivo ou estereotipado, movimentos motores ou manipulação de objetos.

2- Adesão excessiva a rotinas, padrões ritualizados de comportamento verbal e não-verbal, ou resistência excessiva à mudança.

3- Interesses fixos, altamente restritos, que são anormais na intensidade ou no foco.

4- Hiper ou hipo-reatividade sensorial ou interesse invulgar por aspetos sensoriais da envolvente.

C. Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento, mas podem não se manifestar completamente até que as solicitações sociais excedam o limite de suas capacidades ou podem ficar mascarados por algumas estratégias ao longo da vida.

D. O conjunto dos sintomas limitam e incapacitam o funcionamento no dia-a-dia, ou seja, os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo nas áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento da pessoa.

E. Esses distúrbios não são melhores explicados por deficiência cognitiva ou atraso global de desenvolvimento.

De entre as pesquisas realizadas, os sinais mais relevantes que podem indicar que estamos perante uma criança autista são: dificuldade de relacionamento com outras crianças; acentuada falta de reconhecimento da existência ou dos sentimentos dos outros; ausência de busca de consolo em momentos de aflição; recusa de colo ou mimos; ausência de capacidade de imitação; ausência de relação social; riso inapropriado; pouco ou mesmo nenhum contacto visual; aparente insensibilidade à dor; não tem medo do perigo; preferência pela solidão; colocar objetos em rotação constante; fixação em objetos exagerada; elevada inatividade; ausência de vias de comunicação adequadas; anormalidade na comunicação não-verbal; ausência de atividade imaginativa; emissão de linguagem deficitária; repete palavras ou frases (ecolalia); conteúdo da linguagem pobre; movimentos corporais estereotipados; preocupação constante por determinados objetos; preocupação intensa por aspetos insignificantes do ambiente; intenção em seguir rotinas com todos os detalhes; resistência à mudança; limitação de interesses; ausência de resposta aos métodos normais de ensino; confunde-se com criança surda; dificuldade em expressar necessidades; acessos de raiva, sem razão aparente; fraca habilidade motora, etc. (Lima, 2012).

6. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA PRECOCE

A intervenção precoce, em crianças com PEA, e em todas as situações em que exista uma perturbação global do desenvolvimento, precisa de ser feita a tempo e horas. A nossa luta será para consciencializar o sistema político, as famílias, os educadores, os professores e a própria sociedade que a intervenção precoce é possível.

Apesar de ainda não haver cura para o PEA, pois uma criança autista é-o para toda a vida, podem diminuir-se algumas limitações que lhe estão associadas. De acordo com o grau de comprometimento, a possibilidade do autista desenvolver a comunicação verbal, a integração social e outras competências dependerá da intensidade e adequação do tratamento.

Segundo Santos (2013: p.84), “a intervenção deve ser individualizada, precoce e sustentada no tempo, adaptada ao desenvolvimento da criança até adulto e, numa proporção de indivíduos, será para toda a vida.”

Temos de nos debruçar sobre o indivíduo, diz-nos Gauderer (1997) “o importante não é a doença ou o doente. O importante é a pessoa, o indivíduo que se tornou um paciente, por ser portador de uma doença (contra a sua vontade).”

As intervenções desenvolvidas para o autismo têm sido variadas, e como em qualquer outra patologia, é essencial o desenvolvimento pleno das crianças.

Primeiramente à intervenção é fundamental a avaliação, para que a intervenção seja personalizada e adequada. O teste avaliativo mais utilizado é o *PEP-R – Psycho-Educational Profile* – (Schoper et al (1979)). Pretende-se assim fazer uma espécie de inventário, no qual se discriminem itens e tarefas apropriados a cada criança. Este inventário apresenta algumas inovações, nomeadamente a flexibilidade na apresentação das tarefas, a diminuição do papel da linguagem e o respeito pelo tempo que cada criança necessita para realizar as tarefas.

Disponibiliza-se, então, informação nos domínios da imitação, perceção, motricidade fina e global, integração óculo-manual, competências cognitivas e capacidade de cognição verbal. Além disso, também identifica-se o grau de perturbação nas áreas do relacionamento, da cooperação, das sensações, linguagem, afeto, jogos e interesses materiais.

Assim, uma boa intervenção terapêutica e pedagógica deverá ser uma resposta adequada às necessidades da pessoa com PEA. Pode ajudar a diminuir os comportamentos indesejados. A intervenção deverá incidir nomeadamente, ou pelo menos, em três níveis, na intervenção assistencial, educacional e psicológica.

Na intervenção assistencial, deverá ter-se em conta o bem-estar físico da criança, assim como, a higiene e a saúde. A intervenção educacional tem em vista modificar alguns comportamentos no contexto escola, casa, família e sociedade. Por fim, a intervenção psicológica, que visa atingir fatores que não são visíveis a uma observação direta (Pereira, 1996).

A intervenção melhora claramente a compreensão social, as habilidades sociais, a comunicação com os outros, e oferece aos indivíduos mudanças qualitativas de vida.

O diagnóstico e a avaliação psico-educativa são o ponto de partida para a intervenção que assume um papel preponderante no processo de desenvolvimento

da criança com autismo e no seu prognóstico. Nesta fase, todos os intervenientes têm um papel fundamental e uma responsabilidade acrescida.

Independentemente do nível de distúrbios comportamentais identificados em cada caso, a intervenção junto de crianças com autismo tem-se direcionado, sobretudo, para o desenvolvimento dos métodos de estimulação educacional/comportamental das escolas norte-americanas.

Nesse sentido, consideramos pertinente descrever a seguir alguns dos modelos mais utilizados na intervenção: Modelos de Intervenção Psicanalítica, Modelos de Intervenção de Natureza Comportamental, Modelos de Intervenção de Natureza Cognitivo Comportamental, modelo Floortime, Modelo Son Rise, Terapia Ocupacional, PECS-Sistema de Comunicação por Figuras.

6.1. Modelos de intervenção de natureza psicanalítica

Desde a primeira conceitualização da atual denominada PEA, em 1943 até à década de setenta, seguiu-se, em termos interventivos o Modelo de Intervenção Psicanalítica. A importância deste prendia-se, essencialmente, como o facto de ter sido o primeiro modelo estruturado, permitindo fomentar a investigação na área. (Siegel, 2008)

Para a psicanálise, tratava-se de uma síndrome psíquica desenvolvida na infância, tomado por alguma falha. Doria et al (2006) fala que esta falha estaria nas funções maternas e paternas:

De acordo com a Psicanálise, o transtorno autista está relacionado com as falhas envolvendo as funções maternas e paternas. A falha decorrente no processo de desenvolvimento da função materna pode estar relacionada com o não cumprimento dela, ou seja, a mãe ou a pessoa que desempenha este papel não realiza adequadamente a sua função, deixando o bebê sem resposta quando o mesmo lhe pede um retorno. Na função paterna, não há um investimento de um terceiro que venha contribuir para a constituição psíquica da infância (Doria et al, 2006, p.03).

Segundo Marques (2000,p.85), este modelo teria como finalidade a busca do equilíbrio através da reconstrução do mundo afetivo. As modalidades de intervenção deveriam passar pelo contato corporal, através de massagens e de estimulação tátil-quinestésica.

Este modelo tem como referencial o facto de que o autismo se baseia numa perturbação emocional, por isso, a intervenção passaria pelo contato corporal.

Trata-se de intervir ao nível intrapsíquico inconsciente que se considerava ter início nos primeiros tempos de vida. O terapeuta estruturava assim a sessão, que se realizava sempre no mesmo local, para que a criança não reagisse à mudança, procurando estabelecer uma relação com a criança. Todos os medos, ansiedades e tensões a criança eram canalizados para o terapeuta, não sendo atribuído nenhum papel específico aos pais. As posições relativas ao sucesso deste modelo eram contraditórias. Assim, Levitt (1963) e Werne (1967), citados por Marques (2000:pág.85), consideravam que este modelo não apresentava resultados, sendo urgente encontrar outros modelos de intervenção, enquanto Maratos (1996, cit in Marques, 2000: pág.86) defendia que este era um modelo que teria permitido a crianças uma evolução marcante.

Como é evidente, este modelo teve um longo caminho a percorrer, foi sendo ultrapassado por outras posições e perspetivas, apesar de ainda ser aplicado por uma minoria de terapeutas.

6.2. Modelo de intervenção de natureza construtivista e desenvolvimentista

O modelo desenvolvido por Hilton Davies, em 1992, seria mais aplicado na perspetiva de doença crónica, onde os pais destas crianças se tinham de adaptar à “doença” dos seus filhos.

Dá destaque à importância das crenças, como fatores determinantes do comportamento e das atitudes parentais, apoiando-se em paradigmas e metodologias de intervenção diferentes das abordagens racionalistas, virando-se mais para a metacognição e construção (Pereira, 2005:p.47).

O autor deste modelo defende uma comunicação terapêutica entre os pais destas crianças e o pessoal técnico especializado, agrupando as capacidades e a autonomia de cada um (Correia, 2013:p.51).

Segundo este modelo, existe um processo dinâmico entre a criança, a família e o meio, muito importante para uma boa intervenção. As ações determinadas por este modelo são: remediativa (referente à mudança de comportamentos da criança), redefinição (os pais devem mudar a forma como interpretam os comportamentos da

criança) e reeducação (os pais deverão alterar e desenvolver as respostas alternativas relativas à criança).

Este modelo de intervenção apesar de ter tido sucesso em alguns casos, noutros não se poderia aplicar, uma vez que a capacidade simbólica e o desenvolvimento da linguagem se encontravam comprometidas. Esta teoria é assim de difícil aplicação, porém permitiu abrir caminho para novas investigações.

6.3. Modelo de intervenção de natureza comportamental

Estes modelos começaram a ser aplicados, em crianças com PEA, com Lovaas. De facto, este foi pioneiro, nos anos sessenta, na adaptação deste modelo de intervenção, que já era aplicado com outras patologias. Como o próprio nome indica, este modelo dá primazia ao comportamento em relação às estruturas cognitivas e/ou cognitivo emocionais como paradigmas explicativos da aprendizagem e da modificação do comportamento.

Assim, as contingências ambientais eram responsáveis pelas problemáticas do autismo, logo, os pais, como elementos centrais do “ambiente” da criança, eram considerados responsáveis pela origem do problema. Seriam assim alvo de treino em técnicas comportamentais. Pretendia-se então, através da análise das vivências, reestruturar o “eu”. Considerava-se ainda que os desejos e os conflitos eram a repetição dos protótipos infantis e daí a utilização dos brinquedos na terapia.

Este modelo de intervenção pioneiro foi desenvolvido, de início, com dezanove crianças. No entanto, as técnicas foram levadas ao extremo, incluindo tratamentos para ensinar que determinado comportamento era indesejado. Estas teorias foram evoluindo e esses comportamentos negativos começaram a ser trabalhados com a extinção, ignorando o comportamento.

As intervenções mais bem-sucedidas foram as aplicadas precocemente, antes dos cinco anos de idade através de um treino intensivo (quarenta horas semanais), pelo menos durante dois anos, adaptando, de uma forma gradativa, os comportamentos. Não será difícil compreender que de facto a intervenção precoce será sempre mais eficiente.

Segundo Rutter & Schopler (1978, cit in Marques, 2000, p.90),

[a]s críticas mais frequentemente dirigidas a este tipo de intervenção reportam-se essencialmente aos défices de generalização das competências aprendidas para

outros contextos, mesmo para casa, à necessidade de uma progressiva adaptação de intervenção ao nível evolutivo de cada criança e ainda à pouca valorização das preocupações e prioridades parentais.

6.4. Modelo de intervenção de natureza cognitivo-comportamental

Este modelo de intervenção pode ser definido como um programa de transição entre o modelo de comportamento tradicional e os modelos cognitivos. Devido a um conjunto de défices (cognitivos, sensoriais, comunicacionais e comportamentais) apontados na caracterização da PEA, tornaram-se necessárias regras educativas que permitissem manter um bom nível de estimulação para a aprendizagem. Tendo em conta as características especiais destas crianças, chegou-se à conclusão de que os ambientes educativos estruturados, na educação das crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo, eram os mais vantajosos para o seu desenvolvimento (Marques, 2000).

No que diz respeito a estes modelos, existem diversas metodologias associadas, que tentam “tratar” a PEA, como por exemplo: ABA (Análise do Comportamento Aplicada), PECS (Sistema de Comunicação por troca de figuras), Programa Portage, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Acompanhamento Psicopedagógico, Programa Son-Rise, o Modelo DIR, o Modelo TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Deficiências relacionadas à Comunicação), que como terapias comportamentais que são, utilizam princípios psicológicos para adquirir, mudar ou transformar construtivamente o comportamento humano.

Gauderer (1997) afirma que, “o sucesso da terapia comportamental se deve à estrutura, particularmente, nos estágios iniciais de aprendizado e na definição clara de condições prévias e consequência para introduzir novos comportamentos (...)”.

Sobre a intervenção do educador do pré-escolar, consideramos que esta deva ser multidisciplinar, onde se reunirá com uma psicóloga, uma professora/educadora do Ensino Especial, os pais e todos os terapeutas que trabalham com a criança.

Primeiramente, o educador tem o desafio de incluir na sua sala de aula, um aluno com Necessidades Educativas Especiais. Segundo Baptista e Bosa (2002), “o trabalho pedagógico integrador exige uma postura de confiança na capacidade do outro, inclusive na capacidade de fortalecer-se e reagir diante de um confronto (...)”.

Seguidamente os elementos fundamentais para dar respostas a problemas que possam surgir na sala de aula são, segundo os mesmos autores, Baptista e Bosa (2002), “a confiança na capacidade do aluno e a prática pedagógica baseada na construção compartilhada de regras”.

Segundo Santos (2013) é fundamental que os professores compreendam as características da criança, particularmente algumas que poderão causar embaraço e mal-estar. Poderão precisar de adaptações académicas, de maior supervisão e apoio para a realização das tarefas escolares. Ambientes ruidosos podem causar desconforto, e dificuldades para se concentrar no trabalho académico. O ambiente escolar e social tem de ser muito trabalhado.

O educador tem de ter em mente o que a criança precisa aprender, olho no olho, seguimento de instruções, imitação, utilização do espaço físico. Deve conhecer as principais dificuldades da criança individualmente e nunca se esquecer de utilizar apoio visual para todas as novas aprendizagens. “Essas crianças aprendem melhor e apresentam menos problemas de comportamento numa situação de aprendizagem adequadamente estruturada e individualizada” (Gauderer,1997).

A sala de aula tem de ser estruturada, ao nível da estrutura física, organização visual, horário de atividades, estrutura do educador e controle. O educador tem de criar as condições necessárias para que a criança com PEA seja capaz de estar sentada e aprender.

Conforme Lima (2012: p. 65),

(...) É muito importante adaptar os materiais que a criança irá usar, pois na maioria dos casos não é possível seguir os manuais escolares escolhidos, uma vez que têm demasiada informação. As tarefas terão de ser repartidas de forma sistematizada e as fichas terão de estar adaptadas na forma como podem ser realizadas devido às dificuldades de motricidade fina destas crianças, sobretudo na área do grafismo. Assim, é importante recorrer a fichas montadas com esquemas de ligação, cruzes, legendas, lacunas, (...).

A nível linguístico, será importante, o educador: falar devagar e utilizar pequenas frases, gesticular de forma suave de modo a reforçar a comunicação, fazer pausas durante as instruções de atividades a fim de verificar se há compreensão da tarefa a realizar, incentivar o aluno a requerer a repetição da instrução de atividade quando não a percebe e explicar ao aluno as palavras que podem ter duplo significado (explicar conceitos/ironias).

Será importante que o educador introduza o computador, pois é um instrumento de forte motivação para as crianças com PEA e de fácil compreensão, facilitando muito a sua integração escolar.

Segundo Hewitt (2006) os pontos-chave para a inclusão com sucesso de estudantes com PEA no ambiente educacional regular são: estabelecer uma comunicação regular e de compreensão casa/escola, respeitar a experiência parental e o conhecimento especializado que têm do seu filho, efetuar reuniões de revisão dos relatórios, integrar objetivos específicos e exequíveis nos PEI, estabelecer PEI para os novos períodos letivos durante o processo de familiarização, mostrar flexibilidade e ter em consideração a forma de pensar única e alternativa de alguém com PEA.

6.4.1. Programa Portage

Surgiu nos Estados Unidos da América, em 1969, e os seus autores são Marsha e David Shearer. A sua denominação advém do local onde foi feita a primeira experiência deste modelo (em Portage), num meio rural, onde as crianças tinham pouco acesso à escola, devido à escassez de recursos. Foi em parte esta escassez de recursos em intervenção precoce que originou a criação deste programa, dirigido a pais de crianças com NEE (Marques,2000).

É de salientar que, com as crianças com PEA, este modelo foi aplicado apenas décadas mais tarde.

Em Portugal a Associação Portage foi criada em 1992, visando a intervenção precoce das crianças com NEE e tendo como missão divulgar este tipo de intervenção às famílias portuguesas. Este programa, de intervenção precoce, perceciona o comportamento das crianças como resultado das atitudes dos agentes educativos, daí um dos objetivos ser dotar os pais de conhecimentos e competências, para que estes possam ajudar nos comportamentos inadequados e ajudar ao estímulo de potencialidades dos seus filhos. Apesar de nem sempre ter sido assim, este modelo evolui no sentido de se tornar domiciliário. Assim, o profissional fazia visitas e deixava um quadro de recomendações e competências a desenvolver, para que os pais pudessem fazer o processo evoluir. Na verdade, neste modelo, os pais são envolvidos desde o início, na seleção das áreas de intervenção, onde são consideradas as

necessidades por eles sentidas como prioritárias, o que constituía uma inovação, tinha-se assim em consideração as prioridades e interesses dos pais.

As características deste modelo consistem numa lista de registos de comportamentos, sendo composta por 619 comportamentos, divididos em seis áreas, numa ficha de sugestões de atividades para um determinado comportamento e em folhas de registo de atividades a qual será conjugada com a lista de registo de comportamentos.

Ainda, de acordo com a autora, as fichas de atividades e a lista de registo de comportamentos, encontram-se divididas em seis áreas de desenvolvimento, sendo elas a estimulação do bebé, a socialização, a linguagem, a autonomia, a cognição e o desenvolvimento motor (Marques,2000).

Segundo (Pereira,2005:49), este programa tem por finalidade dotar os pais de instrumentos necessários para ajudar a desenvolver nos filhos o máximo de competências. No entanto, parece atribuir aos pais uma função demasiado pedagógica para a qual nem sempre estarão preparados.

6.4.2. Modelo Teacch

TEACCH (*Treatment and education of autistic and related communications handicapped children*), ou seja, tratamento e educação de crianças com autismo e problemas de comunicação relacionados. Este modelo foi criado na década de sessenta, nos Estados Unidos da América, por Eric Shopler. Inicialmente era um modelo com uma abordagem psicanalítica, mas na década seguinte, o mesmo autor, mudou para uma abordagem mais baseada em competências (Gabbard, 2007:pg. 103).

Os objetivos principais são diminuir a presença dos comportamentos mais característicos nas crianças com PEA e ajudá-las a ter uma vida mais autónoma.

O projeto TEACCH pretende promover competências adaptativas e necessárias para uma vida independente, modificando o ambiente para que este se adapte às necessidades das crianças com PEA. É um modelo de intervenção generalista e transdisciplinar, que respeita as características de cada criança, adaptando-se a elas. Envolve a família e todos aqueles que intervêm no processo educativo, diminui as dificuldades a nível da linguagem recetiva, aumenta as possibilidades de comunicação e permite diversidade de contextos (CORREIA, 2014: pg. 52).

São assim sete os princípios orientadores deste modelo: a melhoria da adaptação, através do desenvolvimento de competências e da adaptação do meio às

limitações dos indivíduos; uma avaliação e intervenção individualizada, através da elaboração de um programa de intervenção personalizado; a estruturação do ensino, nomeadamente das atividades, dos espaços e das tarefas; uma aposta nas competências emergentes sinalizadas na avaliação; uma abordagem terapêutica de natureza cognitivo-comportamental, as estratégias de intervenção assentam na ideia base de que um comportamento inadequado pode resultar de um défice ou compromisso subjacente a nível da perceção ou compreensão; o apelo ao técnico “generalista”, treinando os seus profissionais como “generalistas” para melhor trabalharem com a criança e família; um apelo à colaboração parental, os pais trabalham com os profissionais, numa relação de estreita colaboração, continuando em casa o trabalho iniciado nas estruturas de intervenção (Marques, 2000:p.91,92).

É um modelo destinado ao ensino, que pretende que seja individualizado e estruturado. O seu criador, Schopler (1990), aponta quatro componentes essenciais para o ensino estruturado: estruturação física, informação visual, plano de trabalho e pistas facilitadoras do desempenho.

Detalhamo-nos mais um pouco em cada uma das áreas. Relativamente à informação visual, é importante que uma sala TEACCH tenha as seis zonas bem identificadas, que o calendário esteja também afixado, com informação visual, com imagens, assim como os próprios horários dos alunos. O material deve estar em zonas acessíveis. A terceira componente aponta então para o Plano de trabalho que deve estar visualmente acessível, com objetos reais, com fotografias, indicando a sequência das atividades a realizar, para que a criança saiba sempre o que vai fazer a seguir, minimizando os problemas de memória e atenção e prevenindo a angústia tão característica nestas crianças. As pistas facilitadoras do desempenho devem ser personalizadas e acessíveis para que as crianças as compreendam. A simples marcação do local onde a cadeira deve ficar facilita e tranquiliza a criança.

Assim, a partir dos défices das crianças (cognitivos, sensoriais, comunicacionais, comportamentais e/ou sociais) seriam desenvolvidas as estratégias relacionadas com as quatro componentes acima apresentadas.

Face a um défice cognitivo de atenção, organização e generalização, a intervenção com o Modelo Teacch será: ensino 1/1, estrutura física, sequência de atividades, objetivo da tarefa claro, baseia-se em interesses e áreas fortes e fomenta a generalização.

Face a défices sensoriais, inconsistência, híper e hipo sensibilidade, a intervenção com o Modelo Teacch será: grande suporte visual, redução de estímulos, ensino 1/1 e redução da estimulação sensorial.

Face a défices sociais, empatia, reciprocidade e contacto visual, a intervenção com o Modelo Teacch será: prepara os contactos sociais, adapta as exigências sociais a cada criança, interação social concreta e visualmente organizada e ensina competências sociais específicas.

Face a défices comunicacionais, compreensão/expressão, reciprocidade e interpretação literal, a intervenção com o Modelo Teacch será: informação visual, ensina conceitos em contextos reais, sistema de comunicação próprio e fomenta a generalização.

Finalmente, face a um défice comportamental, previsibilidade, medos e compreensão, a intervenção com o Modelo Teacch será: estrutura física, informação visual, rotinas, hábitos de trabalho e redução da estimulação sensorial.

Segundo este modelo, a sala deveria estar organizada em cinco áreas diferentes: a área do acolhimento, onde se faz o acolhimento e o planeamento das atividades a realizar, a área de aprender, onde cada criança vai treinar individualmente as suas competências, a área de brincar, onde haverá estimulação psicomotora e relaxamento, a área do computador, onde cada um beneficia do seu uso e a área do trabalho, onde cada criança faz o seu trabalho individual que foi planificado para esse dia (Correia, 2014: pg. 52,53).

Sintetizando, este modelo de trabalho baseia as suas estratégias nas áreas fortes das crianças com PEA, que são o processamento visual, memorização de rotinas e interesses especiais (Lima, 2012: p.43).

Este modelo tem sido utilizado em muitos países, nomeadamente na educação de crianças com PEA. No entanto este modelo de intervenção beneficiaria muitas crianças, não só com PEA, mas também crianças com diversos tipos de problemas de aprendizagem.

Este tipo de ensino estruturado é aplicado em Portugal desde 1996, como seleção do Ministério da Educação enquanto resposta educativa para os alunos com PEA nas escolas do ensino regular (Lima, 2012: p.42).

6.4.3. Modelo DIR – Floortime

O modelo DIR-model (*Developmental Individual Differences Relationship-Based Model*), ou seja, Modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação, surge com novas formas de compreensão e de intervenção. Trata-se de uma intervenção educativa intensiva, tendo por base as diferenças de cada criança, a relação afetiva e os níveis do desenvolvimento emocional.

As suas características principais são: seguir os interesses da criança, entrar na atividade desta de acordo com o seu nível de desenvolvimento, abrir e fechar o círculo de comunicação, proporcionar 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 de cada criança, identificar e lidar com as diferenças de cada criança, trabalhar com essas diferenças, mobilizar em simultâneo os seis níveis de desenvolvimento funcional e emocional (Caldeira, 2005:p.53).

No decurso de todo este processo interativo com cada criança, não devemos nunca esquecer a atenção mútua e o envolvimento, o encorajamento, a compreensão, a autoestima, a interação e os desafios existentes (Caldeira, 2005:p.53).

Este modelo, sendo de intervenção intensiva e global, agrupa a abordagem Floortime com o envolvimento e participação da família, com diferentes especialidades terapêuticas (integração sensorial, terapia da fala) e a articulação e integração nas estruturas educacionais (Lima, 2012:p.43).

Como o próprio nome indica, as sessões são mesmo realizadas no chão, à volta de jogos para a nomeação da relação e das interações sociais e emocionais.

Pede-se uma intervenção interativa não dirigida, que tem como fim primordial desenvolver a interação social, ou seja, envolver a criança numa relação afetiva.

Nota-se uma falta de estudos que comprovem os efeitos terapêuticos deste modelo, além de que descara a estimulação de aprendizagens cognitivas e académicas que são peça fundamental para o desenvolvimento de uma criança com PEA (Lima, 2012:p.44).

6.4.4. Modelo Son-Rise

Este modelo foi criado pela família Kaufman, na década de setenta, quando se viram forçados a intervir terapêuticamente no seu filho diagnosticado com PEA, para que este ultrapassasse as suas dificuldades e atingisse o máximo das suas capacidades. Este filho, Raun Kaufman, é hoje o indivíduo que está à frente deste modelo em todo o mundo.

É um método que dá principal destaque à relação entre as pessoas. Manifesta-se no ensino, na criação e implementação de programas e ações que se centrem na criança, onde estas se vão tornar participantes.

Aqui os pais, também aprendem novas formas de interagir com os seus filhos, para que os possam estimular a nível social, emocional e cognitivo (Tolezani, 2010:p.40).

Em princípio é um método aplicado em casa da criança, mais propriamente no quarto, onde se utilizam cores neutras para evitar que a criança se distraia, e ao mesmo tempo diminuir estímulos sensoriais.

Está presente unicamente um adulto e a criança, para que os únicos movimentos e barulhos sejam dela. Nota-se, que quando as crianças se encontram sozinhas mostram interesse em brincar no quarto.

Existe uma grande interação social entre os pais e os técnicos que acompanham a criança. No entanto, para a tornar mais motivadora, pode-se motivar a criança através da utilização de objetos e atividades com as quais a própria está mais motivada. Assim, a criança vai ter controlo da atividade, ou seja, ela escolhe quando quer começar e terminar esta interação (Tolezani, 2010:p.41).

6.4.5. Modelo ABA (Applied Behavior Analysis)

Este modelo mistura o ensino intensivo e individualizado das competências necessárias para que a criança possa ser independente e ter a melhor qualidade de vida possível.

Desenvolvem-se comportamentos sociais adequados e pré-requisitos para a leitura, escrita, matemática e atividades da vida diária.

Este modelo é aplicado em duas fases distintas, a avaliação e a intervenção.

6.4.6. Modelo PECS (*Picture Exchange communication System*)

Trata-se de um Sistema aumentativo e alternativo de comunicação.

As crianças com PEA, regularmente apresentam dificuldades no uso da linguagem expressiva, assim sendo, o recurso a intervenções intensas e estruturadas é extremamente benéfico. O relacionamento interpessoal é igualmente uma dificuldade por partes destas crianças, estando marcada pela linguagem.

Como tal, diversos autores defendem os sistemas de comunicação alternativos, onde não se verifica o uso da fala. A linguagem feita por sinais, imagens e símbolos visuais, tem vindo a revelar-se como um sistema de aprendizagem lento, uma vez que a linguagem através de sinais exige a imitação, e os sistemas de imagens a sinalização.

Surge assim o sistema de imagens PECS, *Picture Exchange Communication System*, que foi desenvolvido tendo em consideração as dificuldades surgidas ao longo dos anos com outros programas de comunicação. Este sistema vai ao encontro do que alicia as crianças, isto é, depois de se conhecer as preferências das mesmas, elaboram-se imagens desses objetos que lhe vão ser apresentadas. Aos poucos, a ajuda material será retirada à criança para que esta agarre a imagem, posteriormente, começa a desenvolver a iniciativa de desenvolver a interação, ou seja, agarra a imagem e entrega-a ao terapeuta. Lentamente e de forma progressiva, o grau de dificuldade é aumentado, até que o sistema PECS ensina a criança a criar enunciados simples a partir de diversas imagens. As crianças que utilizam o PECS são ensinadas a escolher uma imagem do objeto que desejam, e a oferecê-la ao interlocutor para que este lhe dê o tal objeto, assim sendo, a criança dará início a um ato comunicativo para a obtenção de um resultado concreto num contexto social.

Este programa é bastante fácil de ser aprendido e usado, tanto por terapeutas, pais e professores, isto porque, não exige o uso de materiais complexos, um treino técnico ou equipamentos de custo elevado. Uma das vantagens serão os índices de motivação elevados por parte das crianças ao aderirem ao uso do sistema, na medida em que atingem aquilo que pretendem. Através do PECS, as crianças aprendem o quanto é importante ter uma pessoa a ajudá-la na aprendizagem e aprendem a confiar no outro.

7. A IMPORTÂNCIA DE UMA INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA PRECOCE

7.1. Perspetiva Histórica da Intervenção Precoce

Para nos situarmos numa perspetiva histórica da Intervenção Precoce, temos que nos remeter aos anos sessenta. No início da década de sessenta, surgiram nos EUA os primeiros programas de intervenção precoce, numa perspetiva de “educação compensatória”, definida como uma intervenção global e preventiva na vida das pessoas com *handicaps* socioeconómicos, que se calculava serem causadores de insucesso escolar e de limitadas oportunidades de vida. Estes programas tinham como objetivo retificar o ciclo da pobreza e baseados no pressuposto que, dada a flexibilidade do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, uma intervenção neste período teria efeitos quer a nível preventivo quer a nível remediativo (Pimentel, 1997, p.9).

Surgem posteriormente programas de intervenção precoce para crianças com deficiência ou em risco, que rapidamente se expandiram, reconhecendo que as crianças com deficiência devem ter iguais oportunidades para desenvolver o máximo das suas potencialidades. Tais princípios rapidamente foram sendo consagrados na legislação de alguns países, nomeadamente nos EUA com a publicação da Public Law nº 92-142 de 1975 e a Public Law nº 99-457 de 1986 (Pimentel, 1997,p.10).

7.2. Intervenção Precoce em Portugal

Para abordarmos o atendimento a crianças com necessidades educativas especiais entre os 0 e os 6 anos – Intervenção Precoce (IP), temos de recuar, também até aos anos sessenta, altura em que foi criado pelo Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde e Assistência o “Serviço de Orientação Domiciliária” (SOD) com o objetivo de apoiar a nível nacional pais de crianças cegas entre os 0 e os 6 anos. Até 1972, o SOD tinha um âmbito nacional e era levado a cabo por enfermeiras, que prestavam apoio domiciliário, aos pais e às crianças. Deste modo, as crianças com deficiência visual e as suas famílias eram apoiadas por programas que decorriam sob a forma de visitas domiciliárias.

A partir de 1972, o SOD é extinto a nível nacional, sendo assumido só por Lisboa e pelo Porto pelos centros de Educação Especial, serviço que apoiava os estabelecimentos de educação especial que pertenciam à Segurança Social. Assim, desde essa data até 1986, as equipas de Orientação Domiciliária, em Lisboa, que eram constituídas por educadores especializados, passam a estar dependentes dos Centros de Educação Especial e mais tarde da Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica, ficando enquadradas em equipas interdisciplinares (Ministério da Educação, 2002).

Embora, outros projetos se tenham desenvolvido no âmbito da IP, é sobretudo a partir de meados da década de 80 que se assiste ao reconhecimento gradual da necessidade de desenvolver formas de apoio a crianças com necessidades educativas especiais em idades precoces.

Em 1985, por exemplo, foi atribuído à Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica o apoio precoce especializado às crianças em situação de risco ou deficiência e suas famílias, tendo este serviço aprofundado, implementado e disseminado um modelo de Intervenção Precoce – o Modelo Portage.

Em finais dos anos 80 a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica, a Associação Portage e o Hospital Pediátrico de Coimbra em colaboração começou a desenvolver o Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) com resultados bastante positivos.

No seguimento dos resultados obtidos por este projeto, dos apoios financeiros que foram sendo atribuídos a projetos deste tipo, entre outros fatores, assiste-se ao longo dos anos 90 à proliferação de Projetos de Intervenção Precoce em todo o país. Uns com melhor qualidade de serviços que outros encontramos hoje por todo o país, projetos que desenvolvem programas de intervenção junto de famílias com crianças com necessidades educativas especiais.

7.3 Conceito de Intervenção Precoce

Em Portugal, nos dias de hoje, não existe concordância sobre o que se entende por Intervenção Precoce.

A intervenção precoce deverá abarcar crianças dos 0 aos 6 anos, preferencialmente dos 0 aos 3 anos.

Desta forma, há programas de Intervenção Precoce que atendem crianças com idades muito diversificadas, abarcando um leque etário que se estende desde o período que se segue imediatamente ao nascimento, até aquele em que a criança já frequenta o jardim-de-infância.

Verifica-se, ainda, a existência de alguns programas de intervenção com a família no período pré-natal.

Para Books-Gunn & Hearn (1982) o termo “precocidade” define um conjunto de ações que têm início mesmo antes do nascimento. Esta é uma perspetiva que valoriza a importância da qualidade de vida da família e, sobretudo, da grávida. A questão da precocidade da intervenção prende-se com a deteção e diagnóstico das situações e correspondente sinalização.

Os conceitos que referimos, *precocidade* e *prevenção*, inerentes à prática de Intervenção Precoce são também comuns a outro tipo de práticas. Nesses casos, ao contrário do que acontece na Intervenção Precoce, não está subjacente a questão da faixa etária sobre o qual se pretende intervir, mas a necessidade de agir antes que uma determinada situação se agrave. No entanto, muitos destes conceitos confundem-se frequentemente com o de Intervenção Precoce.

Bach (1983) identifica alguns deles:

Deteção Precoce- esta geralmente ligada a estudos epidemiológicos, que utilizando diferentes metodologias tentam referenciar populações de risco; *Diagnóstico Precoce*- refere-se à recolha de dados em determinados grupos, que possam servir de base à aplicação de um conjunto de respostas diferenciadas e individualizadas;

Terapia Precoce- diz respeito, muitas vezes, aos aspetos bio-desenvolvimentais e implica, sobretudo, a melhoria do estado físico e psicológico geral. Reporta-se a um conjunto de medidas essencialmente terapêuticas;

Educação Precoce- diz respeito à intervenção ao nível educacional, no sentido de estabelecer um conjunto de medidas que ajudem a criança a adquirir o maior número possível de competências, tendo em vista o seu desenvolvimento;

Estimulação Precoce- reporta-se a um conjunto de ações que podem ser terapêuticas e educativas, refletindo diretamente na criança, no sentido de estimular os processos de aprendizagem no âmbito sensorial, motor, da linguagem, emocional e social.

Estes conceitos, por vezes implícitos às práticas desenvolvidas e próximos do que se entende por Intervenção Precoce, não devem ser confundidos com esta.

A Intervenção Precoce, embora envolvendo práticas que têm frequentemente a ver com a terapia, a educação e a estimulação precoces, implica uma intervenção muito mais abrangente.

Leitão (1989) refere,

em sentido lato, intervenção precoce engloba toda uma gama diversificada de serviços – médicos, educativos e sociais – que procuram, através do desenvolvimento de projetos e de programas adequados às necessidades especiais das crianças abrangidas, evitar – componente preventiva da intervenção precoce – ou reduzir ao mínimo – componente compensatória e reabilitativa da intervenção precoce – os efeitos negativos que determinados fatores provocam no crescimento e no desenvolvimento infantil (in Pimentel, 1997, p. 146).

A IP para Dunst & Bruder (2002), é definida como uma prática que diz respeito aos serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades e oportunidades que incentivem a aprendizagem e desenvolvimento da criança e ainda, serviços, apoios e recursos necessários para possibilitar que as famílias, com um papel ativo, promovam o desenvolvimento dos seus filhos (Bairrão & Almeida, 2003).

O Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP), de Coimbra refere que,

Intervenção Precoce implica a criação de uma rede de suporte social às famílias que incluam crianças de baixa idade com problemas de desenvolvimento ou em risco, de forma a dar-lhes poder e a capacitá-las para assumirem o papel que qualquer família assume na educação dos seus filhos (1995, p.10).

Foi publicado o Decreto-Lei n.º281/2009 de 6 de Outubro que considera “Intervenção precoce na infância (IPI) o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”.

Existem assim muitas definições, tratando-se de um trabalho que tem por base uma fundamentação prática, convém defini-la e apresentá-la como realmente é, vista pelos técnicos que andam no terreno. Assim, consideramos que a IP é uma medida de apoio integrado, centrado na família, mediante ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Segundo a legislação mais recente, Decreto-Lei n.º281/2009, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância tem como objetivos:

Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional; Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; Intervir após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto

familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, da saúde e da educação; Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

A IP organiza-se numa base comunitária, descentralizada, coordenada e flexível, de modo a privilegiar uma atuação dos serviços e instituições envolvidos. Tem carácter transversal e multifacetado, enquanto medida de apoio integrado dirigida a crianças nos primeiros anos de vida com deficiência ou em risco e às famílias que assenta num sistema organizativo de partilha de responsabilidades e de coordenação intersectorial em colaboração com entidades privadas, é, pois, indispensável um estreito trabalho de parceria entre as diversas entidades públicas e privadas, incluindo a comunidade científica, aos diferentes níveis-local, regional e nacional.

O conceito de Intervenção Precoce tem vindo a desenvolver-se através de distintos contributos (investigações, legislação, práticas, etc.) que têm impulsionado as mudanças registadas nesta área.

Segundo Bailey (1996) estas mudanças podem ser identificadas como: o movimento no sentido dos serviços centrarem a sua intervenção na família; a integração de crianças com deficiência em programas que, normalmente, só respondiam a crianças com problemas de desenvolvimento, uma situação que se integra nos movimentos de normalização e desinstitucionalização iniciados nos anos 60; a implementação de serviços especializados que integrem e desenvolvam modelos de intervenção interdisciplinares, de forma a encontrar respostas de maior qualidade.

Um elemento de extrema importância na IP nos dias de hoje é a família.

A evolução dos programas de intervenção foi progressivamente deixando de se centrar exclusivamente na criança, para incluírem também a família e a comunidade. Os programas devem abranger a criança no seu contexto e procurando na interação entre eles a explicação e justificação para o êxito ou insucesso do programa (Almeida, 2004).

Bailey & Wolery (1992) apontam sete objetivos de ordem geral que deverão estar sempre presentes na prestação de serviços, no âmbito da Intervenção Precoce: dar apoio às famílias no sentido de as ajudar a atingir os seus próprios objetivos; promover o envolvimento, a independência e a competência da criança; promover o desenvolvimento da criança em domínios chave; promover e apoiar a competência social da criança; promover a generalização das competências da criança;

proporcionar à criança experiências de vida normalizantes e prevenir a emergência de problemas ou alterações futuras.

Feita a revisão da literatura, surge a necessidade de conferir atenção aos aspetos metodológicos que conduzirão este projeto de investigação.

II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos têm como finalidade, elucidar o caminho ao longo da investigação. Neste teremos o cuidado de mencionar todas as preocupações que estiveram na origem da elaboração desta investigação; as perspectivas que temos sobre o tema escolhido e as características da investigação; os objetivos; a questão de partida que norteou a investigação; a metodologia e instrumentos de pesquisa adotados e na última etapa, a análise de dados.

1. TEMA DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Esta temática advém da necessidade sentida em sala de jardim-de-infância, para perceber os comportamentos de algumas crianças, nomeadamente daquelas que se aproximam das características da PEA, e dispor de soluções para que possam efetuar a sua aprendizagem da melhor forma possível. Assim, toda esta pesquisa fez sentido e foi de vital importância para um futuro próximo.

2. NATUREZA E DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação deste trabalho consiste numa investigação qualitativa, com intenções descritivas e interpretativas, recorrendo a uma metodologia de recolha de informação com tratamento de análise de conteúdo qualitativo e quantitativo.

A investigação qualitativa possui cinco características: a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; a investigação qualitativa é descritiva; os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva (as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando); e o significado é de importância vital na abordagem qualitativa, ou seja aqui os investigadores estão interessados no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas (Bogdan & Biklen, 1994:p.47-51).

São muitas as interpretações que se têm dado à expressão pesquisa qualitativa. Entre os mais diversos significados, consideramos abordagem qualitativa

ou pesquisa qualitativa como sendo um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico ou segundo sua estruturação. Esse processo implica em estudos segundo a literatura pertinente ao tema, observações, aplicação de questionários, entrevistas e análise de dados, que deve ser apresentada de forma descritiva. Para realizar esse estudo, é importante que já se tenha clareza quanto ao objeto de pesquisa, ou seja, quanto ao tema a ser estudado.

O trabalho do investigador assenta nas várias relações comportamento/significado, e tem como objetivo descobrir esquemas específicos relativos à identidade social de um determinado grupo.

3. QUESTÃO DE PARTIDA

A questão geral desta investigação centra-se em clarificar quais os comportamentos precoces da PEA e em perceber se a intervenção junto das crianças com PEA na Educação Pré-escolar, nomeadamente no Jardim de Infância, acontece o mais precoce possível. Basicamente o que pretendemos saber é, até que ponto os educadores conseguem perceber/identificar comportamentos precoces associados/próximos da Perturbação do Espectro do Autismo no Jardim de Infância?

4. ESQUEMA GERAL DA INVESTIGAÇÃO

Para melhor clarificarmos o processo investigativo, apresentaremos o desenho do esquema geral de investigação.

Título: Intervenção Precoce em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo	
Para: (clarificar objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> - Saber se as (os) educadoras (es) de infância identificam sinais de alerta no que se refere ao desenvolvimento das crianças em geral, no Jardim de Infância. - Percecionar quais os sinais de alerta, associados à Perturbação do Espectro do Autismo, que as (os) educadoras (es) mais identificam no Jardim de Infância. - Identificar quais as estratégias utilizadas pelas (os) educadoras (es), no contexto de Jardim de Infância, com as crianças que apresentam comportamentos associados/próximos à Perturbação do Espectro do Autismo.
Respondendo a:	Identificação precoce de comportamentos associados/próximos da Perturbação do Espectro do Autismo
Como: (fases)	<p>-1ª Fase: Descritiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar o enquadramento teórico - Investigar o conceito de P.E.A. com as alterações do DSM-V - Características da criança Autista - Estratégias de intervenção pedagógica precoce <p>-2ª Fase: Explicativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos metodológicos <ul style="list-style-type: none"> • Realizar questionários a educadoras (es) de infância (com ou sem especialização em educação especial) que tenham ou já tiveram crianças com P.E.A.
Contextos Espaciotemporais	-Contexto de Pré-escolar: Jardim de Infância
Foco de atenção:	<p>Intervenção Precoce</p> <p>Perturbação do Espectro do Autismo</p> <p>Estratégias de Intervenção</p>
Fundamentado em: (pressupostos teóricos)	Almeida, Baptista, Bautista, Bogdan & Biklen, Correia, Gauderer, Lima, Marques, Pereira, Santos,...

Com o intuito de identificar precocemente os comportamentos associados/próximos da Perturbação do Espectro do Autismo, escolhemos como tema, *a Perturbação do Espectro do Autismo – Sinais de Alerta e Estratégias*, pois ainda é um assunto envolto num grande mistério e uma das patologias que apresenta um diagnóstico mais tardio, dada a inerência das suas características.

Quanto aos objetivos, pretendemos saber se as (os) educadoras (es) de infância identificam sinais de alerta no desenvolvimento das crianças em geral, no Jardim de Infância; perceber quais os sinais de alerta, associados à Perturbação do Espetro do Autismo, que mais preocupam as (os) educadoras (es) de infância no Jardim de Infância; e identificar quais as estratégias utilizadas pelas (os) educadoras (es) de infância, no contexto de Jardim de Infância, com as crianças que apresentam comportamentos associados/próximos à PEA.

Assim, numa primeira fase, descritiva, realizamos um enquadramento teórico, em que analisamos a perspetiva histórica do conceito de autismo; clarificamos o conceito de PEA; observamos a evolução da etiologia da PEA (com as diferentes teorias); verificamos as etapas do desenvolvimento das crianças em geral para termos uma perceção do desenvolvimento global e “normalizado”; especificamos as características da criança com PEA; analisamos profundamente as estratégias de intervenção pedagógica precoce e a sua importância.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O investigador tem de ter a preocupação com a fiabilidade, assim como a validade dos métodos a que vai recorrer, para que a investigação seja feita com rigor, tornando-se válida e útil.

No processo de investigação, esta validade e fiabilidade irão depender da forma como o processo de recolha de informações é feito, este terá que ser igualmente válido.

No que respeita à articulação entre a revisão da literatura e o trabalho empírico houve o cuidado de selecionar leituras e de as relacionar com as temáticas do enquadramento teórico.

Face ao objeto de estudo definido ao longo deste trabalho considerou-se adequada a construção de um Inquérito por questionário como método de recolha de dados sobre a perceção dos educadores de infância face aos sinais de alerta e estratégias utilizadas com crianças com PEA em idade pré-escolar. Este instrumento permite, na perspetiva de Quivy (1992), “(...) distinguir-se da simples sondagem de opinião pelo facto de visar a verificação das hipóteses teóricas e a análise das

correlações que essas hipóteses sugerem (...) são geralmente mais consistentes que as sondagens”.

Elaborar um inquérito por questionário não é só fazer perguntas, tem de se ter em conta ao certo o que pretendemos saber. Segundo Silva e Pinto (1986).

(...) tudo se resume a saber fazer perguntas e a identificar os elementos constituintes da resposta... Em primeiro lugar, obriga ao controlo da inteligibilidade da pergunta em toda a sua extensão e multiplicidade de dimensões e, em segundo lugar, exige a fixação de critérios para distinguir o que é ruído do que é sinal de resposta à pergunta formulada.

Neste caso em concreto, a estrutura inicial do questionário pauta-se pela sua finalidade. Seguidamente, colocamos as habituais questões de género, idade, habilitações académicas, tempo de serviço, tipo de instituição em que trabalha, se teve ou tem alunos com NEE e se teve ou tem alunos com PEA.

Dando continuidade ao nosso inquérito, optou-se por inserir questões fechadas, para que o inquirido escolhesse a opção de resposta que mais se adequasse àquilo que pensava. No entanto, também colocamos cinco questões abertas para termos uma perceção mais individualizada e personalizada sobre os conhecimentos do nosso grupo de estudo.

Na construção do questionário foi utilizada uma escala de *Likert* para medir os aspetos a serem estudados. A Escala de *Likert*, consiste numa série de 5 proposições, onde o inquirido seleciona uma delas (*nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, sempre*). Na valoração foram ainda associadas pontuações de 1 a 5, em que 1 significa *nunca* e 5 significa *sempre*.

Depois de elaborado o questionário tornou-se fundamental avaliar a pertinência dos seus indicadores, bem como submetê-los a uma validação apreciativa de especialistas na área, através da técnica de *focus group*.

Os indicadores foram selecionados de alguns objetivos do Programa *Portage* para as áreas da cognição, linguagem, desenvolvimento motor, socialização e autonomia/independência; para as idades até 1 ano, entre 1 a 2 anos, entre 2 a 3 anos, entre 3 a 4 anos, entre 4 a 5 anos e entre 5 a 6 anos. Nas questões fechadas foram utilizados procedimentos quantitativos, tendo uma validade universal, que advém de um processo experimental, comprovado a nível estatístico, e sendo hipotético-dedutivo (Bogdan e Biklen, 1994:p.105).

Na sua origem o *focus group* (grupo focal) foi criado como uma ferramenta da investigação de *marketing*. Para Morgan (1988, in Duarte, 2012: 7), esta técnica de

investigação científica tem sido crescentemente utilizada em investigação nas ciências sociais, principalmente desde os anos 90, seja como instrumento de recolha de informação exclusivo, seja em complemento com outros, designadamente de carácter mais extensivo, como é o caso do inquérito por questionário. Privilegia a observação e o registo de experiências e reações dos indivíduos participantes do grupo, que não seriam possíveis de captar por outros métodos.

Numa primeira fase pretendeu-se realizar um pré-teste ao questionário, para validar o mesmo, junto a dez especialistas em Educação Especial, todos doutorados, alguns com formação em psicologia, professores universitários, investigadores no campo do autismo e presidentes de associações conceituadas de PEA, de modo a que se pudesse retificar algumas questões.

Foi enviada uma carta de apresentação e seguidamente o questionário para validação (Anexo1 e 2). Foi pedido que o validassem quanto ao *conteúdo e redação de cada item*, considerando a *formulação adequada das questões*, a *redação inteligível de cada item* e se estes *estavam adequados* para valorar o que se pretendia, a *clareza geral da linguagem* utilizada, a *extensão do questionário* no seu conjunto, a *facilidade em responder* e a *apresentação geral* com um máximo de dez e um mínimo de zero (10 muito adequado e 0 nada adequado), além de uma opinião ou sugestão, se considerassem oportuno.

Após dois meses de espera, recebeu-se quatro validações, onde à maioria dos objetivos atribuíram 10, quer quanto à redação, quer quanto à sua adequação para valorar o que se pretendia. No entanto, os quatro especialistas acharam o inquérito demasiado extenso.

Assim, procedeu-se a uma redução deste, tendo o cuidado e a preocupação de manter as questões essenciais e que fossem produtoras de dados para clarificar os objetivos da investigação (Anexo3).

6. GRUPOS DE ESTUDO

A Amostra do presente estudo incide sobre educadoras (es) de infância (com ou sem especialização em educação especial) que possuam experiência na profissão.

Os elementos intervenientes do estudo exercem a sua função profissional nas cidades de Gondomar, Rio Tinto, Porto, Valongo e Ermesinde.

Na cidade de Gondomar os educadores pertenciam ao Agrupamento de Gondomar (rede pública), à IPSS Centro Social de Valbom e aos privados Soutinho, Saber Crescer, Turma da Pequenada, Externato Santa Margarida, Colégio Madre Isabel Larrañaga, Externato Paulo VI e Colégio Quinta Inglesa.

Em Rio Tinto os educadores de infância pertenciam ao Agrupamento de Baguim (rede pública), à IPSS Centro Social de Soutelo e aos privados Alegria de Aprender.

No Porto os educadores de infância pertenciam às IPSS OSMOP, e Perpétuo Socorro e à rede privada, Externato das Escravas do Sagrado Coração de Jesus.

Em Valongo os educadores de infância pertenciam à IPSS de Valongo e ao privado, Caminhar.

Por fim, em Ermesinde os educadores de infância pertenciam ao privado Colégio de Ermesinde.

No total participaram neste inquérito educadores de infância de dois agrupamentos públicos, cinco IPSS e onze privados.

Foi distribuído o inquérito a uma população de 134 Educadores de Infância, com experiência. Após 2 meses de espera, tivemos um retorno de 91 inquéritos e todos eles produtores de dados.

A fase seguinte constituiu no tratamento estatístico.

III- ANÁLISE E RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

1. RESULTADOS E ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS SOCIOMÉTRICOS

A amostra de educadores de infância a que se recorreu exerce a sua função profissional nas cidades do Porto, Gondomar, Rio Tinto, Ermesinde e Valongo. Após os inquéritos recolhidos, verificou-se que responderam 91 educadores de infância, sendo na sua maioria do sexo feminino como podemos observar no gráfico I. Apenas 1% dos inquiridos são do sexo masculino.

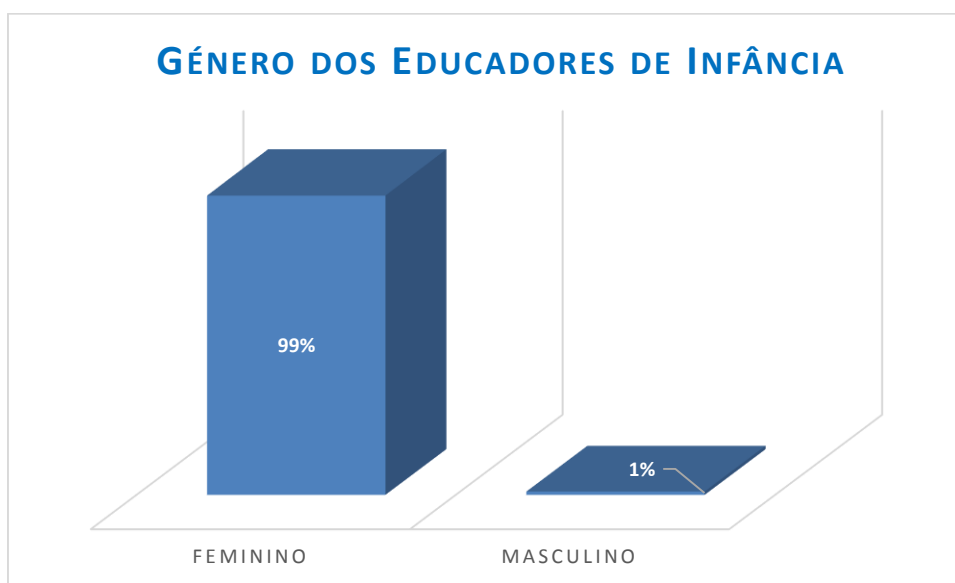


Gráfico I – Percentagem de Educadores de Infância quanto ao género.

Assim podemos constatar que ainda nos dias de hoje, ser educador de infância é uma profissão maioritariamente do sexo feminino.

Verificamos também (Gráfico II), que os respondentes apresentam idades compreendidas entre os 23 e os 61 anos, onde a faixa etária dos 30 aos 39 anos surge em 32%, juntamente com a faixa etária entre os 40 e os 49 com 31% e de realçar também a faixa dos 51 aos 59 com 28%.

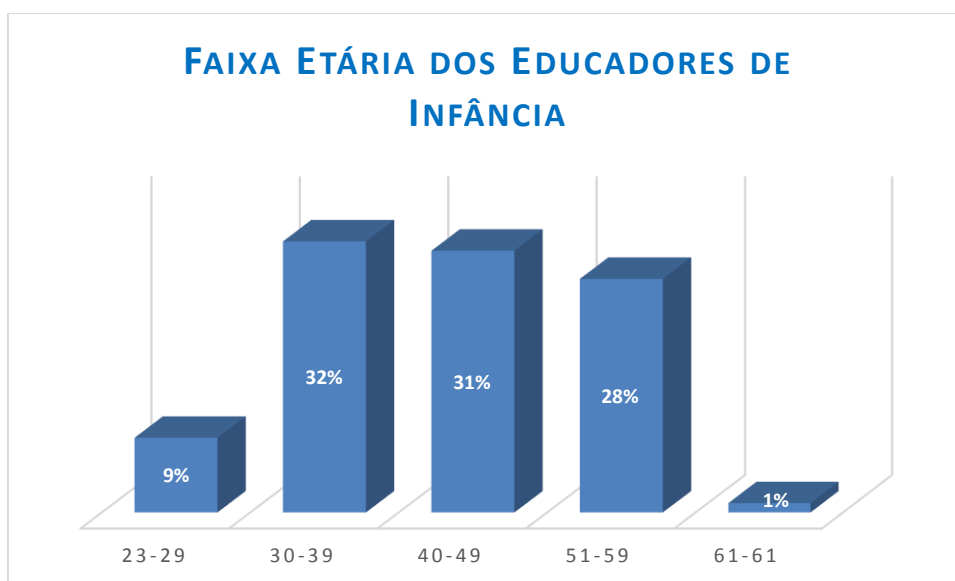


Gráfico II – Percentagem da Faixa Etária dos Educadores de Infância.

O que nos leva a pensar que a maioria dos educadores a trabalhar estão na faixa etária entre os 30 e os 59 anos, ou seja, poucos arranjam emprego logo quando acabam o seu curso e além disso trabalham até tarde.

Em termos de habilitações académicas (Gráfico III) verifica-se haver inquiridos com os graus de Bacharelato, Licenciatura, Especialização em E.E., Mestrado e Doutoramento. Observa-se assim que, a grande maioria dos respondentes, detêm uma licenciatura (57%) e uma pequena percentagem, 12%, tem especialização em E.E.

Daqui retiramos, que a maioria dos educadores tem uma licenciatura, mas poucos são os que se especializam em E. E., logo poderiam não estar tão habilitados para responder às crianças com necessidades educativas especiais e em particular às crianças com características de Perturbação do Espectro Autista.

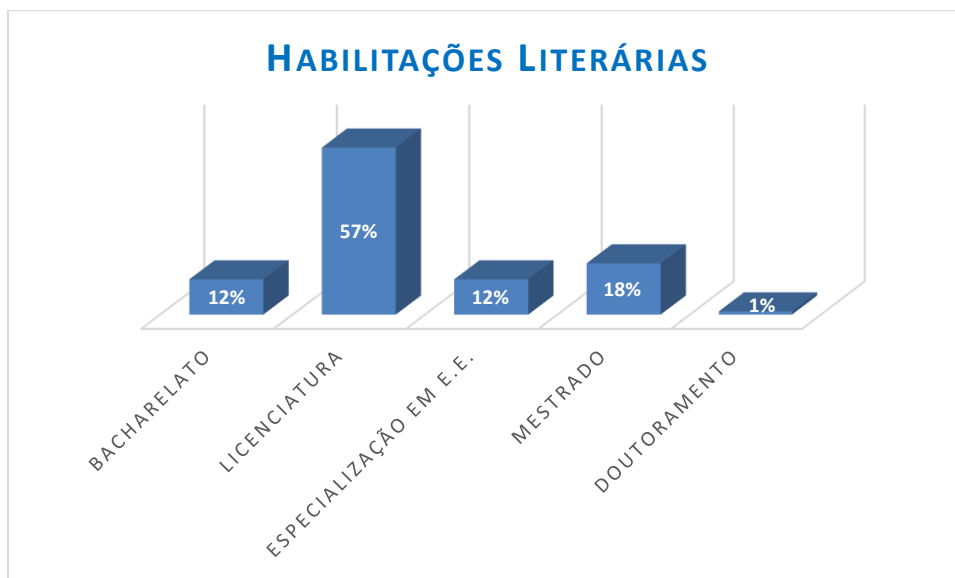


Gráfico III – Percentagem das Habilitações Literárias dos Educadores de Infância.

No que se refere ao tempo de serviço (Gráfico IV), os docentes inquiridos apresentaram maior percentagem entre os 10 e os 19 anos de serviço (37%) e menor percentagem entre os 30 e os 37 anos de serviço (17%).

Podemos inferir destes dados, que apesar de grande parte não ter uma especialização em Educação Especial, tem muitos anos de experiência, em contato com diversas crianças.

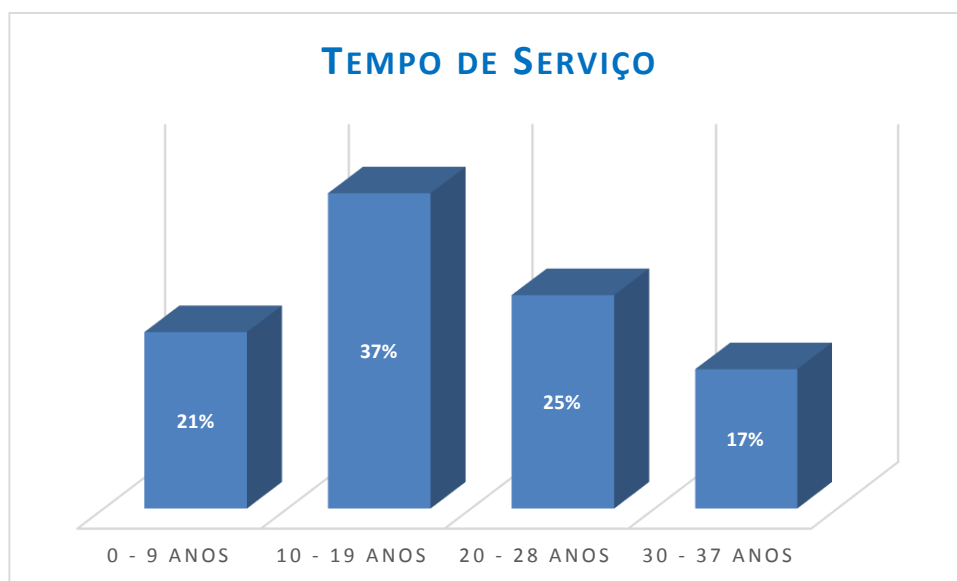


Gráfico IV – Percentagem do Tempo de Serviço dos Profissionais.

Quanto à natureza das instituições (Gráfico V), estes profissionais trabalham maioritariamente em instituições privadas (46%) e públicas (37%).

Podemos observar que a grande maioria dos educadores trabalha no privado, pois o público continua a ser de difícil acesso. Já quanto a associações de solidariedade social, são cada vez menos.

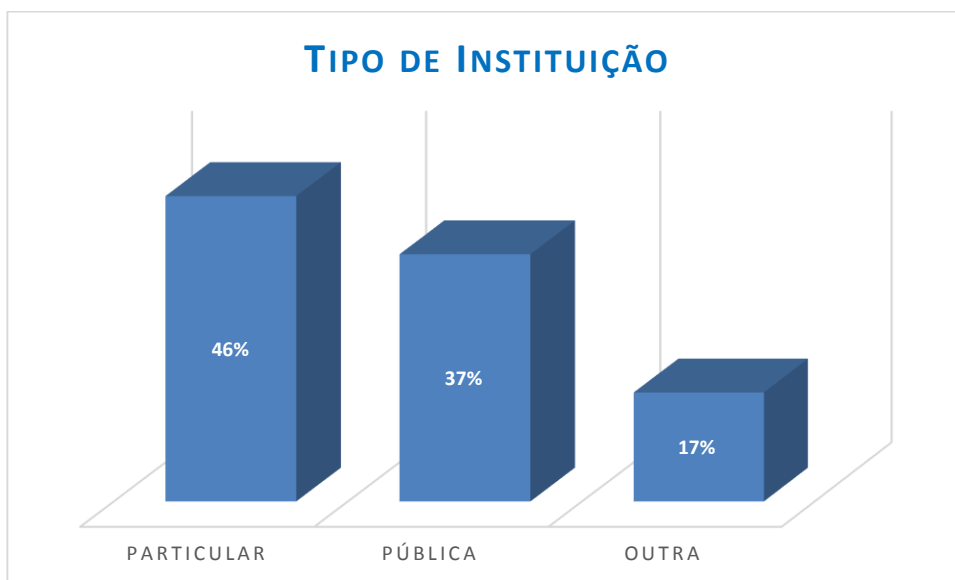


Gráfico V – Percentagem do Tipo de Instituição dos Profissionais.

É de realçar que 74% dos respondentes referiram já ter trabalhado com alunos com N.E.E., enquanto somente 26% não tiveram (Gráfico VI).

Esta constatação leva-nos a pensar que grande parte dos educadores de infância, apesar de só 12% terem especialização em Educação Especial, tem ou já teve crianças com N.E.E. nas suas salas. Assim, terá toda a pertinência saber como resolvem as suas dúvidas em relação ao desenvolvimento e metodologias de intervenção com estas crianças? Será que lhes dão o apoio necessário?

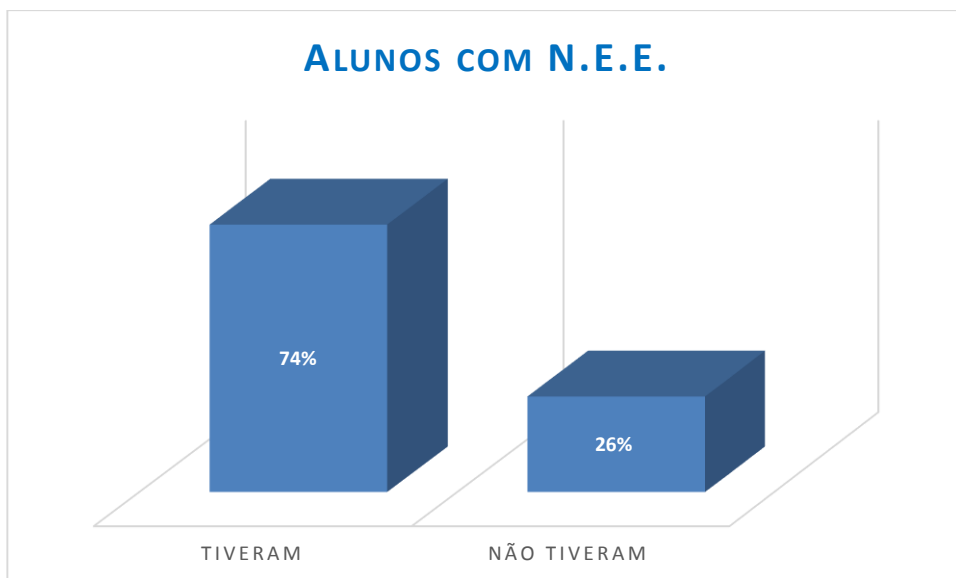


Gráfico VI – Percentagem de Profissionais que tiveram ou não alunos com N.E.E.

Dos educadores de infância que tiveram alunos com N.E.E., os tipos de N.E.E. mais enunciados foram: o Atraso Global de Desenvolvimento com 19% e a Trissomia 21, igualmente com 19%. Com elevada percentagem aparece também a Paralisia Cerebral com 14%, a Hiperatividade e Défice de Atenção com 10% e a Deficiência Mental com 10%.

No gráfico abaixo (Gráfico VII), podemos verificar o tipo de patologias e problemáticas com as quais estes educadores já intervieram.

Com a análise deste gráfico poderemos retirar várias ilações. Primeiramente salta-nos à vista o facto de 19% ter referido que já teve crianças com atraso global de desenvolvimento, o que consubstancia que, uma percentagem elevada dos diagnósticos diferenciais são realizados a partir do ingresso na educação básica, por isso quando se detetam dificuldades acentuadas numa criança do pré-escolar, salvo situações muito concretas, pensa-se imediatamente em atraso global de desenvolvimento, só mais tarde surgirá um outro diagnóstico.

Os 19% que tiveram crianças com Trissomia 21, também estão dentro do que era espectável, pois é uma das problemáticas que se diagnostica logo nos primeiros meses de vida.

Importante, será analisar que ninguém refere ter tido crianças com P.E.A. quando mais à frente nos vão dizer que sim. Isto pode dever-se a várias situações, ou porque as encaixaram nos 10 % de crianças com défice cognitivo, ou ainda porque

acharam que apesar de já terem tido crianças com P.E.A. não foi das problemáticas mais comuns com que se depararam na sua vida profissional.

Uma outra observação curiosa deste gráfico é a de que, em salas de educação pré-escolar já falam em disgrafia e dislexia, quando só no ensino básico é que habitualmente se detetam este tipo de problemáticas.

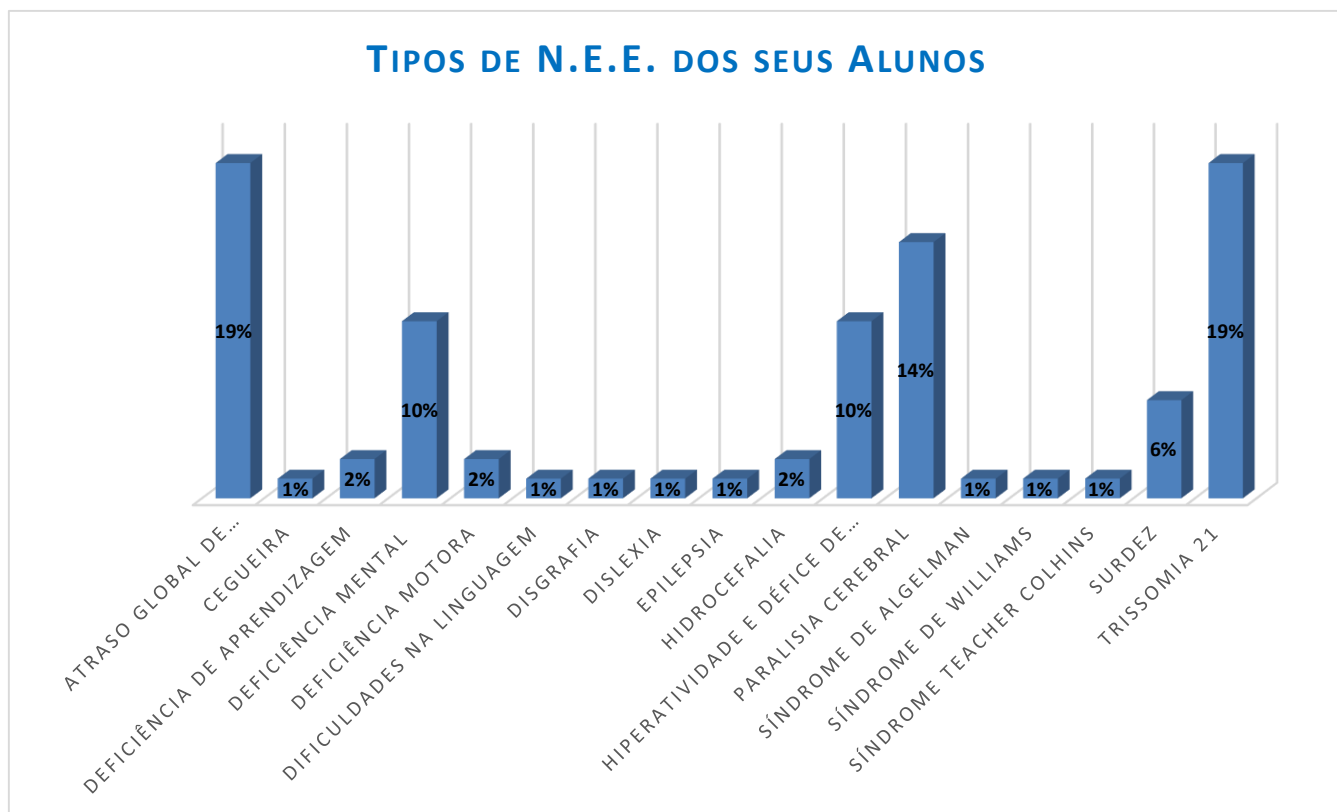


Gráfico VII – Percentagem de Tipos de N.E.E. que os Educadores de Infância já tiveram.

Relevante para a nossa investigação é também, o facto de que, quando inquiridos diretamente sobre a PEA, este grupo de educadores de infância, 44%, afirmaram que já tiveram alunos com P.E.A., o que ainda é uma percentagem bastante elevada, apesar de não ser a maioria, como podemos ver no gráfico VIII.

Como foi mencionado em cima, apesar de não ter sido citado pelos educadores, a P.E.A., como sendo uma das patologias comum que já tiveram nas suas salas de jardim-de-infância, quase metade da nossa amostra já teve crianças com P.E.A. na sua sala, isto quando, só 12% tem especialidade em educação especial.

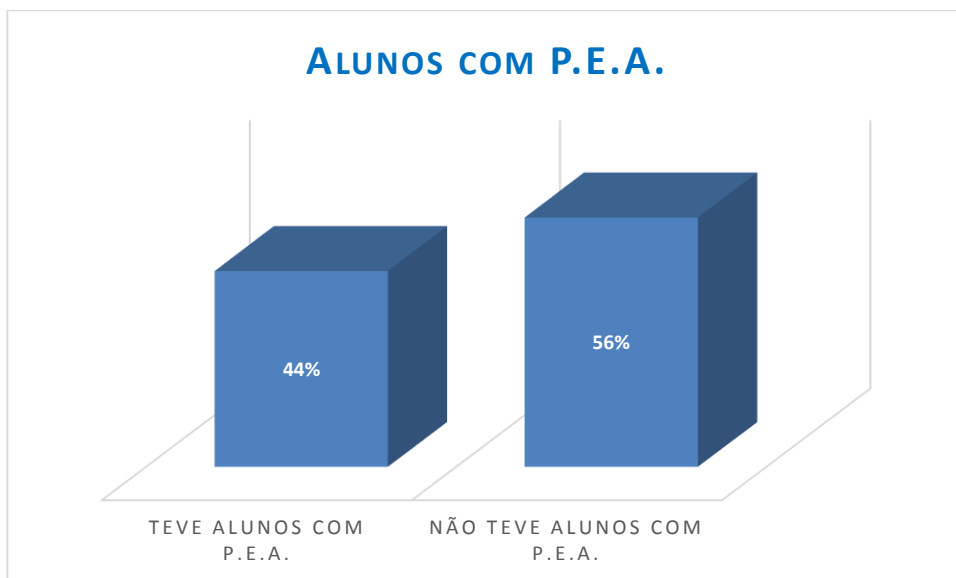


Gráfico VIII – Percentagem de Alunos com P.E.A.

2. RESULTADOS E ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS DAS PREOCUPAÇÕES DOS EDUCADORES

Passaremos agora à análise dos dados sobre as preocupações dos educadores de infância face ao desenvolvimento das crianças que acompanham. Sabemos que nem todos os docentes veem os alunos da mesma maneira, as suas experiências individuais e profissionais influenciam esse “olhar”, por isso, a análise aqui apresentada não poderá ser generalizada a todos os educadores, ela está intimamente relacionada com as perceções e práticas individuais desta amostra. Contudo, esperamos retirar dados para a reflexão, reorganização e reconstrução de práticas interventivas e atempadas nas crianças com alterações do desenvolvimento, principalmente, no que se refere ao modo como os educadores “reconhecem” os sinais de alerta associados à Perturbação do Espectro do Autismo.

No que diz respeito aos comportamentos das crianças em que os educadores de infância apresentam uma maior preocupação, foi realizado no programa Excel 2013, um cálculo em percentagem dos resultados obtidos (Anexo 4).

Para uma melhor exploração dos resultados vamos analisar, em cada idade, qual a área de maior preocupação dos educadores de infância, ou seja, quais as áreas

em que se obteve maior percentagem na coluna do *frequente* e *sempre*, uma vez que estas duas colunas têm valores muito idênticos.

Para uma melhor análise e organização dos dados vamos estabelecer siglas para identificar a área da Cognição (C), a área da Linguagem (L), a área do Desenvolvimento Motor (M), a área da Socialização (S) e a área da Autonomia (A), e ainda para referir os objetivos (O) e associarei o seu número. Por exemplo: (CO1) significa Área da Cognição, objetivo 1 do inquérito apresentado aos respondentes.

Assim, é de referir que até 1 ano de idade os educadores de infância, mostram uma maior preocupação com a área da *linguagem*. Isto é, 91% afirma preocupar-se se a criança não segue um som virando a cabeça (LO1), assim como 92% se preocupa se a criança não exerce contacto visual (LO2).

Com os resultados deste último indicador, que é uma característica capital da criança com P.E.A. podemos inferir que, a maioria dos educadores de infância estão atentos e identificam este sinal de alerta no desenvolvimento das crianças em geral, o que possivelmente irá permitir a elaboração de um diagnóstico diferencial.

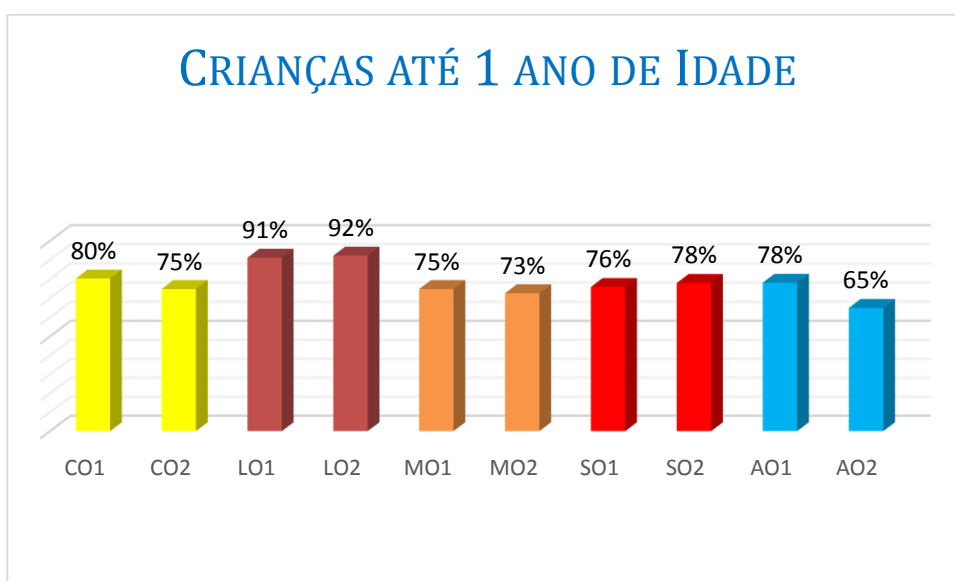


Gráfico IX – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças até 1 ano.

Nesta faixa etária, observa-se que os educadores de infância estão menos preocupados com a *autonomia* e o *desenvolvimento motor*.

Notamos também, a nível das outras áreas, que de um modo geral, os respondentes se preocupam com as características inerentes às crianças com P.E.A. a todos os níveis. Na área da *cognição*, 80% preocupam-se se a criança não procura

com os olhos um objeto que foi retirado do seu campo de visão (CO1), 75% se a criança não deixa cair e apanha brinquedos (CO2); na área do desenvolvimento motor, 73% preocupam-se se a criança não apresenta um riso apropriado à situação vivida (MO2); na área da socialização, 78% preocupam-se se a criança não quer colo e mimos (SO2); e na área da autonomia, 65% preocupam-se se a criança não come sozinha com as mãos (AO2).

No que diz respeito à idade compreendida entre 1 ano e os 2 anos de idade, mostram mais preocupação com os indicadores do desenvolvimento motor e da socialização. Isto é, 81% afirma preocupar-se se a criança não demonstra sensibilidade à dor (MO2), assim como 80% preocupa-se se a criança não puxa por uma pessoa para mostrar qualquer ação ou objeto com intencionalidade comunicativa (SO2). Com o primeiro indicador, que é uma característica capital da criança com P.E.A. podemos também inferir que, a maioria dos educadores de infância estão atentos e identificam este sinal de alerta no desenvolvimento das crianças com que trabalham.

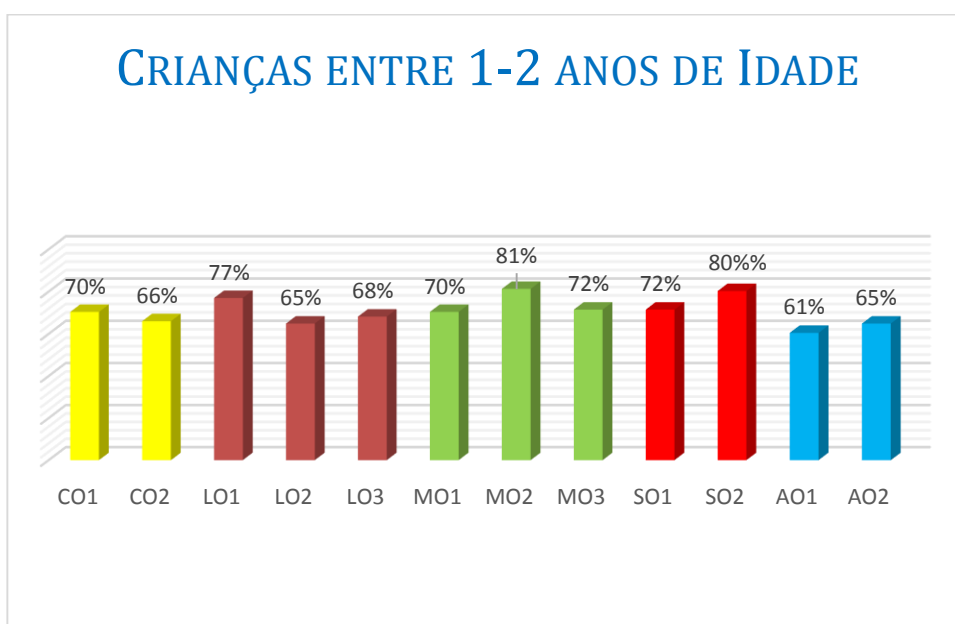


Gráfico X – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 1 e os 2 anos.

Nesta faixa etária, observa-se que a *autonomia* é a área em que há menos educadores de infância preocupados.

Notamos também, a nível das outras áreas, que de um modo geral, os respondentes se preocupam com aquelas em que sobressaem as características inerentes às crianças com P.E.A. a todos os níveis. Na área da cognição, 66% preocupam-se se a criança não observa todos os objetos à sua volta (não se fixando só num) (CO2); na área da linguagem, 65% se a criança não diz 10 palavras com significado (LO2), 68% preocupa-se se a criança utiliza as vias de comunicação adequadas (LO3); na área do desenvolvimento motor, 70% preocupa-se se a criança não apresenta movimentos corporais estereotipados (MO1); na área da socialização, 72% preocupa-se se a criança não imita o adulto em tarefas simples (SO1); e na área da autonomia, 61% preocupa-se se a criança não põe e tira o chapéu da cabeça (AO1).

No que diz respeito à idade compreendida entre 2 anos e os 3 anos de idade, mostram mais preocupação com indicadores da linguagem e da socialização. Isto é, 81% afirmam preocupar-se se a criança não apresenta maioritariamente comunicação não-verbal (LO1), assim como 81% preocupa-se se a criança não procura consolo em momentos de aflição (SO1). Com estes dois indicadores, que são características basilares da criança com P.E.A. podemos também inferir que, a maioria dos educadores de infância estão atentos e identificam estes sinais de alerta no desenvolvimento das crianças com que trabalham.

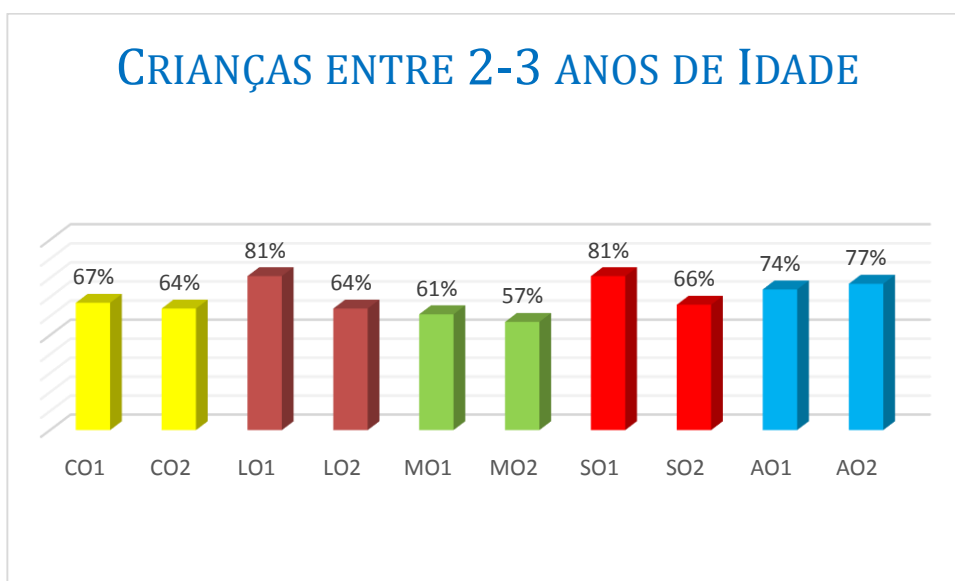


Gráfico XI – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 2 e os 3 anos.

Nesta faixa etária, observa-se que os educadores de infância estão já mais preocupados com a *autonomia* e menos preocupados com a *cognição* e o desenvolvimento motor.

Notamos também, a nível das outras áreas, que de um modo geral, os respondentes se preocupam com características intrínsecas às crianças com P.E.A. a todos os níveis. Na área da cognição, 67% preocupa-se se a criança não procura constantemente determinados objetos (CO1); na área do desenvolvimento motor, 61% se a criança não demonstra medo do perigo (MO1) e na área da autonomia, 77% preocupa-se se a criança não expressa as suas necessidades (AO2).

No que diz respeito à idade compreendida entre 3 anos e os 4 anos de idade, mostram mais preocupação com indicadores da linguagem e da socialização. Isto é, 85% afirmam preocupar-se se a criança não mantém uma conversa simples (LO1), assim como 81% preocupam-se se a criança não se relaciona bem com as outras crianças (SO2). Este último indicador é uma das características básicas da criança com P.E.A. podemos também continuar a deduzir que, a maioria dos educadores de infância estão mesmo atentos e identificam estes sinais de alerta no desenvolvimento das crianças com que trabalham.

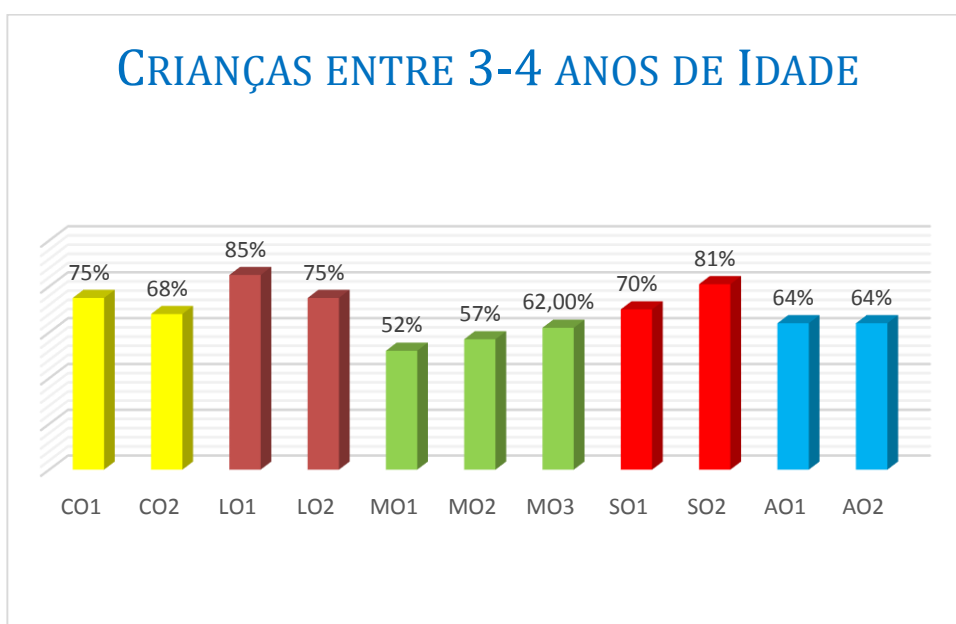


Gráfico XII – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 3 e os 4 anos.

Nesta faixa etária, observa-se que os educadores de infância estão mais preocupados com a linguagem e a socialização, e menos preocupados com o desenvolvimento motor.

Notamos também, a nível das outras áreas, que de um modo geral, os respondentes se preocupam com características inerentes às crianças com P.E.A. a todos os níveis. Na área da cognição, 68% preocupam-se se a criança não alterar rotinas, quando necessário, sem se importar (CO2); na área da linguagem, 75% preocupam-se se a criança não utiliza vocabulário diversificado (LO2); na área do desenvolvimento motor, 57% se a criança colocar constantemente objetos em rotação (MO2).

No que diz respeito à idade compreendida entre 4 anos e os 5 anos de idade, mostram mais preocupação com indicadores da socialização e da autonomia. Isto é, 85% afirmam preocupar-se se a criança não reconhecer a existência do outro e os seus sentimentos (SO2), assim como 89% preocupam-se se a criança não lava as mãos e a cara sozinha (AO2). Estes dois indicadores são características primárias da criança com P.E.A. podemos também continuar a deduzir que, a maioria dos educadores de infância estão atentos e identificam estes sinais de alerta no desenvolvimento das crianças com que trabalham.

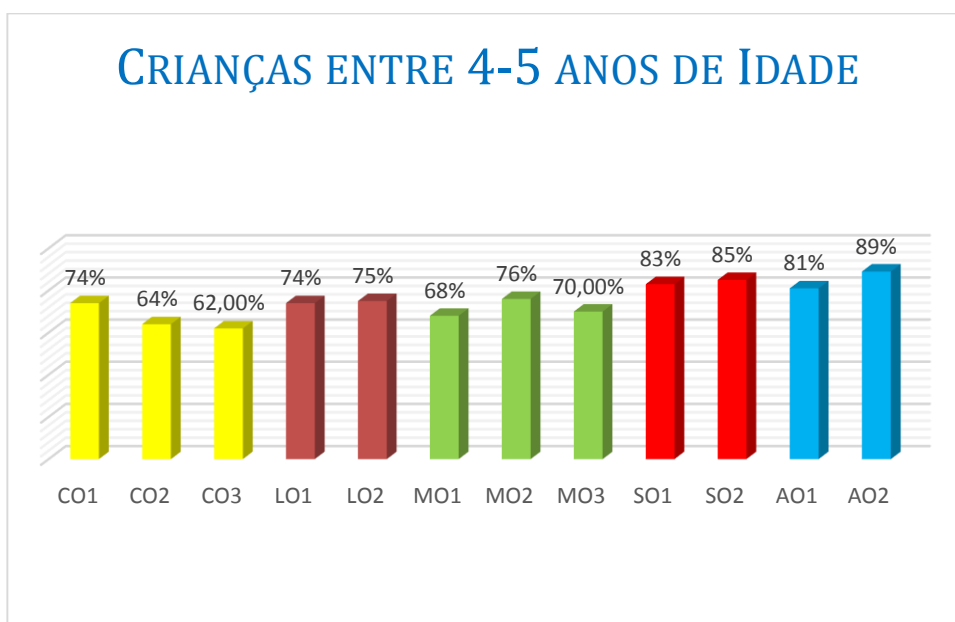


Gráfico XIII – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 4 e os 5 anos.

Nesta faixa etária, observa-se que os educadores de infância estão mais preocupados com a socialização e a autonomia, e menos preocupados com a cognição.

Notamos também, a nível das outras áreas, que de um modo geral, os respondentes se preocupam com características inerentes às crianças com P.E.A. a todos os níveis. Na área da cognição, 64% preocupam-se se a criança não apresenta interesses variados e não repetitivos (CO2); na área da linguagem, 75% preocupam-se se a criança não manifesta uma linguagem rica em conteúdo (LO2); na área do desenvolvimento motor, 68% se a criança não demonstra boa habilidade motora (MO1) e 76% se a criança fixa objetos de forma exagerada (MO2).

No que diz respeito à idade compreendida entre 5 anos e os 6 anos de idade, mostram maior preocupação com indicadores da linguagem e da socialização. Isto é, 91% afirmam preocupar-se se a criança não relata experiências diárias (LO2), assim como 95% preocupam-se se a criança não se relaciona com outras crianças e adultos (SO3). Este último indicador é uma das características principais da criança com P.E.A. podemos assim continuar a afirmar que, a maioria dos educadores de infância estão atentos e identificam estes sinais de alerta no desenvolvimento das crianças que frequentam as suas salas.

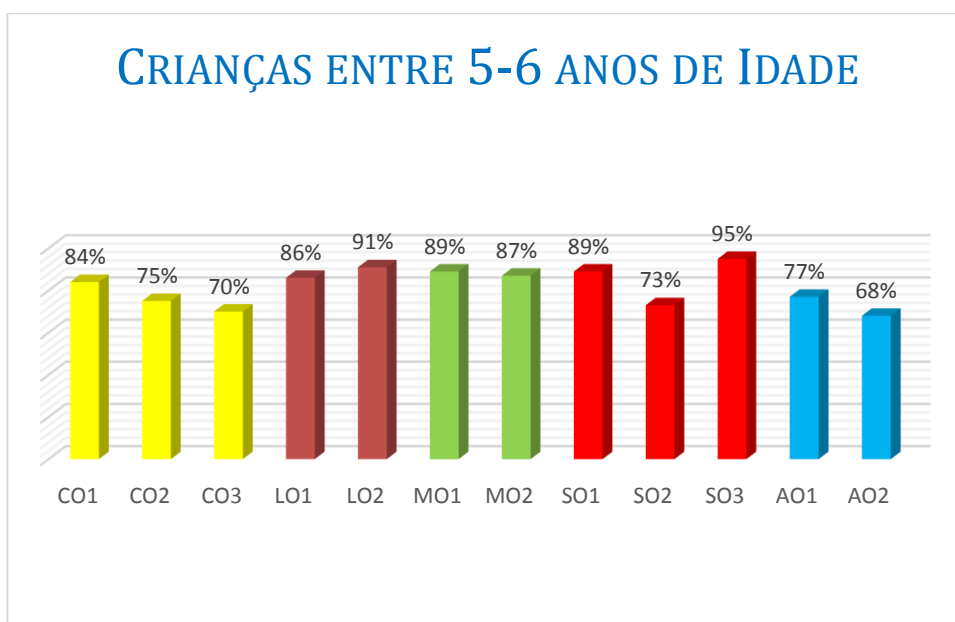


Gráfico XIV – Percentagem de Preocupações dos respondentes em crianças com idades compreendidas entre o 5 e os 6 anos.

Nesta faixa etária, observa-se que os educadores de infância estão mais preocupados com a socialização e a linguagem, e menos preocupados com a autonomia.

Notamos também, a nível das outras áreas, que de um modo geral, os respondentes se preocupam com características inerentes às crianças com P.E.A. a todos os níveis. Na área da cognição, 84% preocupam-se se a criança não demonstra capacidade imaginativa (CO1) e 70% se a criança não mostra interesse por aspetos significativos do meio ambiente (CO3); na área da linguagem, 86% preocupam-se se a criança não apresenta uma linguagem fluente (LO1); na área do desenvolvimento motor 87% se a criança não apresenta grande atividade motora (MO2); na área da socialização, 73% se a criança gostar da solidão (SO2) e na área da autonomia, 77% se a criança não vestir roupa adequada à temperatura e à ocasião (AO1).

Deste estudo podemos concluir que os educadores de infância da amostra estão atentos às características mais significativas das crianças com PEA, logo estão aptos para poder alertar os pais para uma intervenção precoce, se for caso disso, mesmo que uma percentagem significativa não tenha especialização específica na área.

Com isto, respondemos a um dos objetivos da nossa investigação, onde pretendíamos saber se as (os) educadoras (es) de infância identificam sinais de alerta no desenvolvimento das crianças em geral. Por esta análise podemos aferir que efetivamente, os educadores de infância estão vigilantes a possíveis desvios do desenvolvimento precoce das suas crianças e alertar os pais e os clínicos para possível despiste de diagnóstico diferencial.

Além deste objetivo, um outro que se tratava de perceber quais os sinais de alerta, associados à PEA, que os educadores identificam, podemos também observar com esta análise que grande parte dos educadores está atento a estes sinais de alerta, para poder ajudar as crianças numa intervenção o mais precoce possível dos seus handicaps.

3. RESULTADOS E ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS DAS QUESTÕES ABERTAS

Dando seguimento à análise dos dados obtidos através das questões abertas, estas foram organizadas, inicialmente, numa grelha, realizada no Word 2013 (Anexo 5), e depois agrupadas e organizadas em formato gráfico.

Assim, observamos que apenas 12% da amostra não sabe o conceito de PEA.

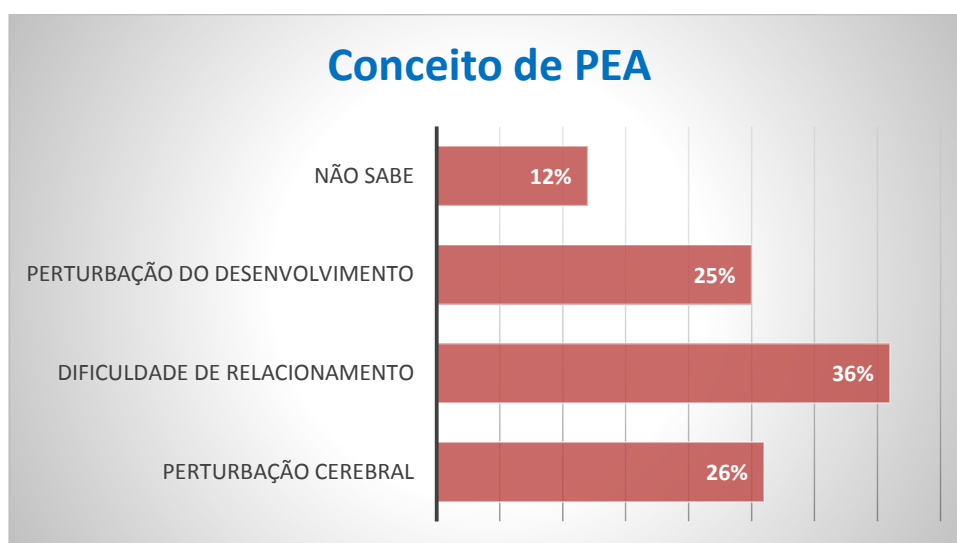


Gráfico XV – Percentagem de como se posicionam os respondentes ao conceito de PEA.

Como apresentamos na fundamentação teórica, o autismo “é uma perturbação do desenvolvimento do cérebro”, logo 26% dos educadores assim definiram a PEA. Enquanto outros educadores definiram PEA através das suas características principais, ou seja, 36% disseram que estas crianças apresentam dificuldades de relacionamento com os outros, e 25% que é uma perturbação do desenvolvimento que afeta a socialização, comunicação e comportamento, o que é verdade, pois as pessoas com autismo têm dificuldades de comunicação e nas interações sociais, podendo igualmente apresentar padrões de comportamento, interesses e atividades fora do habitual.

Em todo o caso estamos cientes de que os educadores de infância vão tendo alguns conhecimentos basilares sobre a problemática.

Uma outra questão aberta colocada foi quanto aos comportamentos típicos de uma criança com PEA no Pré-escolar, ao que os respondentes referiram diversos tipos, como podemos ver no Anexo 5.

No entanto, para uma melhor observação construímos um gráfico com as respostas mais dadas pelos mesmos (Gráfico XVI).

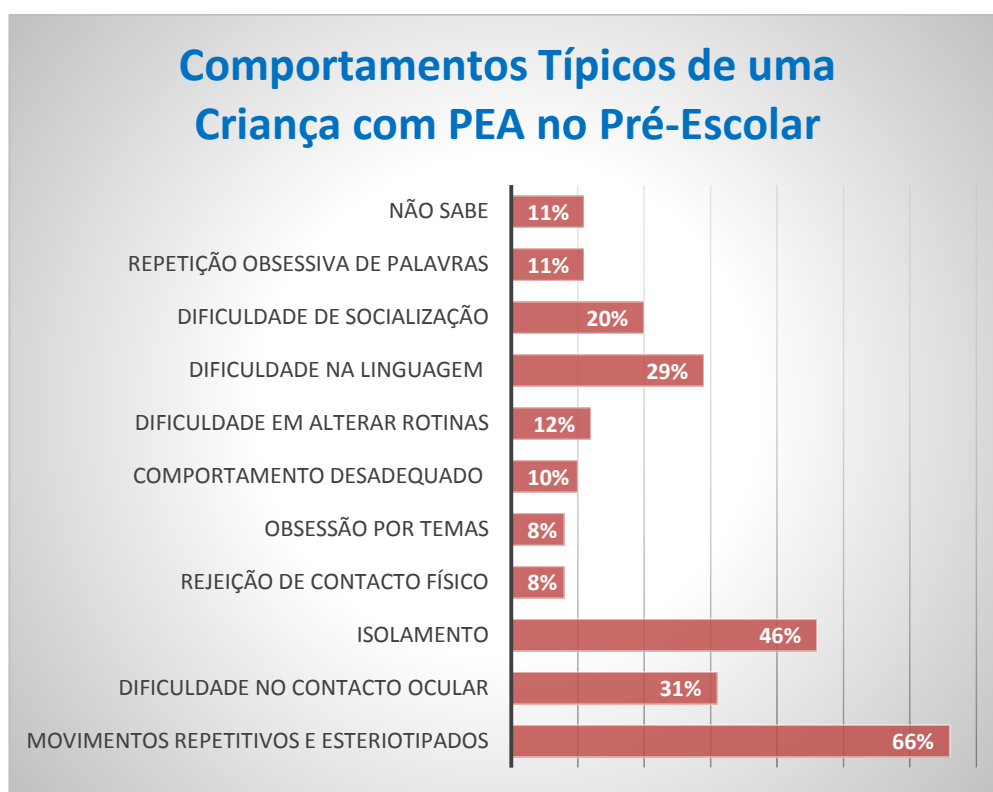


Gráfico XVI – Percentagem de como definiram os Comportamentos Típicos de uma Criança com PEA no Pré-Escolar.

Assim, observando o gráfico, podemos ver que a grande maioria dos educadores, 66% fala-nos em movimentos repetitivos e estereotipados, que como podemos comprovar na teoria é de facto uma característica marcadamente de uma criança com PEA. Também se destaca, o isolamento (46%), o olhar ausente/dificuldade no contacto ocular, dificuldade na linguagem/comunicação (29%) e dificuldade de socialização (20%). De facto, todos estes comportamentos são característicos de uma criança com PEA, o que nos leva a concluir que grande parte dos educadores apesar de não ter especialização em educação especial vai-se mantendo informado sobre estas problemáticas, o que é uma mais-valia para detetar desde cedo algum tipo de problemática.

Outra questão aberta dizia respeito aos modelos de intervenção em crianças com PEA. Aí, como podemos ver pelo gráfico XVII, é que se nota a falta de conhecimentos dos educadores. Pois a maior parte dos respondentes não conhece nenhum modelo (69%).

Modelos de Intervenção em Crianças com PEA

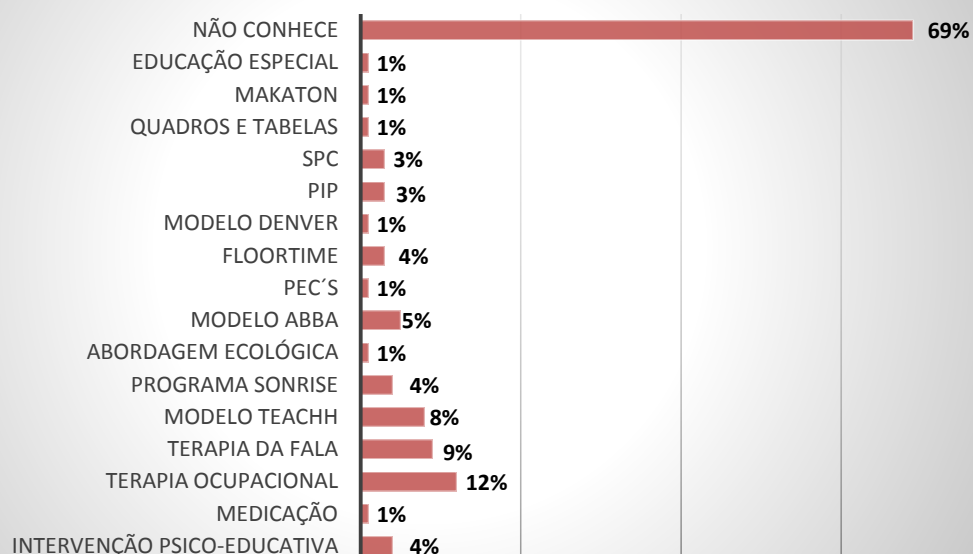


Gráfico XVII – Percentagem de Educadores que identificaram Modelos de Intervenção para crianças com PEA.

Apenas uma minoria, 12% considera que se utiliza como modelo de intervenção, a terapia ocupacional e 9% a terapia da fala. Ora estes tipos de terapias são usados, mas não são nenhum modelo em concreto.

Nomeando os modelos de facto utilizados para desenvolver as crianças com PEA, temos 8% a referir o Modelo Teachh, 5% o Modelo ABA, 4% o Modelo Son-Rise, 4% o Floortime e 1% o PECS.

Concluimos assim que muitos educadores, apesar de estarem alertas para os sinais indicadores da problemática não estão devidamente informados sobre as metodologias interventivas para ajudar estas crianças e os seus pais.

Continuando com as perguntas abertas questionamos os educadores sobre as estratégias a utilizar por eles com crianças com PEA, onde obtivemos acima dos 5% os resultados que podemos observar no gráfico XVIII.

Estratégias a utilizar pelo Educador com crianças com PEA

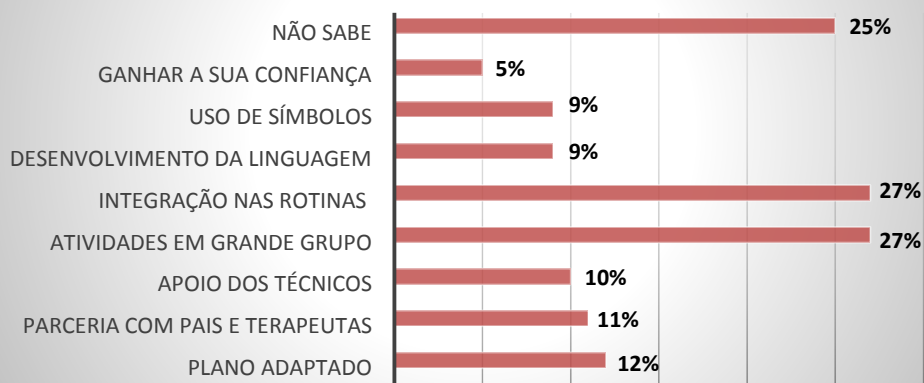


Gráfico XVIII – Percentagem de Educadores que identificaram Estratégias a utilizar com crianças com PEA.

Continuamos então um pouco descrentes quanto aos conhecimentos desta amostra de educadores, na medida em que 25% afirma que não sabe nenhuma estratégia para lidar com estas crianças. Mais preocupados ficamos, quando vimos atrás que desta amostra 44% deles já tiveram crianças com PEA. Será que lhes dão a atenção devida?

Pelo contrário temos um grupo de 27% de educadores que menciona como estratégia, motivar a criança em todas as áreas do seu interesse e outras 27% mencionam promover a sua integração nas rotinas estruturadas. Ora, estas são sem dúvida estratégias a utilizar, no entanto as respostas dadas são muito pobres para quem vai trabalhar diretamente com estas crianças e tem de saber como agir da melhor forma para elas atingirem os seus objetivos.

Por fim, surge-nos a pergunta aberta sobre as dificuldades na relação com alunos com PEA (Gráfico XIX).

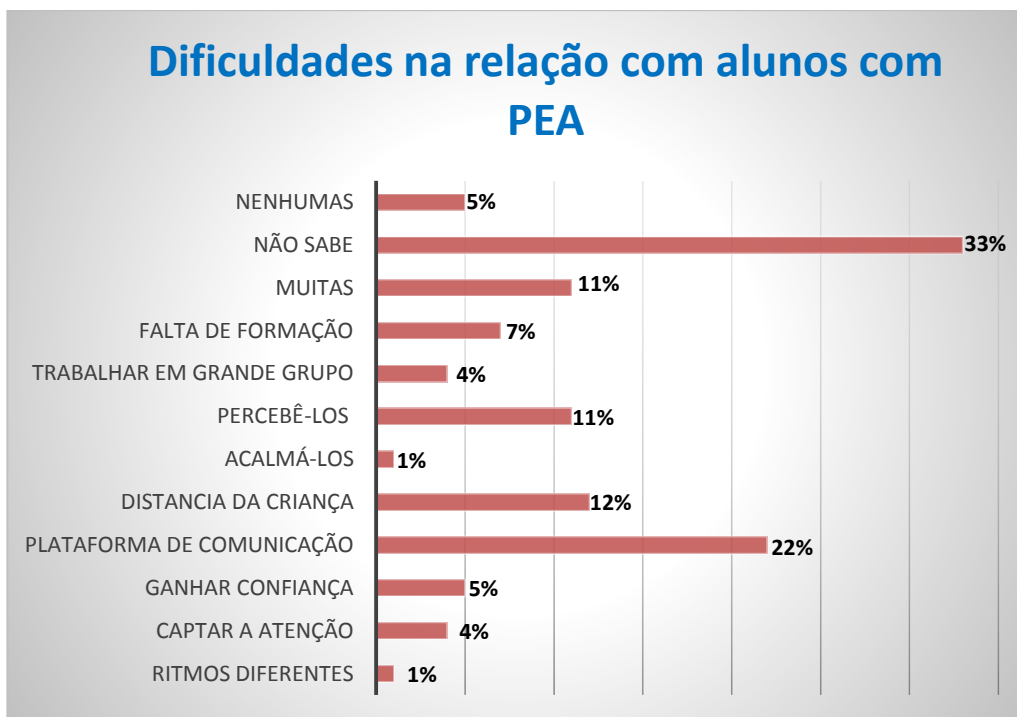


Gráfico XIX – Percentagem de Educadores que identificaram Dificuldades na relação com alunos com PEA.

Aqui podemos constatar que apenas 5% dos respondentes dizem não ter nenhuma dificuldade na relação com alunos com PEA, enquanto pelo contrário 33% diz não saber quais as dificuldades que podem sentir com estes alunos e 11% diz que terão muitas dificuldades com os mesmos.

Só alguns mencionam algum tipo de dificuldades que possam sentir. 22% referem a dificuldade de encontrar uma plataforma de comunicação, 12% menciona a distância criada pela criança, 11% a dificuldade em perceber o que estas crianças estão a sentir e querem.

Destes educadores, 7% admite mesmo ser *a falta de formação* a maior dificuldade para se relacionar com estas crianças.

Daqui podemos inferir que os educadores de infância sentem dificuldades em lidar com as crianças com PEA e admitem-no, principalmente pela falta de informação e formação específica que possuem.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pela problemática em estudo resulta de uma curiosidade inequívoca, no que diz respeito às competências usadas pelo educador de infância para fazer com que a criança com Perturbação do Espectro do Autismo se desenvolva da melhor forma e o mais precocemente possível, independentemente do diagnóstico da criança já estar ou não concluído.

Na atualidade, os educadores deverão estar preparados para assumir a responsabilidade de educar todos os alunos, usando uma pedagogia centrada no aluno, em que as principais dificuldades se situam ao nível da comunicação.

Apesar de muitos educadores se questionarem quanto à forma de melhor responderem aos alunos, devem procurar trabalhar em equipa com todos os intervenientes no processo educativo da criança, de forma a planear e adequar uma intervenção educativa eficaz.

Será importante o educador compreender as diferentes patologias com que se depara na sua prática educativa para colmatar efetivas dificuldades dos mesmos.

Cada criança deverá ser considerada como um indivíduo com características próprias, que necessita de uma observação cuidada para a determinação do seu nível de compreensão e das suas capacidades, para lhe serem dadas respostas convenientes (estratégias de ensino/aprendizagem), com o objetivo de dar sentido ao mundo que a rodeia.

O acesso à educação é um direito inerente das crianças com PEA, porém, o modo como os parceiros comunicativos desempenham o seu papel será fundamental na melhoria da qualidade de vida e de quem as rodeia. Procurar compreender a Perturbação do Espectro do Autismo permitirá a elaboração de abordagens práticas mais eficazes.

“Conviver com o autismo é abdicar de uma só forma de ver o mundo, é percorrer caminhos nem sempre equipados com um mapa nas mãos, é falar e ouvir uma outra linguagem, é criar oportunidades de troca e espaço para os nossos saberes e ignorância” (Baptista e Bosa,2002).

Ao longo da pesquisa efetuada sobre o tema em questão, deparamo-nos com dois problemas, um o facto do novo DSM-V (2013) ter alterado a denominação de autismo para PEA, o que modifica muitos factos presentes em diversas bibliografias e

também o facto de não haver praticamente bibliografia nenhuma sobre a forma como os educadores devem intervir precocemente com os seus alunos com PEA.

Por tudo isto, seria interessante investigar este tema e descobrir os sinais de alerta e as estratégias que podem ser aplicadas o mais precocemente possível em crianças que demonstram algumas destas características.

Torna-se necessário alertar todos os intervenientes do processo educativo, para a consciencialização desta perturbação e do conhecimento que apresentam. O papel do Educador é fulcral no desenvolvimento e nas práticas educativas do aluno com PEA. A formação inicial é necessária, assim como, a formação contínua, de forma a completar ou atualizar conhecimentos já adquiridos. Sem o mínimo conhecimento da problemática, os docentes cairão na insegurança e, por vezes, na “vergonha” de pedirem informações sobre as dificuldades dos alunos, e conseqüentemente poderão prejudicar o desempenho escolar e pessoal destas crianças. Há que ter em conta o trabalho em equipa em que todos os técnicos intervenham no processo educativo, e uma interação potenciadora entre os vários profissionais para que se termine com o trabalho isolado.

Será importante reforçar, que a nível ético, todos os profissionais do ramo da educação, devem reavaliar conceitos de afeto, impulso, conflito e resiliência, dizendo não a uma teoria generalista de aprendizagem. É igualmente imprescindível que se defina a verdade sobre o Autismo, que se ajude a regular a emoção e a exploração no desenvolvimento global da criança, nunca descurando o papel importante que a família desempenha. Os pais encontram-se muitas vezes sozinhos neste papel, assim como, confusos e muito mal informados sobre a problemática dos seus filhos.

Todos os alunos com PEA têm direito a um ambiente educativo, familiar e comunitário, que desempenham esforços e apresentam reforços para as necessidades de cada um, “a escola constitui hoje um novo marco na vida de qualquer criança, à qual, todos nós profissionais, cabe transformar de modo a que ela reúna as possibilidades do desenvolvimento psíquico de todas as crianças” (Santos, 1982).

Cabe também aos educadores de infância tomar as devidas providências para que possam disponibilizar todos os recursos necessários às dificuldades e necessidades destes alunos. A parceria entre o jardim-de-infância e a comunidade deve dar-se de modo equilibrado, onde os dois órgãos se deverão apoiar mutuamente.

Por fim, e respondendo à pergunta a que nos proponhamos: *Até que ponto os educadores conseguem perceber/identificar comportamentos precoces associados/próximos da Perturbação do Espectro do Autismo?*

Pelo que investigamos os educadores em geral conseguem perceber/identificar comportamentos precoces associados/próximos da PEA, apesar de muitos não terem especialização em educação especial. Esta constatação parece-nos sustentar o facto de que, quanto às estratégias a aplicar, mostram mais dificuldades no dia-a-dia com as crianças com PEA.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade? In *Análise Psicológica*.

Almeida, J. F. de & Pinto, J.M. (1990). *A investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.

American Psychiatric Association. (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-V. Disponível em <http://www.dsm5.org/.../changes%20from%20dsm-iv-tr%...>

Bach, H. (1983). Programas de Intervenção Precoce para Deficientes.

Bailey, D. (1996). Preparing Early Intervention Professionals for the 21 Century. In M. Brambring, H. Rauh; A. Beelmon (Eds.), *Early Childhood Intervention-Theory Evaluation and Practice* 488-503. Berlin, New York: De Gruyter.

Bailey, D.B., & WOLERY, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities* (2ª Ed). New York: Merrill Publishing Company.

Bairrão, J., e Almeida, I. C. (2003). Questões atuais em Intervenção Precoce. In *Psicologia*, vol. XVII, Oeiras: Celta Editora.

Baptista, C. R. & Bosa, C. (2002). *Autismo e Educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.

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

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Books-Gunn, J. & Hearn, P. (1982). *Early Intervention and Development*. Cambridge: Harvard University Press.

- Caldeira, P. (2005). *Abordagens à problemática do Autismo – Caracterização e Intervenção*. Jornadas de Formação Caldas da Rainha, Junho, 2005.
- Cowan, M. (1999). A saúde da criança. In M. Stanhope e J. Lancaster. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (4.ª ed) Lisboa: Lusociência.
- Correia, Miguel (2014). *Autismo e Atraso de desenvolvimento – um estudo de caso*. Lordelo: Fundação a Lord.
- Decreto – Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. Regime Educativo Especial.
- Doria, Neda Gabriela D. Morillo et al. (2006). *Autismo no Enfoque Psicanalítico*. Consultado em 26/10/2014, disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0311.pdf>.
- Duarte, A., Veloso, L., Sebastião, J., Marques, J. (2012). *Os Focus Group Dinâmicos na Sociologia da Educação: Virtudes e Potencialidades*. Porto: Universidade do Porto.
- Dunst, C.J., & Bruder, M. B. (2002). Values Outcomes of Service Coordination, Early Intervention and Natural Environments. *Council for Exceptional Children*, vol.68, nº3, 365 - 375.
- Eco, U. (1997). *Como se faz uma tese em Ciências Humanas*. Lisboa: Editorial Presença.
- Equipo Iridia Consultores en Discapacidad. *Detección Precoz de TEA y otras disc. del desarrollo*. Disponível em http://www.equipoiridia.es/web_ei/autismo-y-dsm5
- Filipe, C. (2012). *Autismo conceitos, mitos e preconceitos*. Lisboa: Babel.
- Gabbard, Glen (2007). *Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos*. São Paulo: Artemed Editora.

Gadelha, C. (2013). Autismo e o DSM V. Disponível em <http://blogs.d24am.com/artigos/2013/05/30/autismo-e-o-dsm-v/>

Gauderer, C. (1997). *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Revinter.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2000). A developmental approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.279-306). Baltimore: Paul H. Brookes.

Hewitt, S. (2006). *Compreender o Autismo*. Porto: Porto Editora.

Hobson, R. (1995) *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Larkey, S. (2007). *Como alcançar o Sucesso. Estratégias práticas e fichas de trabalho para o ensino de alunos com perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.

Leite, A. & Silva, S. (2006). *Autismo: A especificidade da diferença*. Sonhar.

Lima, C. (2012) *Perturbações do Espectro do Autismo*. Lousã: Edições Lidel.

Marques, C.E.C.C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ministério da Educação (2002), *Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal*.

Monteiro, M.; Santos, M. (1993). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.

Papalia, D. E; Olds, S. W. (1981). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil.

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

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

Pereira, M. (2005). *Autismo: a família e a escola face ao autismo*. V. N. Gaia: Gailivro.

Pimentel, J. Z. S. (1997), *Um bebé diferente – Da Individualidade da Intervenção Precoce à Especificidade da Intervenção*, Lisboa, Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra – PIIP, (1995).

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

Santos, M. (2013). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar e Intervir*. Lisboa: Edições Sílabo.

Santos, M. A., Santos, M. F. S. (2012). Representações sociais de professores sobre o autismo infantil. *Psicologia & Sociedade*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/13.pdf>.

Schopler, E. et al. (1990) *Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)*. Texas: Pro-ed.

Schovanec, J. (2014). *Sou autista*. Alfragide: Oficina do Livro.mmmm

- Siegel, B. (2008). O mundo da criança com autismo. Porto: Porto Editora.
- Silva, A. & Pinto, J. (1986) Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4.^a ed. Lisboa: Lusociência.
- Thompson, E. D.; Ashwill, J. W. (1996). Uma introdução à enfermagem pediátrica. (6.^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tolezani, M. (2010). *Son-Rise: Uma abordagem inovadora*. Revista Autismo 1 em 110, Guia Brasil, Ano 1 3-11.

ANEXOS

Anexo 1 – Carta de Apresentação aos Respondentes

Exmo. Senhor,

Dr.....

Solicito a sua colaboração para validar o Inquérito que se segue, no âmbito do Mestrado em Educação Especial, da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.

São nossos objetivos neste âmbito, analisar a Intervenção Precoce na Perturbação do Espectro do Autismo, junto dos educadores de infância. Desta forma, do propósito geral derivam os seguintes objetivos de investigação:

- - Saber se as (os) educadoras (es) de infância identificam sinais de alerta no desenvolvimento das crianças em geral.
- - Percecionar quais os sinais de alerta, associados à Perturbação do Espectro do Autismo, que as (os) educadoras (es) identificam.
- - Identificar quais as estratégias utilizadas pelas (os) educadoras (es), no contexto de jardim de Infância, com as crianças que apresentam comportamentos associados/próximos à Perturbação do Espectro do Autismo.

Desde já agradecemos a sua preciosa colaboração!

Atenciosamente,

Joana Silva Oliveira

Anexo 2 – Processo de Validação do Questionário por Especialistas

PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO POR ESPECIALISTAS

Dr.

Por favor, valide este questionário no que respeita ao *conteúdo e redação de cada item*, considerando se a informação *é adequada* e a *redação correta*, com um máximo de 10 e um mínimo de 0 (muito adequado 10, nada adequado 0), além da sua opinião ou sugestão, se considerar oportuno.

Nota: Numa escala de 1 a 5, em que 1 é Nunca e 5 é Sempre, os educadores de infância são convidados a indicar o seu grau de preocupação quando, até à idade determinada, uma criança ainda não apresenta o comportamento expresso.

Validação			
Idades	Indicadores	A redação deste item é inteligível	O item é adequado para valorar o que se pretende
Cognição			
Até 1 ano	- Procurar com os olhos um objeto que foi retirado do seu campo de visão.		
	- Colocar objetos num recipiente, por imitação.		
	- Deixar cair e apanhar brinquedos.		
Entre 1-2 anos	- Rabiscar.		
	- Apontar para as imagens de objetos nomeados.		
	- Observar todos os objetos à sua volta, não se fixando num só.		
Entre 2-3 anos	- Identificar materiais com texturas iguais.		
	- Procurar constantemente determinados objetos.		
	- Descrever ações em imagens.		
Entre 3-4 anos	- Nomear objetos pequenos e grandes.		
	- Apontar até 10 partes do corpo, a pedido.		
	- Alternar rotinas quando necessário, sem se querer se importar.		
	- Contar até 10 objetos por imitação.		

Entre 4-5 anos	- Recordar até 4 objetos que viu numa imagem.		
	- Nomear até 8 cores.		
	- Apresentar variados interesses e não repetitivos.		
	- Contar de cor de 1 a 20.		
Entre 5-6 anos	- Designar a esquerda e a direita em si própria.		
	- Demonstrar capacidade imaginativa.		
	- Escrever o seu nome.		
	- Mostrar interesse por aspetos significativos do ambiente.		
	Linguagem		
Até 1 ano	- Seguir um som virando a cabeça.		
	- Chorar de modo diferente segundo aquilo que o incomoda.		
	- Exercer contacto visual.		
	- Sorrir em resposta à atenção de um adulto.		
Entre 1-2 anos	- Usar gestos para indicar que quer “mais”.		
	- Dizer 10 palavras com significado.		
	- Utilizar as vias de comunicação adequadas.		
	- Juntar objetos às imagens dos mesmos.		
Entre 2-3 anos	- Descrever ações em imagens.		
	- Apresentar, maioritariamente, comunicação não-verbal.		
	- Indicar a idade com os dedos.		
Entre 3-4 anos	- Manter uma conversa simples.		
	- Repetir palavras ou frases (ecolalia).		
	- Fazer perguntas com “Onde” e “Quem”.		
Entre 4-5 anos	- Usar frases compostas.		
	- Contar uma história conhecida sem ajuda de ilustrações.		
	- Manifestar uma linguagem rica em conteúdo.		
	- Dizer se duas palavras rimam ou não.		

Entre 5-6 anos	- Dizer a sua morada.		
	- Apresentar uma linguagem fluente.		
	- Relatar experiências diárias.		
	Desenvolvimento Motor		
Até 1 ano	- Alcançar objetos colocados 15 a 22 cm à sua frente.		
	- Explorar objetos com a boca.		
	- Apresentar um riso apropriado.		
	- Voltar-se ficando deitado de costas quando está de barriga para baixo.		
Entre 1-2 anos	- Subir escadas gatinhando.		
	- Apresentar movimentos corporais estereotipados.		
	- Demonstrar sensibilidade à dor.		
	- Construir uma torre com três cubos.		
Entre 2-3 anos	- Saltar no mesmo lugar com ambos os pés.		
	- Demonstrar medo do perigo.		
	- Fazer bolas de barro, massa ou plasticina.		
Entre 3-4 anos	- Cortar com tesoura.		
	- Andar em bicos de pés.		
	- Colocar constantemente objetos em rotação.		
	- Apanhar uma bola com as duas mãos.		
Entre 4-5 anos	- Correr mudando de direção.		
	- Demonstrar boa habilidade motora.		
	- Fixar objetos de forma exagerada.		
	- Recortar e colar formas simples.		
Entre 5-6 anos	- Saltar.		
	- Subir escadas de um escorrega de 3 m de altura para deslizar.		
	- Andar de bicicleta.		
	- Apresentar demasiada atividade motora.		
	Socialização		
Até 1 ano	- Sorrir e vocalizar ao ver a sua imagem no espelho.		

	- Dizer adeus acenando com as mãos, imitando o adulto.		
	- Querer colo e mimos.		
	- Estender um brinquedo ao adulto e dar-lho.		
Entre 1-2 anos	- Imitar o adulto em tarefas simples.		
	- Explorar ativamente o seu meio ambiente.		
	- Puxar por uma pessoa para mostrar qualquer ação ou objeto.		
Entre 2-3 anos	- Trazer ou levar um objeto ou ir chamar uma pessoa a outro espaço, quando se lhe pede.		
	- Procurar consolo em momentos de aflição.		
	- Fazer uma escolha quando se lhe pede.		
Entre 3-4 anos	- Cantar e dançar ao som da música.		
	- Seguir as regras de um jogo.		
	- Relacionar-se bem com as outras crianças.		
	- Cumprimentar pessoas conhecidos sem que se lhe lembre.		
Entre 4-5 anos	- Pedir ajuda quando sente dificuldade.		
	- Reconhecer a existência do outro e os seus sentimentos.		
	- Participar na conversa dos adultos.		
	- Comportar-se em público de forma socialmente aceitável.		
Entre 5-6 anos	- Expressar os seus sentimentos.		
	- Brincar desempenhando um papel de adulto.		
	- Escolher os seus amigos.		
	- Gostar da solidão.		
	- Demonstrar relações sociais.		
	Autonomia/Independência		
Até 1 ano	- Estender as mãos para o biberão.		
	- Comer sozinho com as mãos.		
Entre 1-2 anos	- Por e tirar o chapéu da cabeça.		
	- Tirar as meias.		

	- Despir o casaco já desabotoado.		
Entre 2-3 anos	- Comer sozinho usando a colher e o copo, entornando um pouco.		
	- Expressar as suas necessidades.		
	- Lavar os dentes imitando o adulto.		
Entre 3-4 anos	- Limpar o nariz quando se lhe pede.		
	- Apertar as molas e colchetes da roupa.		
	- Desabotoar botões grandes.		
Entre 4-5 anos	- Abotoar botões.		
	- Lavar as mãos e a cara sozinha.		
	- Acordar de noite para ir à casa de banho ou permanecer seco.		
Entre 5-6 anos	- Escolher a roupa adequada à temperatura e à ocasião.		
	- Por o sinto de segurança no automóvel.		

VALORAÇÃO GLOBAL DO QUESTIONÁRIO:

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valorize de 1 a 10 os seguintes aspetos (marque com um "x" a pontuação que corresponde)	Idoneidade e importância dos diferentes blocos propostos										
	Clareza geral da linguagem utilizada										
	Extensão do questionário no seu conjunto										
	Facilidade em responder										
	Apresentação geral do questionário										
OBSERVAÇÕES:											

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 3 – Questionário

QUESTIONÁRIO

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma Tese de Mestrado de Educação Especial, realizada na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Pretende-se perceber quais os sinais de alerta, associados à Perturbação do Espectro do Autismo (P.E.A.), que mais preocupam os educadores de infância e de saber quais as estratégias utilizadas pelos mesmos com estas crianças.

Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais e os resultados serão utilizados apenas para fins académicos. O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das páginas.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta. A sua opinião é importante. Muito

1ª Parte

Sexo: Feminino ____ Masculino ____

a) Idade: ____

b) Habilitações académicas: Bacharelato ____

Licenciatura ____

Especialização em Educação Especial ____

Mestrado ____

Doutoramento ____

c) Tempo de Serviço: ____

d) Instituição: Particular ____

Pública ____

Outra ____

e) Tem ou teve alunos com N.E.E.? _____

Quais os tipos de N.E.E. mais comuns que tem/teve? _____

f) Tem/teve alunos com P.E.A. ? _____

2ª Parte

Uma escala de 1 a 5, em que 1 é *Nunca* e 5 é *Sempre*, indique o seu **grau de preocupação** quando, até à idade determinada, uma criança ainda **não** apresenta o comportamento expresso.

Idades	Indicadores	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas Vezes	4 Frequente mente	5 Sempre
	Cognição					
	- Procurar com os olhos um objeto que foi retirado do seu campo de visão.					
	- Deixar cair e apanhar brinquedos.					
Entre 1- 2 anos	- Rabiscar.					
	- Observar todos os objetos à sua volta, não se fixando num só.					
Entre 2- 3 anos	- Procurar constantemente determinados objetos.					
	- Nomear ações a partir de imagens.					
Entre 3- 4 anos	- Apontar até 10 partes do corpo, a pedido.					
	- Alterar rotinas quando necessário, sem se importar.					
Entre 4- 5 anos	- Nomear até 8 cores.					
	- Apresentar interesses variados e não repetitivos.					
	- Contar de cor de 1 a 20.					
Entre 5- 6 anos	- Demonstrar capacidade imaginativa.					
	Escrever o seu nome.					
	- Mostrar interesse por aspetos significativos do meio ambiente.					
	Linguagem					
Até 1 ano	- Seguir um som virando a cabeça.					
	- Exercer contacto visual.					
Entre 1- 2 anos	- Usar gestos para indicar que quer “mais”.					
	- Dizer 10 palavras com significado.					
	- Utilizar as vias de comunicação adequadas.					
Entre 2- 3 anos	- Apresentar, maioritariamente, comunicação não-verbal.					
	- Indicar a idade com os dedos.					
Entre 3- 4 anos	- Manter uma conversa simples.					
	- Utilizar vocabulário diversificado.					
Entre 4- 5 anos	- Contar uma história conhecida sem ajuda de ilustrações.					
	- Manifestar uma linguagem rica em conteúdo.					

Entre 5-6 anos	- Apresentar uma linguagem fluente.					
	- Relatar experiências diárias.					
Desenvolvimento Motor						
Até 1 ano	- Alcançar objetos colocados 15 a 22 cm à sua frente.					
	- Apresentar um riso apropriado à situação vivida.					
Entre 1-2 anos	- Apresentar movimentos corporais estereotipados.					
	- Demonstrar sensibilidade à dor.					
	- Construir uma torre com três cubos.					
Entre 2-3 anos	- Demonstrar medo do perigo.					
	- Fazer bolas de barro, massa ou plasticina.					
Entre 3-4 anos	- Cortar com tesoura.					
	- Colocar constantemente objetos em rotação.					
	- Apanhar uma bola com as duas mãos.					
Entre 4-5 anos	- Demonstrar boa habilidade motora.					
	- Fixar objetos de forma exagerada.					
	- Recortar e colar formas simples.					
Entre 5-6 anos	- Saltar.					
	- Apresentar grande atividade motora.					
Socialização						
Até 1 ano	- Dizer adeus acenando com as mãos, imitando o adulto.					
	- Querer colo e mimos.					
Entre 1-2 anos	- Imitar o adulto em tarefas simples.					
	- Puxar por uma pessoa para mostrar qualquer ação ou objeto.					
Entre 2-3 anos	- Procurar consolo em momentos de aflição.					
	- Fazer uma escolha quando se lhe pede.					
Entre 3-4 anos	- Cantar e dançar ao som da música.					
	- Relacionar-se bem com as outras crianças.					
Entre 4-5 anos	- Pedir ajuda quando sente dificuldade.					
	- Reconhecer a existência do outro e os seus sentimentos.					
Entre 5-6 anos	- Expressar os seus sentimentos.					
	- Gostar da solidão.					

	- Relacionar-se com crianças e adultos.					
	Autonomia/Independência					
Até 1 ano	- Estender as mãos para o biberão.					
	- Comer sozinho com as mãos.					
Entre 1-2 anos	- Por e tirar o chapéu da cabeça.					
	- Tirar as meias.					
Entre 2-3 anos	- Comer sozinho usando a colher e o copo, entornando um pouco.					
	- Expressar as suas necessidades.					
Entre 3-4 anos	- Limpar o nariz quando se lhe pede.					
	- Desabotoar botões grandes.					
Entre 4-5 anos	- Abotoar botões.					
	- Lavar as mãos e a cara sozinha.					
Entre 5-6 anos	- Vestir roupa adequada à temperatura e à ocasião.					
	- Por o sinto de segurança no automóvel.					

3ª Parte – Questões Abertas

a) O que entende por Perturbação do Espectro do Autismo (P.E.A.)?

b) Consegue identificar numa sala de jardim-de-infância comportamentos típicos de uma criança com P.E.A.? Se sim, nomeie exemplos de alguns.

c) Conhece alguns dos modelos de intervenção em crianças com P.E.A.? Se sim, quais?

d) Quais as estratégias que, pensa serem as melhores, para um educador de infância usar com as crianças que apresentam comportamentos associados/próximos à P.E.A.?

e) Que dificuldades encontra na relação com alunos com P.E.A. ?

Obrigado pela colaboração

Anexo 4 – Resultados dos Questionários

Numa escala de 1 a 5, em que 1 é *Nunca* e 5 é *Sempre*, indique o seu **grau de preocupação** quando, até à idade determinada, uma criança ainda **não** apresenta o comportamento expresso.

Idades	Indicadores	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas Vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	Total
Cognição - C							
Até 1 ano	O1- Procurar com os olhos um objeto que foi retirado do seu campo de visão.	5 5.5%	3 3.3%	10 11%	30 33%	43 47.3%	91 100%
	O2- Deixar cair e apanhar brinquedos.	5 5.5%	8 8.8%	10 11%	32 35.2%	36 39.6%	91 100%
Entre 1-2 anos	O1- Rabiscar.	4 4.4%	5 5.5%	18 19.8%	37 40.7%	27 29.7%	91 100%
	O2- Observar todos os objetos à sua volta, não se fixando num só.	3 3.3%	9 9.9%	19 20.9%	28 30.8%	32 35.2%	91 100%
Entre 2-3 anos	O1- Procurar constantemente determinados objetos.	7 7.7%	9 9.9%	14 15.4%	36 39.6%	25 27.5%	91 100%
	O2- Nomear ações a partir de imagens.	5 5.5%	5 5.5%	23 25.3%	28 30.8%	30 33%	91 100%
Entre 3-4 anos	O1- Apontar até 10 partes do corpo, a pedido.	5 5.5%	1 1.1%	17 18.7%	36 39.6%	32 35.2%	91 100%
	O2- Alterar rotinas quando necessário, sem se importar.	3 3.3%	4 4.4%	22 24.2%	34 37.4%	28 30.8%	91 100%
Entre 4-5 anos	O1- Nomear até 8 cores.	4 4.4%	6 6.6%	14 15.4%	38 41.8%	29 31.9%	91 100%
	O2- Apresentar interesses variados e não repetitivos.	2 2.2%	5 5.5%	26 28.6%	26 28.6%	32 35.2%	91 100%
	O3- Contar de cor de 1 a 20.	3	9	23	31	25	91

		3.3%	9.9%	25.3%	34.1%	27.5%	100%
Entre 5-6 anos	O1- Demonstrar capacidade imaginativa.	1	1	13	34	42	91
		1.1%	1.1%	14.3%	37.4%	46.2%	100%
	O2- Escrever o seu nome.	2	5	16	24	44	91
		2.2%	5.5%	17.6%	26.4%	48.4%	100%
	O3- Mostrar interesse por aspetos significativos do meio ambiente.		2	25	30	34	91
			2.2%	27.5%	33%	37.4%	100%
	Linguagem - L						
Até 1 ano	O1- Seguir um som virando a cabeça.	1	1	6	16	67	91
		1.1%	1.1%	6.6%	17.6%	73.6%	100%
	O2- Exercer contacto visual.	1	1	5	22	62	91
		1.1%	1.1%	5.5%	24.2%	68.1%	100%
Entre 1-2 anos	O1- Usar gestos para indicar que quer "mais".	3	3	15	33	37	91
		3.3%	3.3%	16.5%	36.3%	40.7%	100%
	O2- Dizer 10 palavras com significado.	3	6	23	35	24	91
		3.3%	6.6%	25.3%	38.5%	26.4%	100%
	O3- Utilizar as vias de comunicação adequadas.	3	4	22	25	37	91
		3.3%	4.4%	24.2%	27.5%	40.7%	100%
Entre 2-3 anos	O1- Apresentar, maioritariamente, comunicação não-verbal.	2	2	13	27	47	91
		2.2%	2.2%	14.3%	29.7%	51.6%	100%
	O2- Indicar a idade com os dedos.	4	11	18	33	25	91
		4.4%	12.1%	19.8%	36.3%	27.5%	100%
Entre 3-4 anos	O1- Manter uma conversa simples.		2	12	34	43	91
			2.2%	13.2%	37.4%	47.3%	100%
	O2- Utilizar vocabulário diversificado.	1	3	19	41	27	91
		1.1%	3.3%	20.9%	45.1%	29.7%	100%
Entre 4-5 anos	O1- Contar uma história conhecida sem ajuda de ilustrações.	1	3	20	43	24	91
		1.1%	3.3%	22%	47.3%	26.4%	100%

	O2- Manifestar uma linguagem rica em conteúdo.		4	19	48	20	91
			4.4%	20.9%	52.7%	22%	100%
Entre 5-6 anos	O1- Apresentar uma linguagem fluente.		2	11	31	47	91
			2.2%	12.1%	34.1%	51.6%	100%
	O2- Relatar experiências diárias.		1	7	26	57	91
			1.1%	7.7%	28.6%	62.6%	100%
	Desenvolvimento Motor - M						
Até 1 ano	O1- Alcançar objetos colocados 15 a 22 cm à sua frente.	5	3	15	26	42	91
		5.5%	3.3%	16.5%	28.6%	46.2%	100%
	O2- Apresentar um riso apropriado à situação vivida.	5	4	16	32	34	91
		5.5%	4.4%	17.6%	35.2%	37.4%	100%
Entre 1-2 anos	O1- Apresentar movimentos corporais estereotipados.	5	6	16	27	37	91
		5.5%	6.6%	17.6%	29.7%	40.7%	100%
	O2- Demonstrar sensibilidade à dor.	1	2	14	22	52	91
		1.1%	2.2%	15.4%	24.2%	57.1%	100%
	O3- Construir uma torre com três cubos.		6	20	39	26	91
			6.6%	22%	42.9%	28.6%	100%
Entre 2-3 anos	O1- Demonstrar medo do perigo.	3	4	29	28	27	91
		3.3%	4.4%	31.9%	30.8%	29.7%	100%
	O2- Fazer bolas de barro, massa ou plasticina.	1	10	28	35	17	91
		1.1%	11%	30.8%	38.5%	18.7%	100%
Entre 3-4 anos	O1- Cortar com tesoura.	1	8	35	35	12	91
		1.1%	8.8%	38.5%	38.5%	13.2%	100%
	O2- Colocar constantemente objetos em rotação.	5	11	23	18	34	91
		5.5%	12.1%	25.3%	19.8%	37.4%	100%
	O3- Apanhar uma bola com as duas mãos.		6	29	35	21	91
			6.6%	31.9%	38.5%	23.1%	100%
Entre 4-5 anos	O1- Demonstrar boa habilidade motora.	3	1	25	37	25	91
		3.3%	1.1%	27.5%	40.7%	27.5%	100%
	O2- Fixar objetos de forma exagerada.	5	4	13	26	43	91
		5.5%	4.4%	14.3%	28.6%	47.3%	100%

	O3- Recortar e colar formas simples.	3	2	22	34	30	91
		3.3%	2.2%	24.2%	37.4%	33%	100%
Entre 5-6 anos	O1- Saltar.	1		9	30	51	91
		1.1%		9.9%	33%	56%	100%
	O2- Apresentar grande atividade motora.		1	11	30	49	91
			1.1%	12.1%	33%	53.8%	100%
Socialização – S							
Até 1 ano	O1- Dizer adeus acenando com as mãos, imitando o adulto.	3	4	15	35	34	91
		3.3%	4.4%	16.5%	38.5%	37.4%	100%
	O2- Querer colo e mimos.	2	5	13	25	46	91
		2.2%	5.5%	14.3%	27.5%	50.5%	100%
Entre 1-2 anos	O1- Imitar o adulto em tarefas simples.	3	5	18	34	31	91
		3.3%	5.5%	19.8%	37.4%	34.1%	100%
	O2- Puxar por uma pessoa para mostrar qualquer ação ou objeto.		3	15	41	32	91
			3.3%	16.5%	45.1%	35.2%	100%
Entre 2-3 anos	O1- Procurar consolo em momentos de aflição.		7	10	29	45	91
			7.7%	11%	31.9%	49.5%	100%
	O2- Fazer uma escolha quando se lhe pede.	1	6	24	28	32	91
		1.1%	6.6%	26.4%	30.8%	35.2%	100%
Entre 3-4 anos	O1- Cantar e dançar ao som da música.		2	25	33	31	91
			2.2%	27.5%	36.3%	34.1%	100%
	O2- Relacionar-se bem com as outras crianças.		2	15	37	37	91
			2.2%	16.5%	40.7%	40.7%	100%
Entre 4-5 anos	O1- Pedir ajuda quando sente dificuldade.		1	15	37	38	91
			1.1%	16.5%	40.7%	41.8%	100%
	O2- Reconhecer a existência do outro e os seus sentimentos.			14	29	48	91
				15.4%	31.9%	52.7%	100%
Entre 5-6 anos	O1- Expressar os seus sentimentos.			10	34	47	91
				11%	37.4%	51.6%	100%
	O2- Gostar da solidão.	2	8	15	20	46	91
		2.2%	8.8%	16.5%	22%	50.5%	100%

	O1- Relacionar-se com crianças e adultos.	1 1.1%		4 4.4%	21 23.1%	65 71.4%	91 100%
	Autonomia/Independência – A						
Até 1 ano	O1- Estender as mãos para o biberão.	3 3.3%	4 4.4%	13 14.3%	31 34.1%	40 44%	91 100%
	O2- Comer sozinho com as mãos.	4 4.4%	5 5.5%	23 25.3%	29 31.9%	30 33%	91 100%
Entre 1-2 anos	O1- Por e tirar o chapéu da cabeça.	1 1.1%	4 4.4%	31 34.1%	26 28.6%	29 31.9%	91 100%
	O2- Tirar as meias.		4 4.4%	28 30.8%	34 37.4%	25 27.5%	91 100%
Entre 2-3 anos	O1- Comer sozinho usando a colher e o copo, entornando um pouco.		3 3.3%	21 23.1%	35 38.5%	32 35.2%	91 100%
	O2- Expressar as suas necessidades.		1 1.1%	20 22%	33 36.3%	37 40.7%	91 100%
Entre 3-4 anos	O1- Limpar o nariz quando se lhe pede.		2 2.2%	31 34.1%	31 34.1%	27 29.7%	91 100%
	O2- Desabotoar botões grandes.		5 5.5%	28 30.8%	38 41.8%	20 22%	91 100%
Entre 4-5 anos	O1- Abotoar botões.		1 1.1%	16 17.6%	48 52.7%	26 28.6%	91 100%
	O2- Lavar as mãos e a cara sozinha.		1 1.1%	9 9.9%	29 31.9%	52 57.1%	91 100%
Entre 5-6 anos	O1- Vestir roupa adequada à temperatura e à ocasião.			21 23.1%	39 42.9%	31 34.1%	91 100%
	O2- Por o sinto de segurança no automóvel.			29 31.9%	33 36.3%	29 31.9%	91 100%

**Anexo 5 – Grelha de Análise dos dados obtidos em questões
abertas**

Categorias	Descritores	Frequência
Conceito de PEA	Perturbação cerebral (neurológica) que afeta o desenvolvimento da criança	24 26%
	Dificuldades de relacionamento com os outros, isola-se e mostra-se ausente	33 36%
	Perturbação do desenvolvimento que afeta a socialização, comunicação e comportamento	23 25%
	Não sabe	11 12%
Comportamentos típicos de uma criança com PEA no pré-escolar	Movimentos repetitivos e estereotipados	60 66%
	Olhar ausente/ Dificuldade no contacto ocular	28 31%
	Isolamento	42 46%
	Rejeição de contacto físico	7 8%
	Choro e gritos compulsivos	4 4%
	Não reage quando ouve o seu nome	5 5%
	Não se interessa por objetos ou temas	4 4%
	Obsessão por determinado tema	7 8%
	Comportamento desadequado a estímulos	9 10%
	Imitar sons	5 5%
	Olhar fixamente um objeto	4 4%
	Dificuldade em alterar rotinas	11 12%
	Alterações alimentares (rejeições)	4 4%
	Ausência de resposta a estímulos	4 4%
	Não falam	4 4%

	Dificuldade na linguagem/comunicação	26 29%
	Dificuldade de socialização	18 20%
	Dificuldade na partilha de materiais	1 1%
	Não gostam de barulho (sons fortes)	4 4%
	Interesses obsessivos pelo corpo/mãos	3 3%
	Não riem	1 1%
	Andam em bicos de pés	1 1%
	Não gostam de desconhecidos	1 1%
	Repetição obsessiva de palavras/frases	10 11%
	Interesses limitados	1 1%
	Mudança repentina de humor	2 2%
	Dificuldades de transmissão de sentimentos	5 5%
	Comportamento agressivo	2 2%
	Dificuldade no controle esfinteriano	1 1%
	Parece surdo	1 1%
	Necessidade obsessiva de manter as coisas em determinada ordem	1 1%
	Não sabe	10 11%
Modelos de Intervenção em crianças com PEA	Intervenção Psico-educativa	4 4%
	Medicação	1 1%
	Terapia ocupacional	11 12%
	Terapia da fala	8 9%
	Modelo Teachh	7 8%
	Programa SonRise	4 4%
	Abordagem ecológica do desenvolvimento	1 1%

	Modelo ABBA	5 5%
	Pec's	1 1%
	Floortime	3 3%
	Modelo Denver	1 1%
	Elaboração de um PIP	3 3%
	Utilização do S.P.C.	3 3%
	Uso de quadros e tabelas	1 1%
	Makaton	1 1%
	Educação Especial	1 1%
	DIR	1 1%
	Não conhece	63 69%
Estratégias a utilizar pelo educador de infância com crianças com PEA	Trabalhar com um plano adaptado às suas características	11 12%
	Trabalhar em parceria com pais e terapeutas	10 11%
	Apoio de técnicos	9 10%
	Ambiente estimulante	1 1%
	Atitude calma, assertiva	2 2%
	Motivar a criança em todas as áreas do seu interesse	4 4%
	Promover atividades em grande grupo	25 27%
	Promover a sua integração nas rotinas estruturadas	25 27%
	Promover o desenvolvimento da linguagem	8 9%
	Uso de símbolos	8 9%
	Sala bem estruturada	2 2%
	Ganhar a sua confiança	5 5%
	Não falar alto	1 1%

	Organização do tempo com a criança	1 1%
	Favorecer o sentimento de segurança	4 4%
	Fomentar a autonomia	3 3%
	Apresentar imagens sugestivas dos comportamentos pedidos	2 2%
	Trabalho individualizado	2 2%
	Utilizar a música	3 3%
	Explicação das regras	1 1%
	Estimular a atenção e concentração	3 3%
	Intervenção precoce	1 1%
	Reforço positivo	1 1%
	Paciência	1 1%
	Não sabe	23 25%
Dificuldades na relação com alunos com PEA	A criança ter ritmos diferentes	1 1%
	Captar a sua atenção e interesse	4 4%
	Ganhar confiança	5 5%
	Encontrar plataforma de comunicação	20 22%
	Distancia criada pela criança	11 12%
	Acalmá-los	1 1%
	Perceber o que estão a sentir e querem transmitir	10 11%
	Dificuldade em trabalhar com o grande grupo	4 4%
	Falta de formação	6 7%
	Muitas	10 11%
	Não sabe	30 33%
	Nenhumas	5 5%