

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti
Pós-graduação em Educação Especial

**INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM PEA.
E AGORA?**

Maria Melo Corrêa

Porto
2014/2015

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti
Pós-graduação em Educação Especial – Seminário de Projeto

INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM PEA. E AGORA?

Maria Melo Corrêa

Orientador: Doutora Ana Maria Paula Marques Gomes

*Trabalho realizado para a unidade curricular de Seminário de Projeto
da Pós-Graduação em Educação Especial*

Porto
Julho de 2015

Olhar
Coordenação
Mundo
Inclusão
Comportamentos
Especiais
Eu
Dificuldade
Repetição
Interesses
Socialização
Estereotipias
Interação
Relações
Regulação
Próprio
Perturbação
Meu
Emoções
Solidão

RESUMO

De acordo com Oliveira (2009), 1 em cada 1000 pessoas é identificada com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Os educadores precisam de ter atitudes positivas na inclusão das crianças com PEA, para que a sua inclusão seja positiva.

Este estudo identificou as maiores dificuldades dos educadores na inclusão de crianças com PEA. A amostra, deste estudo, foram educadoras que exercem funções em diferentes concelhos do distrito do Porto. Os educadores mostraram concordar e identificar vantagens na inclusão, no entanto, identificaram uma variedade de estratégias adotadas na sua prática profissional.

Os educadores revelaram ainda necessidade de formação extra na área.

Palavras-chave: PEA, inclusão, educadores, dificuldades, estratégias.

ABSTRACT

According to Oliveira (2009), 1 in every 1000 people is identified with Autism Spectrum Disorder (ASD). Educators need to have positive attitudes towards the inclusion of these children, for their inclusion success.

This study identified the major difficulties of educators in the inclusion of children with ASD. The sample of this study were educators located on different municipalities of Oporto district. Educators agreed and identified the advantages of inclusion. However, they claim adopting several different strategies in their professional practice. Educators revealed a necessity for extra training in the area.

Key words: ASD, inclusion, educators, difficulties, strategies.

ÍNDICE

Introdução	4
Parte I – Enquadramento Teórico	6
Capítulo I - A inclusão	6
1. Enquadramento legal e Concetualização.....	6
2. A inclusão de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo	9
2.1. O papel da família.....	10
Capítulo II – Perturbação do Espectro do Autismo	13
1. Perturbação do espectro de autismo.....	13
1.1. Definição da Perturbação do Espectro do Autismo.....	13
1.2. Etiologia da Perturbação do Espectro do Autismo	14
1.3. Prevalência da Perturbação do Espectro do Autismo	15
1.4. Caraterização da Perturbação do Espectro do Autismo	16
1.5. Patologias associadas com a Perturbação do Espectro do Autismo.....	18
1.6. Diagnóstico e avaliação na Perturbação do Espectro do Autismo.....	19
1.6.1. Sinais de alerta	19
1.6.2. Diagnóstico na Perturbação do Espectro do Autismo.....	19
1.7. Avaliação na Perturbação do Espectro do Autismo	25
1.8. A intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo.....	26
1.8.1. Modelo de intervenção de natureza psicanalítica	27
1.8.2. Modelo de intervenção de natureza construtivista e desenvolvimentista.....	Erro! Marcador não definido.
1.8.3. Modelo de intervenção de natureza comportamental	28
1.8.4. Modelo de intervenção de natureza cognitiva-comportamental	28
Parte II - Enquadramento Metodológico / empírico	38
Capítulo I – Procedimentos metodológicos	38
1. Definição do objeto de estudo.....	39
1.1. Pergunta de partida.....	39
1.2. Objetivos da investigação	39
1.3. Definição da amostra	39

1.3.1. Caraterização da amostra.....	39
2. Metodologia de investigação.....	40
2.1. Instrumentos e técnicas de recolha de dados.....	40
2.2. Procedimentos.....	41
Capítulo II - Resultados obtidos.....	42
1. Análise de resultados.....	42
2. Discussão dos resultados.....	50
Considerações finais.....	53
Referências Bibliográficas.....	55
Anexos	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-Tempo de Serviço dos Inquiridos.....	42
Gráfico 2-Proveniência no Desempenho de Funções	43
Gráfico 3-Experiência com PEA	43
Gráfico 4-Concordância da Inclusão de Crianças com PEA.....	44
Gráfico 5-Necessidade de Formação na Área Específica	44
Gráfico 6-Intervenção Educativa ao Nível de Conhecimentos.....	45
Gráfico 7-Proveniência de Conhecimentos.....	46
Gráfico 8-Considerações Face à Inclusão	47
Gráfico 9-Dificuldade Sentidas na Prática Profissional.....	48
Gráfico 10-Estratégias Utilizadas para Promover a Inclusão.....	49
Gráfico 11-Papel da Família na Inclusão destas Crianças	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Definição da PEA	Erro! Marcador não definido.
-----------------------------------	-------------------------------------

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do projeto de investigação da Pós-Graduação em Educação Especial, da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, no presente ano letivo.

A temática deste projeto de investigação advém do interesse na Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e pela crescente presença do número de crianças com esta problemática nos contextos de jardim-de-infância. Desta forma, a inclusão destas crianças nos contextos de educação pré-escolar, induz-nos numa reflexão, no sentido de aferir as opiniões dos educadores de infância, face à inclusão de crianças com PEA.

O tema do trabalho visa um maior conhecimento em relação à problemática da PEA no sentido de permitir uma melhor adequação e intervenção no futuro profissional.

O presente estudo tem como objetivo principal definir as maiores dificuldades sentidas pelos educadores de infância na sua prática profissional diária, com crianças com PEA, identificando as estratégias utilizadas como facilitadoras da inclusão. Esta investigação foi realizada com um grupo de educadores de infância, do distrito do Porto.

Os objetivos específicos passam por compreender as suas opiniões relativamente à inclusão de crianças com PEA, inferir níveis de conhecimento e experiência no trabalho com estas crianças e a necessidade de formação específica.

O trabalho está estruturado em duas partes, a primeira onde se faz um *Enquadramento teórico* e a segunda, referente ao *Enquadramento metodológico/empírico*.

A primeira parte está dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo aborda-se a temática da *Inclusão* e no segundo é abordada a *Problemática da PEA*, desde a sua definição, etiologia, prevalência, caracterização, patologias associadas, diagnóstico, avaliação e por fim, intervenção, onde são explicitados os diferentes modelos de intervenção.

A segunda parte assenta nos seguintes capítulos: *Procedimentos metodológicos*, onde se define o *Objeto de estudo* e a *Metodologia de investigação*, e um segundo capítulo, com os *Resultados obtidos*, onde se analisam e discutem os mesmos. Na definição do *Objeto de estudo*, o foco recai na definição da *Pergunta de partida*, nos *Objetivos da investigação* e na *Definição da amostra*. No que se refere à metodologia, definem-se o instrumento utilizado e os procedimentos adotados na recolha dos dados. No capítulo dos resultados obtidos, apresenta-se o tratamento dos dados e a sua análise. Por fim, na discussão dos resultados, reflete-se sobre os principais resultados obtidos e fazem-se conjeturas acerca das possíveis justificações.

De seguida, apresentam-se as conclusões finais do estudo e a lista de referências bibliográficas utilizadas.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - A INCLUSÃO

1. ENQUADRAMENTO LEGAL E CONCETUALIZAÇÃO

Em 1986, a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei 46/86, de 14 de Outubro), veio definir como princípios primordiais, os direitos fundamentais à Educação e à Igualdade de oportunidades, e, mais tarde, em 1990, estes princípios foram reforçados na Conferência Mundial sobre a "Educação para todos".

Esta discussão que se iniciou no nosso país na década de oitenta e onde foram dados passos significativos, no plano legislativo, não teve repercussões com a dimensão esperada, na prática. Atualmente, o que se verifica, é que continuam a existir dificuldades em se encontrar respostas às necessidades de algumas crianças, principalmente, quando apresentam patologias como o Autismo, quer seja por parte dos professores/educadores do ensino regular ou da educação especial, dos pais ou a comunidade em geral.

É importante fazer referência à inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) antes de concretizarmos aprofundadamente a temática do autismo.

Sabe-se que ao longo da história da humanidade foram diversas as atitudes assumidas pela sociedade com as pessoas com deficiência. Estas atitudes foram-se alterando ao longo dos tempos por influência de fatores sociais, económicos, políticos e outros.

Segundo Jimenez, (1997 cit por Bautista, 1997, p.41),

[a] integração pressupõe não uma simples integração física num ambiente o menos restritivo possível, mas significa uma participação efectiva nas tarefas escolares, que proporcionam à educação diferenciada necessária, apoiando-se nas adaptações e meios que forem mais pertinentes em cada caso.

Também nos diz Steinmann (1994) que "[r]ealizar pedagogicamente a integração significa, seja no jardim-de-infância, na escola ou no trabalho, que todas as crianças e adultos (deficientes ou não) brinquem/aprendam/trabalhem de acordo com o seu nível próprio de desenvolvimento em cooperação com os outros" (Steinmann, 1994, p.13).

Como princípio fundamental da inclusão, a Declaração de Princípios de Salamanca, refere que:

todas as crianças devem aprender juntas, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respectivas comunidades (Unesco, 1994, pp. 11-12).

Nesta Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, organizada pela UNESCO são consagrados conceitos como *inclusão* e *escola inclusiva* que passaram a fazer parte do quotidiano das escolas. São assinaladas como medidas de educação especial o apoio personalizado, adequações curriculares individuais, adequações no processo de matrícula, adequações no processo de avaliação, currículo específico individual e tecnologias de apoio. O decreto-lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, que regulamenta atualmente a inclusão, pretende

promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria do ensino (Ministério de Educação, 2008, p. 154) e tem por objectivos a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades (Ministério da Educação, 2008, p.155).

O PEI (Programa Educativo Individual) reúne os apoios especializados e prevê formas de avaliação. Surge também a possibilidade de parcerias a nível institucional que permitam ao aluno usufruir de terapias, equipamentos e serviços para além dos apoios na própria escola. Falamos, então de inclusão que se faz pela diferenciação pedagógica em que importa refletir sobre o que faz o professor, o que faz a classe, o que faz a escola para promover o sucesso desse aluno. Não se trata apenas de o incluir numa turma de ensino regular mas de atender às suas necessidades, considerando-o como um ser individual que tem que ser respeitado e que deve usufruir de um serviço educativo de qualidade, adaptado ao seu perfil com os apoios considerados necessários.

A inclusão assume uma importância acrescida, na medida em que abandona a ideia de escolarização em que o sucesso escolar é sujeito a uma medição à semelhança dos seus pares. Os objetivos alargam-se, a criança é assumida como um todo, atendendo-se não só a aspetos académicos mas também socio emocionais e pessoais. Neste sentido, a escola responde a este novo desafio e ao procurar que a criança desenvolva as suas potencialidades ao máximo, deverá incluir atividades comunitárias ajustadas às reais necessidades das crianças/alunos e suas famílias. Segundo a Unesco (1994), o conceito de inclusão torna-se mais amplo, o de sociedade inclusiva, onde todo o cidadão, é cidadão de pleno direito, não pela sua igualdade, mas pela aceitação da sua diferença. Entende-se que inclusão e participação são essenciais à dignidade e ao pleno exercício dos direitos humanos.

Numa escola inclusiva, a avaliação contraria a ideia de medição em determinado momento daquilo que o aluno não sabe ou não faz, listando as suas limitações e adota um carácter de continuidade em que se pretende maximizar o seu potencial. Mais do que descrever as capacidades de forma negativa, importa recolher dados que através duma análise integrada, relacionam o desempenho do aluno com o envolvimento nas situações experienciais e deteta dificuldades na execução de atividades.

O professor parte do conhecimento das capacidades do aluno e das suas experiências de vida e desenvolve atividades significativas, promotoras do desenvolvimento de competências, com a participação ativa do aluno no seu processo de aprendizagem.

A observação e avaliação são uma constante pois levam a um conhecimento o mais completo possível do aluno, o que permitirá identificar as suas dificuldades, necessidades e interesses que conduzirá à implementação de um leque de recursos e estratégias com vista à superação das dificuldades detetadas nas áreas de desenvolvimento que estão comprometidas.

A avaliação assume assim um carácter compreensivo e abrangente, determinando um plano a nível de escola para esse aluno, com a colaboração de todos os intervenientes no processo educativo (professor do ensino regular, professor da Educação Especial, família, técnicos). Aponta metodologias,

estratégias, recursos, define objetivos e conteúdos, indo ao encontro das necessidades do aluno, procurando uma resposta educativa adequada e de qualidade.

A avaliação detalhada das competências do aluno e a sinalização das suas dificuldades são importantes no seu processo de avaliação e intervenção, no sentido em que vai permitir definir e planejar estratégias adequadas. Elencar as dificuldades ou inabilidades fazem, assim, parte do processo e não são o objetivo da avaliação. A avaliação destes alunos é um processo dinâmico entre avaliação e intervenção, que pressupõe uma atitude crítica e reflexiva do professor, na busca da adequação e na procura de condições que promovam o desenvolvimento do aluno, definindo prioridades a desenvolver nos vários contextos da sua vida.

Assim, a qualidade da resposta educativa assenta na avaliação rigorosa e compreensiva das necessidades dos alunos e no planeamento adequado da intervenção.

Uma avaliação deste tipo permitir-nos-á assim avançar para uma planificação da intervenção educativa numa perspectiva cada vez mais inclusiva na medida em que, ao não se centrar exclusivamente nos problemas dos alunos e ao permitir pôr em causa uma série de fatores de natureza contextual, facilitará uma eventual reestruturação dos mesmos com base num ensino pautado pelos princípios da diferenciação, adequação e flexibilização os quais vão ao encontro de um ensino de qualidade para todos os alunos (DGIDC, sem data, p. 13).

2. A INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

A inclusão permite ao aluno com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), aprender em conjunto com os seus pares e parceiros educativos, no sentido de aprender de forma similar e adequada, num ambiente de interação e inclusão, sem descurar as suas necessidades específicas. Esta aprendizagem em conjunto, num ambiente que não é segregador, permite-lhe uma preparação para a vida em sociedade. As crianças com PEA obtêm melhorias significativas no comportamento, no relacionamento e nas habilidades.

Segundo Karagiannis, Stainback & Stainback, (1999), a inclusão traz vantagens para todas as crianças no sentido em que se tornam mais sensíveis,

respeitadores, e aprendem a crescer, cooperando e respeitando a diferença. Em conjunto, desenvolvem-se competências acadêmicas, sociais e de comunicação. Minke et al (cit. por Salend, 1998) partilham da opinião de que os professores do ensino regular e de educação especial, que trabalham em cooperação em escolas inclusivas, revelam níveis de eficiência e competência maiores do que num ensino tradicional, uma vez que o trabalho em cooperação torna o ensino mais estimulante, permitindo experimentar várias metodologias e consciencializar práticas e crenças.

Correia e Serrano (2000) são de opinião de que a escola inclusiva envolve profissionais da educação, pais, e outros recursos comunitários de forma convergente, no sentido de ajudar as crianças, a atingir níveis satisfatórios de sucesso educativo.

Segundo Karagiannis, Stainback & Stainback, (1999), a convivência com a diversidade proporciona: uma educação em conjunto, uma oportunidade das crianças se prepararem para a vida na comunidade, aos professores melhoram as suas habilidades profissionais e à sociedade ajudam a tomar consciência de funcionar de acordo com o valor da igualdade para todos (Karagiannis, Stainback, & Stainback, 1999). Desta forma, a convivência com a diversidade no ambiente escolar tem seus reflexos na própria sociedade.

2.1. O papel da família

Segundo Perrenoud (2000), informar e envolver os pais é mais que uma palavra de ordem, é uma competência.

A família e a escola são os principais ambientes que a criança conhece, sendo portanto determinantes para o seu desenvolvimento.

A família é essencial no processo educativo sendo imprescindível uma reflexão sobre o tipo de envolvimento e as melhores estratégias a implementar para o seu sucesso, fomentando nelas uma maior consciencialização da sua intervenção na escola.

Apesar de se sentirem cada vez mais úteis ao assumirem um papel mais ativo na educação dos filhos, a escola, ao constatar o empenho e a

participação dos pais, partilha responsabilidades, que lhe permitem uma maior aproximação.

Recentemente foi publicado o Decreto-Lei n.º 75/2008 de 22 de Abril que revê o “regime jurídico da autonomia, administração e gestão das escolas” (Ministério da Educação, 2008, p.2341) este considera como linha de ação “a participação das famílias e comunidades na direcção estratégica dos estabelecimentos de ensino”.

Marques (cit por Davies, 1997) fala em envolvimento dos pais, considerando existir uma necessidade de se continuar a trabalhar para que a introdução do modelo participativo e de colaboração se torne efetivo, enunciando as três formas de envolvimento dos pais:

- A comunicação escola-família que se enquadra nos dois tipos de participação enunciados por Epstein em que existe um esforço por parte dos professores em esclarecer junto dos pais de que forma podem apoiar os filhos, reforçando o que aprendem na escola;

- A abordagem interativa que considera a família e a comunidade como recursos de aprendizagem para a escola, reconhecendo a necessidade de persistir uma continuidade entre o mundo escolar e o exterior;

- A abordagem de parceria entre a escola e a família que exige uma atitude de confiança nos pais, por parte dos professores, enquanto educadores capazes de atitudes facilitadoras do sucesso educativo.

Silva (2003:28) menciona que “uma maior co-responsabilização no processo educativo dos seus educandos (...) [tem] resultados positivos para estes (...), para além de uma valorização social das famílias, sobretudo as de meios populares, a partir da imagem que lhes é devolvida pela instituição escolar”.

Torna-se, portanto, necessária a abertura da escola (em todos os níveis de ensino e na educação pré-escolar) a novas ideias e práticas que facilitem a participação familiar como elementos indissociáveis e fundamentais.

Segundo Franco & Apolónio (2008), o trabalho com a família traz um benefício significativo na intervenção com a criança.

Na perspectiva destes autores, a intervenção precoce proporciona aos pais ganhos efetivos na informação que passam a possuir, principalmente sobre o processo de desenvolvimento, aprendizagem e capacidades das crianças.

Correia (2000) afirma que cabe à família também a responsabilidade a nível da sua formação e a participação na escola e na comunidade, de forma a garantir uma eficaz comunicação entre pais, professores e agentes comunitários na inclusão da criança na escola e na comunidade.

Muitas vezes, os modelos de intervenção implicam a participação da família, como um elemento chave para o sucesso, a qual é treinada no sentido de desenvolver técnicas para a utilização dos métodos de forma persistente e sistemática em casa. Os pais adotam uma atitude didática e a sua função é transmitir os conhecimentos previamente adquiridos.

CAPÍTULO II – PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

1. PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DE AUTISMO

1.1. Definição da Perturbação do Espectro do Autismo

Leo Kanner foi o primeiro, em 1943, a definir o Autismo como um conjunto de características que se revelaram num grupo de crianças avaliadas e sobre a qual escreveu o seu artigo “Autistic Disturbances of Affective Contact”. As características, por si definidas, incluíam um isolamento extremo, um desejo obsessivo de manter a rotina, uma boa capacidade de memorização, uma expressão inteligente e pensativa, mutismo ou linguagem sem verdadeira intenção de comunicação, uma sensibilidade excessiva aos estímulos e uma relação mecânica com os objetos. Mais tarde, mencionou a ecolalia, “fala de papagaio”, linguagem extremamente literal, uso estranho da negativa, inversão pronominal e outras perturbações da linguagem.

Mais tarde, em 1979, Lorna Wing e Judith Gould (cit por Estevão, 2011) referiram que os indivíduos apresentam défices específicos em três áreas: linguagem e comunicação, competências sociais, e flexibilidade de pensamento ou de imaginação, o que ficou conhecido por “Tríade de Wing”.

Riviere (1989 cit por Bautista, 1997, p.250) afirma que “o autismo constitui um modelo peculiar de doença de natureza fundamentalmente cultural, mas com todas as probabilidades de ter uma origem biológica”.

O termo “autismo” surgiu oficialmente pela primeira vez no CID 9 (Classificação Internacional de Doenças), em 1975, e foi categorizado como uma psicose da infância.

Segundo o anterior DSM-IV, a perturbação do espectro do autismo inseria-se nas Perturbações Globais de Desenvolvimento, que incluía a Perturbação Autística, a Perturbação de Asperger, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global de

Desenvolvimento sem outra especificação. Com a introdução do DSM-V em maio de 2013, passa a existir um só diagnóstico correspondente à PEA, sendo usados critérios de severidade, de acordo com a variabilidade de sintomas: leve, moderado ou grave. Os indivíduos anteriormente classificados com Perturbação Autista, Perturbação de Asperger ou Perturbação Global do Desenvolvimento passam a ser diagnosticados com PEA. A perturbação de Rett é excluída da PEA devido à sua base genética já conhecida.

Segundo a DSM-V, a PEA é uma perturbação do neuro desenvolvimento, caracterizada por défices na interação e comunicação social recíproca em múltiplos contextos (onde se incluem a comunicação verbal e não verbal e a partilha de emoções), assim como pela presença de padrões de comportamentos, interesses e atividades restritas e/ou estereotipadas. Nestes critérios estão incluídas as rotinas obsessivas, a hiper ou hipo sensibilidade sensorial, entre outros comportamentos.

Os indivíduos que têm défices bem demarcados na comunicação social mas cujos sintomas não se incluem em todos os critérios da PEA devem ser avaliados como casos de perturbação da comunicação social.

1.2. Etiologia da Perturbação do Espectro do Autismo

A etiologia do autismo tem estado em permanente investigação onde se propõem diversas teorias. Alguns investigadores diagnosticam esta perturbação a partir de fatores genéticos, biológicos, imunológicos e neuro químicos, ou mesmo fatores pré-natais (ex.: rubéola materna, hipertiroidismo), perinatais (ex.: prematuridade, baixo peso ao nascer, infeções graves neonatais, traumatismo de partos) e pós-natais (ex.: encefalite, herpes simples ou esclerose tuberosa).

Durante a última década, tem-se feito enormes progressos na identificação e diagnóstico precoce da perturbação. Estes avanços foram possíveis graças a um número crescente de investigações. A causa do autismo ainda não foi identificada. As investigações apontam para uma variedade de situações nas quais o desenvolvimento fica afetado e que podem ocorrer antes,

durante ou depois do nascimento, embora ainda não tenha sido determinada uma causa específica. “Apesar de investirem em áreas bastante diferentes, mais do que divergências, existe uma complementaridade entre elas que, certamente, vai possibilitar uma identificação cada vez mais clara e operacional da explicação etiológica” (Cavaco, 2009, p. 139).

Para Marques (2000), a sua origem é multifatorial, aparecendo muitas vezes associado à epilepsia e a outras deficiências, nomeadamente atraso mental e doenças, como o Síndrome do X Frágil, a fenilcetonúria e a esclerose tuberosa.

1.3. Prevalência da Perturbação do Espectro do Autismo

Segundo a *Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo*, o autismo é mais frequente no sexo masculino do que no feminino (4 rapazes para 1 rapariga) e atinge cerca 5 pessoas em cada 10.000. A prevalência estimada das PEA é de 21 em cada 10.000 (Marques, 2000). Segundo a Federação Portuguesa de Autismo, “pode haver uma predisposição para o autismo o que explica a incidência de casos de autismo nos filhos de um casal com autismo”.

Oliveira (2009), num estudo que efetuou acerca da prevalência em crianças em idade escolar em Portugal, refere que a prevalência total é de 1:1000 em Portugal.

Segundo Deutsch (2011), a prevalência tem aumentado nos últimos anos, estimando-se que existem 1:110 pessoas com esta perturbação, com uma maior proporção de homens afetados do que mulheres.

O aumento da prevalência tem estado relacionado com vários fatores: um aumento da consciência dos pais para a existência da patologia, uma melhor definição dos critérios de diagnóstico que agora são mais abrangentes e incluem patologias (...), um conhecimento mais alargado de todos os técnicos que intervêm com a criança (educadores, médicos, pediatras, etc.) acerca da patologia; criação de mais instrumentos de rastreio e diagnóstico. Todos estes fatores têm contribuído para uma mais rápida sinalização e melhor diagnóstico das crianças (Lima, 2012, p. 16).

1.4. Caracterização da Perturbação do Espectro do Autismo

Segundo Kanner (1943 cit por Pereira, 1999, p.13), “[u]ma fascinação por objectos, que são manuseados com habilidade através de movimentos de motricidade fina, delicados” é uma característica das crianças autistas. As crianças com autismo elegem objetos complexos para brincarem e para se entreterem durante horas em atividades repetidas (por exemplo: uma criança autista poderia despende horas a rodar tampas, fazer puzzles, a formar composições com blocos, entre outros), por vezes sabem tudo acerca daquilo que as cativa, todas as características, modelos, entre outros. Tem uma obsessão por atividades repetidas nomeadamente em movimentos do corpo, rotação de objetos e ações. Através de movimentos estereotipados, tem uma aparência de autossuficiência (Novellas & Viloca, 2003). Uma outra característica é ter “um desejo ansiosamente obsessivo para a preservação do “mesmo estado de coisas” (sameness)”. Ou seja, a criança autista resiste rigorosamente às tentativas de mudanças nas rotinas diárias e também aos seus padrões comportamentais preferidos. Segundo Kanner (1943 cit por Pereira, 1999), as crianças pareciam muito dadas a “ordenações” e a “organizações” e não cedem /resistem a mudanças. Tudo o que fazem no dia-a-dia, é feito do mesmo modo, à mesma hora, todos os dias. Caso exista quebra de comportamentos na vida destas crianças, gera-se uma instabilidade e por vezes comportamentos agressivos (Kanner, 1943, cit por Pereira, 1999). Desta forma tornam a sua vida mais previsível e ordenada, diminuindo a ansiedade ligada a situações novas.

Estas crianças têm uma memória excepcional, sendo capazes de produzir, por exemplo, um repertório de rimas, nomes e números. Segundo Kanner (1943 cit por Lima, 2012), todos os encadeamentos de sons, palavras e frases parecem sempre pronunciados sem compreensão aparente dos seus significados, de um modo mecânico, ou seja, repetindo o que ouviam, fazendo eco do que lhes era transmitido. Em crianças com PEA, a imitação é persistente após os 2 anos (Deutsch, 2011), com uma entoação estranha ou repetindo exatamente como a ouviram (Martinez-Pedraza & Carter, 2009 cit por

Deutsch, 2011). Estas crianças demonstram dois aspetos típicos no seu comportamento verbal: a ecolalia e a inversão pronominal. A ecolalia consiste na repetição de palavras ou frases memorizadas, e a inversão pronominal é a utilização da terceira pessoa para se referirem a eles próprios, tal como ouvem a partir dos seus interlocutores. Mesmo quando são dotadas de linguagem, estas crianças revelam grandes dificuldades em iniciar ou manter um diálogo, usando um discurso monocórdico, de linguagem repetitiva, com uma incapacidade evidente para entender as frases ou questões mais simples (Pereira, 2005).

Gillberg (1990), realça algumas alterações, seja por ligeiro atraso recuperável, mais evidente na pragmática (uso em contexto), semântica (significados) prosódia (ritmo). Algumas crianças têm défices, de compreensão, especialmente em frases complexas ou perguntas e na comunicação não-verbal. Deutsch (2011) relata que muitos pais evidenciam uma perda ou regressão significativa no desenvolvimento da linguagem entre os 15-24 meses de idade. Embora, alguns pais relatem o desenvolvimento normal antes da regressão, os estudos mostraram que algumas crianças têm prejuízos sociais antes do início da regressão. A sua principal dificuldade assenta no relacionamento com os outros. É como se vivessem num mundo à parte, onde “os outros” existem apenas de vez em quando e unicamente para servir os seus interesses (Pereira, 2005).

Segundo Deutsch (2011), em crianças com desenvolvimento típico, o desenvolvimento social é adquirido paralelamente ao desenvolvimento global (por exemplo, linguagem, desenvolvimento motor e cognitivo). Nas crianças cujas habilidades de linguagem são limitadas, o desenvolvimento social depende muito de observações clínicas. A manifestação revela-se numa falta ou diminuição do desejo de contacto com outras pessoas, incluindo dificuldade em identificar emoções e sentimentos no outro (Siegel, 2008) e (Riviére, 2001). Dado o défice social que apresentam, não sabem brincar com as outras crianças, podendo ficar ansiosas em grupo ou ter dificuldade em entender e aceitar as regras dos outros, sendo frequentemente solitárias. Quando em grupo podem ter atitudes disfuncionais ou inconvenientes sem se aperceberem

do efeito que provocam, usando inadequadamente o olhar, postura, gesto, expressão facial.

As crianças têm limitado ou reduzido contato visual, não se conseguem orientar quando se as chama pelo seu nome, o jogo de imitação é limitado. Para uma criança com PEA, a realidade é uma confusão de ações, de pessoas, lugares, sons e imagens, que interagem, sem limites claros, ordem ou significados (Alteri, Farrerós, & Prats, 2011).

As pessoas com PEA não constituem todas um estereótipo podendo revelar-se muito diferentes umas das outras. As características do comportamento variam muito de indivíduo para indivíduo e também no mesmo indivíduo, ao longo do tempo. Alguns sintomas podem ser mais evidentes com a idade e podem sofrer alterações, o que implica mudanças no diagnóstico. Correia (2014, p.38), afirma que:

Nem todas as características podem estar presentes num indivíduo autista, evidenciando-se apenas algumas delas. Além disso, os sintomas podem variar conforme o avanço da idade e podem adotar diversas combinações, pela estimulação e pela intervenção terapêutica e educacional os sintomas podem alterar-se, sem que isto signifique a cura da doença.

1.5. Patologias associadas à Perturbação do Espectro do Autismo

Muitos dos indivíduos com PEA são afetados por outros problemas comportamentais e psiquiátricos, designados por comorbidades. A PEA pode concorrer com uma variedade de outras perturbações do neuro desenvolvimento. A elevada taxa de outros problemas complica o diagnóstico diferencial, agrava o prognóstico e exige medidas de intervenção específicas.

Assim, existem vários distúrbios que podem estar associados à PEA, dos quais destacamos: o défice intelectual, a epilepsia, os problemas auditivos e visuais, os problemas sensoriomotores, os problemas neuropsiquiátricos (sendo os mais comuns a PHDA, a depressão e a ansiedade), os problemas do sono, do comportamento e da alimentação.

Todos os estudos são unânimes em concluir que uma taxa bastante significativa dos indivíduos com o diagnóstico principal de autismo também apresenta défices cognitivos associados.

1.6. Diagnóstico e avaliação na Perturbação do Espectro do Autismo

Segundo Marques (1998), a avaliação decorre em dois momentos distintos: “Um primeiro tempo, será aquele no qual se tenta delimitar um diagnóstico preciso da perturbação que se nos depara. É preciso delimitar fronteiras com outras perturbações semelhantes. O segundo tempo, será aquele em que se avalia para intervir eficazmente” (Marques. 1998 cit por Santos e Sousa, 2009 p. 35).

1.6.1. Sinais de alerta

Os estudos recentes sugerem que um conjunto de características são evidências de PEA, “surgindo habitualmente por volta dos 18 meses” (Oliveira, 2009, p. 281). Habitualmente estes sinais surgem em idade pré-escolar (Ozonoff, Rogers, & Hendren, 2003)

As maiores evidências resultam de dificuldades na comunicação e nas interações sócio afetivas (Siegel, 2008). Deste modo, os sinais de alerta mais comuns incluem: falta e fraco contacto visual; resposta reduzida ao seu nome; balbuciar diminuído; resposta social reduzida; falta de intenção comunicativa; não responder ao seu nome; isolar-se; falta de necessidade de estar perto dos outros e desadequada sensibilidade sensorial (Lima, 2012)

Apesar dos sinais de alerta serem indicadores da necessidade de uma avaliação do desenvolvimento, é importante reconhecer que não existem sintomas patognomónicos indicativos de PEA e que a ausência de qualquer uma das características acima mencionadas não descarta um possível diagnóstico. É importante realçar que existe uma grande variedade patológica onde se podem revelar os mesmos sintomas comportamentais e de comunicação social, acima descritos.

1.6.2. Diagnóstico na Perturbação do Espectro do Autismo

O diagnóstico precoce é muito importante pois permite atuar o mais cedo possível. Na maior parte dos casos, o diagnóstico é feito até os 3 anos.

Um diagnóstico precoce realizado por uma equipa transdisciplinar envolvendo todos os elementos que interagem com a criança (pais, técnicos de saúde, educação e outros julgados convenientes), a aplicação de instrumentos específicos de diagnóstico e a planificação conjunta da intervenção, são fundamentais para melhorar a inclusão destas crianças e famílias na sociedade em que vivem. (Marques, 2002, cit por Santos e Sousa, 2009, p.13).

O diagnóstico deve incluir uma entrevista detalhada aos pais; a história do desenvolvimento, exame físico/do desenvolvimento (i.e. avaliação do desenvolvimento físico, cognitivo e da linguagem e exploração de outras possíveis perturbações genéticas tais como X-Frágil, esclerose tuberosa), a avaliação das circunstâncias familiares e necessidades sociais e também entrevista aos agentes que melhor conhecem a criança. Esta avaliação inicial permite o estabelecimento do diagnóstico e a recolha de informações específicas para a elaboração do plano de intervenção. Outros estudos nomeadamente genéticos, médicos, metabólicos, etc, podem contribuir para uma melhor avaliação e intervenção.

Os principais instrumentos de diagnóstico são feitos com base na DSM-V, da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e a CID-10, a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) no DSM-V estabelece como critérios de diagnóstico da Perturbação do Espectro de Autismo apenas dois grupos de critérios para a PEA:

- Défices na interação e comunicação social recíproca em múltiplos contextos (onde se incluem a comunicação verbal e não verbal e a partilha de emoções);
- Padrões de comportamento, interesses e atividades restritas e/ou estereotipadas.

O sistema formal de diagnóstico da OMS, a CID-10¹ de 1989 define o autismo como um transtorno global de desenvolvimento e classifica-o como: a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação,

¹CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde (conhecida também com Classificação Internacional de Doenças). Foi aprovada em uma Conferência Internacional convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Genebra no ano de 1989 e que entrou em vigor em janeiro de 1993.

comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno acompanha-se de outras manifestações inespecíficas, por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade), (Organização Mundial de Saúde, 2001, p. 367)

De acordo com os critérios apresentados, realizam-se também testes que suportam uma avaliação psicológica e educativa da criança e que permitirão a definição de um plano de intervenção específico: M-CHAT (Modified Checklist for Autism in toddlers), CARS – Childhood Autism Rating Scale e ADIR – Autism Diagnostic Interview Revised (Lima, 2012).

- M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) - é utilizada para identificar precocemente crianças com sinais de PEA. Esta «checklist» é curta (23 questões de resposta sim/não) e incide nos comportamentos da criança, comunicação e interação e é preenchida pelos pais;
- CARS (Childhood Rating Scale) – é uma escala de avaliação de comportamentos em 15 itens, baseada em observações dirigidas a partir dos 2 anos. A sua validade é relatada através de relatos de pais, observação de professores e gravações de diagnóstico.
- ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) – é uma entrevista estandardizada feita aos pais e pode ser aplicada a partir de uma idade mental de 2 anos. Avalia o comportamento e o seu desenvolvimento em três áreas: comunicação e linguagem; desenvolvimento social e comportamentos e interesses específicos, restritivos e estereotipados.

1.6.2.1. Critérios de diagnóstico

No diagnóstico do autismo pela CID-10 são apontados os seguintes fatores, sendo que 8 dos 16 especificados têm que estar evidentes no avaliado, (Marques, 2000).

A . Lesão marcante na interação social recíproca, manifestada por pelo menos três dos próximos cinco itens:

- Dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social.
- Dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo.
- Raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade.
- Ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas.
- Falta de reciprocidade social e emocional.

B . Marcante lesão na comunicação:

- Ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes.
- Diminuição de ações imaginativas e de imitação social.
- Pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos.
- Pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais.
- Ausência de resposta emocional a ações verbais e não-verbais de outras pessoas.
- Pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa.
- Ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.

C. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos próximos seis itens:

- Obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse.
- Apego específico a objetos incomuns.

- Fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos.
- Hábitos motores estereotipados e repetitivos.
- Obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação.
- Ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente.

D. Anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos para que o diagnóstico seja feito.

A DSM- V unifica os critérios de diagnóstico das PEA numa categoria única, com a existência de vários níveis de severidade da doença.

A. Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes, atualmente ou no passado:

1. Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal; a uma patilha reduzida de interesses, emoções ou afeto; o fracasso em iniciar ou responder a interações sociais.

2. Défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social, variando, por exemplo, de uma comunicação verbal e não verbal pobremente integrada, a anomalias no contacto ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal.

3. Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais; as dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos; a ausência de interesse nos pares.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é baseada nos défices da comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos 2 dos seguintes, atualmente ou no passado (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos)

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou sacudir objetos, ecolalia, frases idiossincráticas⁹).

2. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (por exemplo angústia extrema com pequenas mudanças, dificuldade com transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de cumprimento, necessidade de fazer o mesmo percurso ou comer a mesma comida todos os dias).

3. Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco (por exemplo ligação forte ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).

4. Hiper ou Hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente (por exemplo indiferença aparente à temperatura/dor, respostas adversas a sons ou texturas específicas, tocar ou cheirar objetos excessivamente, fascinação visual com luzes ou movimento)

Especificar gravidade atual:

A gravidade é baseada nas deficiências na comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos

C. Os sintomas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento (mas podem não se tornar totalmente manifestas até as exigências sociais excederem as capacidades limitadas ou podem ser mascaradas mais tardena vida por estratégias aprendidas).

- D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.
- E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) ou atraso global do desenvolvimento. A incapacidade intelectual e a perturbação do espectro do autismo coocorrem muitas vezes; para efetuar diagnósticos comórbidos de perturbação do espectro do autismo e incapacidade intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.

1.7. Avaliação na Perturbação do Espectro do Autismo

Quando se suspeita da presença de PEA a criança deve ser referenciada para uma avaliação multidisciplinar, como complemento do diagnóstico de PEA usando avaliações normalizadas, ao nível psicológico e comportamental. A equipa multidisciplinar deve ter acesso ao contributo de psicólogos, educadores, terapeutas da fala, pediatras e/ou pedopsiquiatras, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e apoio dos serviços sociais. Com o decorrer do tempo, foram sendo desenvolvidas escalas e questionários dirigidos para a avaliação psicológica e comportamental destas crianças. São instrumentos que têm como principal função assegurar um exame completo aquando do exame inicial, definindo um perfil particular e o estado exato das dificuldades e das competências da criança. Através destes, é possível também delinear objetivos de intervenção adaptados às reais dificuldades da criança.

Ao nível da avaliação do desenvolvimento utiliza-se como referência as seguintes escalas: PEP-3 (Psycho-Educational Profile), ADOS – AUTISM Diagnostic Observation Schedule, Escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths e as Escalas de inteligência de Wechsler - WPPSI e WISC, com vista à definição do perfil intraindividual da criança.

- ADOS – Teste que permite observar comportamentos sociais e o nível de comunicação /linguagem, dividido em quatro módulos escolhidos de acordo como nível de linguagem e desenvolvimento;
- PEP-3 – Teste que contempla várias áreas específicas ao nível do desenvolvimento funcional e comportamental, não avaliadas por outros testes.

Segundo Valter (2000, cit por Serra 2010), o PEP-3 permite avaliar o seu desenvolvimento funcional ao nível imitação, perceção, motricidade fina e global, coordenação visuomanual, realização verbal, através de 131 itens. Além disto é objeto de avaliação, por uma equipa multidisciplinar, também o comportamento social, as manifestações de afeto, jogo e interesse pelos materiais, respostas sensoriais e linguagem, através de uma escala de comportamento, num total de 43 itens. “Para cada área foi desenvolvida uma escala específica com tarefas a serem realizadas, ou comportamentos a serem observados” (CDEDS,1997 cit por Correia, 2014,p.65)

“O desempenho é cotado em função de três graus: sucesso, emergente e insucesso (...) e a cotação final confere um Quociente de Desenvolvimento (QD)” (Lima, 2012, p. 60).

A chave para uma boa avaliação é a escolha dos instrumentos adequados para cada criança. Os resultados não devem ser interpretados de forma isolada, para não correr o risco de obtermos avaliações incongruentes.

1.8. A intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo

John Wing (1976 cit por Estevão, 2011, p.18), afirma que,

[as] crianças autistas têm sim, um fascínio que reside em parte no sentimento de que dentro delas, quem sabe onde, deve haver uma chave que abrirá o tesouro escondido. O investigador hábil encontrará de facto um tesouro (...) mas este tesouro será cada dia de trabalho e o humanismo que pomos nele, nem sempre ouro! Em resposta à nossa dedicação estas crianças podem dar-nos a chave para a linguagem humana, que é a chave para a própria humanidade.

As crianças com autismo são crianças com necessidades educativas especiais, que precisam de atenção e de uma supervisão reforçadas. Apesar de não ser conhecida uma “cura” para o autismo, alguns autores defendem a

possibilidade de se efetuarem progressos no que concerne à melhoria das condições de vida destas crianças. O diagnóstico e a intervenção precoce são fundamentais na definição de programas de intervenção dirigidos a cada criança com autismo. Estes programas não devem suprimir o papel e a intervenção dos pais, pois quer a criança, os pais, os técnicos e os professores, quer a família, são considerados como agentes ativos em todo o processo pedagógico. O trabalho em equipa permitirá elaborar planos de intervenção adaptados às dificuldades específicas das crianças que, ao serem aplicados nos diferentes contextos e situações, permitirão o desenvolvimento das suas competências.

1.8.1. Modelo de intervenção de natureza psicanalítica

Este modelo de intervenção estruturada foi o primeiro a surgir e, apesar de ter aberto caminho na investigação nesta área, hoje, é escassamente utilizado. A sua intervenção tem um carácter psicanalítico com técnicas adaptadas às necessidades das crianças, sendo bastante complexo pela necessidade de existência de pré-requisitos.

“A psicoterapia psicanalítica procurava instaurar a ordem no caos, através da reconstrução do mundo afetivo, que se caracterizava até então por uma grande fragmentação e uma desordenação da estrutura básica” (Correia, 2014, p.0).

O modelo em questão baseia-se no tipo de intervenção com o terapeuta, criança e pais. O papel dos pais, segundo o mesmo autor, é fundamental na intervenção, “(...) a fim de estes aprenderem a desempenhar corretamente as suas funções parentais” (Dória et al. 2006, p.6-8 cit por Correia, 2014, p.50).

Este modelo de intervenção, obteve algum sucesso com alguns doentes, noutros não era aplicável devido ao comprometimento da capacidade simbólica e desenvolvimento da linguagem.

1.8.2. Modelo de intervenção de natureza comportamental

Este modelo de intervenção tem por base a alteração dos comportamentos, através de técnicas de aprendizagem com vista ao aperfeiçoamento de competências pedagógicas e tratamento clínico. Lovaas (1973 cit por Marques 2000, p.90), considerava que este tipo de intervenção podia ajudar a melhorar as capacidades na aquisição de competências como a linguagem, a autonomia e competências sociais. O programa destaca-se por “ (...) ensinar à criança um conjunto de competências para a criança funcionar adequadamente na sala de aula ou em casa” (Marques, 2000, p.90).

Segundo Pereira (2005 cit por Correia, 2014), a maior crítica a este modelo de intervenção é a aplicabilidade das competências adquiridas noutros contextos e a falta de participação dos pais.

1.8.3. Modelo de intervenção de natureza cognitiva-comportamental

Este modelo surge como um programa de transição entre os modelos de comportamento tradicionais e os modelos cognitivos. A observação e avaliação de todas as características dos alunos são fundamentais para que as respostas educativas sejam diferenciadas e sustentadas nas áreas fortes, na tentativa de alcançar o sucesso nas aprendizagens, colmatando assim as dificuldades de comunicação, de interação e de comportamento.

“Os modelos de tratamento abrangentes para crianças com autismo podem ser divididos em quatro categorias: intervenções comportamentais individuais, conduzidas por adultos; intervenções individuais, conduzidas por crianças; intervenções em grupo e intervenções inclusivas” (Gabbard, 2007, p.97 cit por Correia, 2014, p.52). As técnicas mais usadas baseiam-se na análise do comportamento da criança e, ao serem conduzidas por adultos, concentram a atenção na tarefa em questão e na aquisição das habilidades específicas. Os ambientes educativos estruturados foram definidos como os mais vantajosos, na educação das crianças com a PEA.

1.8.3.1. Modelo Teach

(...) [apesar] de não existir cura para o autismo é possível reduzir algumas limitações a esta problemática. A intervenção terapêutica pode ajudar a diminuir os comportamentos indesejados e a educação deve ensinar actividades que promovam maior independência da pessoa com autismo (Falcão, 1999 cit por Santos e Sousa, 2009,p.22).

O ensino estruturado rege-se pela filosofia do modelo Teach, desenvolvido por Eric Schopler na década de 1970, na Carolina do Norte (Estados Unidos). Surgiu a partir de um projeto de investigação cujo objetivo era ensinar aos pais técnicas comportamentais e métodos de educação especial para ajudar as famílias a lidar com as crianças.

Em Portugal, o Decreto-Lei nº 3/2008 definiu a criação de unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo e unidades de apoio especializado para alunos com multideficiência e surdo cegueira congénita. Estas unidades constituem uma resposta educativa especializada no percurso escolar dos alunos, pelo que atende aos seus processos de transição entre os diferentes níveis de educação e de ensino.

As unidades de ensino estruturado são um recurso pedagógico que pretende dar uma resposta especializada às crianças do sistema público com PEA, onde o trabalho tem como base as áreas fortes, o processamento visual, memorização de rotinas e interesses especiais, e é adaptado às necessidades individuais de cada um, respeitando o seu ritmo e sensibilidade e evitando situações de pressão ou alterações bruscas de rotinas.

As medidas adotadas tem como base a estruturação externa do espaço, do tempo e dos materiais e atividades, com o objetivo de promover a organização interna que será facilitadora dos processos de aprendizagem, de autonomia e os problemas de comportamento, presentes nos alunos com PEA. O ambiente é organizado tendo como base a diferenciação pedagógica e os seguintes princípios: rotinas claras e objetivas, ambiente calmo e previsível, conhecimento da sensibilidade do aluno no que respeita a estímulos sensoriais. As tarefas diárias são sempre definidas de acordo com o que o aluno é capaz de realizar, promovendo a sua autonomia e motivando-a para os seus

interesses. A linguagem verbal é estruturada a partir da linguagem visualizada (pistas visuais) que utilizam a memória visual.

As Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro de Autismo têm como objetivo aplicar metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares, adequadas a alunos com diferentes formas de autismo, com ou sem outros problemas de aprendizagem associados, visando o seu desenvolvimento educativo e a sua integração social e escolar. O encaminhamento e a organização da resposta educativa para as crianças e jovens autistas devem ser determinados pelo tipo de dificuldade manifestada, pelo nível de desenvolvimento cognitivo, linguístico e social, pela idade e pelo envolvimento e participação da família.

A rede de Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro de Autismo em escolas ou agrupamentos de escolas, concentra meios humanos e materiais que possam oferecer uma resposta educativa de qualidade a estes alunos. As escolas servem, em função da sua localização e da rede de transporte existente, as crianças e jovens de um ou mais concelhos.

Segundo o decreto-lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, às unidades orgânicas onde funcione uma Unidade de Ensino Estruturado para o Apoio à Educação de Autistas, compete:

- a) Promover a participação dos alunos com perturbações do espectro do autismo nas actividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem;
- b) Implementar e desenvolver um modelo de ensino estruturado o qual consiste na aplicação de um conjunto de princípios e estratégias que, com base em informação visual, promovam a organização do espaço, do tempo, dos materiais e das actividades;
- c) Aplicar e desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares que, com base no modelo de ensino estruturado, facilitem os processos de aprendizagem, de autonomia e de adaptação ao contexto escolar;
- d) Proceder às adequações curriculares necessárias;
- e) Organizar o processo de transição para a vida pós-escolar;

f) Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família.

O Plano Individual de Transição (PIT) que contempla a adequação e concretização dos objetivos de transição para a vida ativa destes alunos. A DGIDC (2008) define que o PIT pretende fazer um resumo do projeto de vida do aluno com NEE, perspetiva uma vida social adequada, inclusão efetiva no meio social, familiar ou institucional, promove atividades de carácter ocupacional e, preferencialmente, o exercício de uma atividade profissional.

O PIT, enquanto estrutura curricular dinâmica deve constituir-se como uma abordagem funcional das áreas académicas e socioprofissionais que deverá proporcionar uma vida pós-escolar produtiva e significativa (Luecking & Wittenburg, 2009). Partindo da análise das competências sociais do aluno perspetiva-se o futuro numa forma individualizada. Por isso, depende das suas necessidades, possibilidades e interesses, do envolvimento das famílias e das possibilidades do meio. A escola assume a orientação do percurso do aluno, dotando-o de funcionalidade, com vista à sua plena integração na escola e mais tarde na sociedade/vida adulta.

1.8.3.2. Programa Portage

O programa Portage é um programa de educação precoce em casa, com a finalidade de apoiar os pais destas crianças proporcionando-os a apoiar os seus filhos e desenvolver o máximo as suas capacidades. Marques (2000p.93), define que “os pais são envolvidos, desde o início, no processo de seleção das áreas de intervenção. Regra geral, pretende-se fomentar uma espécie de “negociação” entre as prioridades dos pais e as necessidades que o “visitador” domiciliário considera relevantes para a criança. Em casa, é deixado um quadro de referência, de recomendações e metas a atingir, que será alvo de análise na visita seguinte. A filosofia de base é tornar os pais mais competentes para lidar, eficazmente, com os problemas do seu filho”.

Apesar de o lugar privilegiado ser em casa, pode ser adotado noutros contextos. As crianças são ensinadas num plano estruturado, composto por um

procedimento de treino domiciliar, um programa de avaliação e orientação dos pais pelos profissionais, que em parceria, definem metas, de acordo com as necessidades da criança. O processo vai sendo avaliado e reformulado frequentemente.

O programa é constituído por 619 comportamentos, separados nas seis áreas: estimulação infantil, socialização, cognição, linguagem, autonomia e desenvolvimento motor.

1.8.3.3. Son-Rise (Son-Rise Program)

O Son-Rise é um programa que valoriza a relação interpessoal através da participação espontânea em relacionamentos sociais. A ideia é a de que os pais aprendam a interagir de forma prazerosa, divertida e entusiasmada implementando um programa e ações centradas na criança, proporcionando o seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo.

Toda a aprendizagem acontece no contexto de uma interação divertida, amorosa e espontânea que inspira tanto pais como filho. Pais que utilizam o programa son-rise relatam não somente um progresso magnífico no desenvolvimento dos filhos, mas também uma melhoria dramática em seu próprio bem-estar emocional” (The Autism Treatment Center of America, 2006, p. 3)

O programa foi criado nos EUA e desenvolvido de forma intuitiva, na década de 70, pelo casal Barry e Samahria Kaufman, quando foi diagnosticado que o seu filho tinha autismo.

Segundo o Autism Treatment Center of America, no programa Son-Rise, “as atividades são adaptadas a cada criança com autismo, de forma a interagir, podendo-a levar a aprender habilidades como o contacto visual, o brincar, o faz de conta, linguagem e alterações de comportamento”.

O mesmo autor afirma que existem duas formas de interação motivadora, uma delas é seguir a criança e ser sensível a ela, motivando-a, pelo recurso aos objetos e atividades do seu interesse. O adulto junta-se na brincadeira até que ela interaja espontaneamente com o mesmo. As respostas do adulto são ajustadas de forma a serem motivadoras num ciclo de interações recíprocas que visam aumentar o nível de satisfação e relevância de interações sociais. Cabe à criança, para além da definição da brincadeira, escolher o tempo de interação, princípio e fim.

“Quanto mais tempo a criança passa com um adulto, mais a criança aprende, observa-se que as crianças com autismo que demonstram mais atenção, alcança, níveis mais altos de desenvolvimento linguístico” (The Autism Treatment Center of America, 2006)

1.8.3.4. SCERTS

O Modelo SCERTS é uma abordagem abrangente e multidisciplinar para melhorar as habilidades de comunicação e sócio emocionais de indivíduos com PEA, que utiliza estratégias doutras abordagens, como ABA, Floortime, DIR e Teach, para ajudar uma criança a ser um comunicador competente e confiante, evitando problemas de comportamento, que interferem no desenvolvimento de relacionamentos.

No Modelo SCERTS, é reconhecido que as aprendizagens na infância ocorrem no contexto social de atividades e experiências diárias. Assim sendo, este modelo é definido para ajudar as famílias, educadores e terapeutas a agir cooperativamente como uma equipe, de forma coordenada e específica, maximizando o progresso no apoio à criança.

O SCERTS foi desenvolvido tendo como objetivos prioritários a comunicação social e a regulação emocional, através da implementação nas atividades diárias da criança e entre parceiros. A intervenção na comunicação social vai permitir o desenvolvimento da comunicação funcional espontânea, expressão emocional e relações seguras e confiantes, entre as crianças e adulto.

Ao nível emocional, o desenvolvimento da capacidade de manter um estado emocional equilibrado vai permitir lidar com o stress diário e estar mais disponível para aprender e interagir.

Os planos específicos são desenvolvidos para proporcionar apoio educacional e emocional às famílias, e promover o trabalho em equipa entre os profissionais. Este modelo realça o desenvolvimento e implementação de suportes para ajudar os parceiros a responder às necessidades e interesses da criança, modificar e adaptar o ambiente, e fornecer ferramentas para melhorar a aprendizagem (por exemplo, pistas visuais e suportes sensoriais).

1.8.3.5. Modelo ABA (Applied Behavior Analysis)

A teoria comportamental tem as suas origens nos estudos de Skinner, sobre a aprendizagem e sobre a análise de comportamentos, feitos especialmente através da análise das relações entre as ações do indivíduo e ambiente. Desde os anos 1960, que os pesquisadores reconheceram que o modelo ABA pode ajudar as crianças com autismo.

As pesquisas comportamentais demonstram a alteração do comportamento do autista pelo aumento do repertório de comportamentos adequados e diminuição ou eliminação de comportamentos inadequados ou destrutivos. O objetivo é a generalização de aprendizagem e habilidades para os diversos ambientes, eliminando comportamentos estereotipados, antissociais, autoagressivos e hétero agressivos.

As fases do tratamento são: a avaliação comportamental; a seleção de metas e objetivos; a elaboração de programas de intervenção.

Depois de identificar os objetivos de forma clara, o terapeuta cria uma série de medidas para ajudar a criança a alcançá-los. O terapeuta pode definir um número de procedimentos diferentes para promover na criança uma determinada habilidade. Os seus princípios devem ser rigorosamente seguidos de forma contínua e intensa, no sentido de se garantir uma generalização. Do mesmo modo, é necessário que o ambiente de aplicação seja muito similar ao ambiente natural da criança, pois só isso garantirá a sua generalização. Uma vez mais, o papel da família, no processo, é fundamental, reforçando-se o seu envolvimento no processo educacional de seus filhos, independentemente do programa.

Os princípios da abordagem comportamental mais utilizados no programa são o reforço positivo e o negativo perante um comportamento, para que a aprendizagem seja efetivada. A recompensa específica é algo que a criança gosta, de modo que ele ou ela está motivado para repetir o comportamento desejado no futuro. No início do trabalho, são definidos os comportamentos que a criança possui, antes da intervenção e aqueles que pretendemos modificar. Os objetivos da intervenção devem ser claramente definidos.

Após as intervenções, as observações e resultados aferidos pelo terapeuta gerarão novos planos de intervenção e reavaliação da eficiência das estratégias.

1.8.3.6. Modelo PECS (Picture Exchange Communication System)

Picture Exchange Communication System (PECS), em português, Sistema de Comunicação por Troca de Figuras, foi desenvolvido em 1985 como um pacote de treinamento aumentativo/alternativo único que atende às dificuldades da criança na tentativa de desenvolver a comunicação. Inicialmente utilizado no Delaware Autistic Program, o PECS é reconhecido mundialmente por se dedicar aos componentes iniciativos da comunicação e bastante usado nos Estados Unidos, no Peru, na Inglaterra e na Espanha (Serra, 2010). Não requer materiais complexos ou caros/sofisticados e foi desenvolvido tendo em vista educadores, cuidadores e familiares, permitindo a sua utilização numa multiplicidade de ambientes e locais que a criança frequenta.

O sistema pode ser utilizado com crianças que não comunicam ou que possuem comunicação, mas com baixa eficiência.

Este modelo consiste na utilização de cartões entre os interlocutores para que se estabeleça a comunicação, possibilitando a satisfação das necessidades ou desejo dos indivíduos nos seus contextos do cotidiano. Segundo Nunes & Nunes (2003), favorecem a aprendizagem da comunicação, apesar de dependerem das habilidades sócio cognitivas do indivíduo, na manutenção da atenção e imitação.

Este método de intervenção compreende as seguintes fases:

Fase I - Ensina os alunos a iniciarem a comunicação desde o início por meio da troca de uma figura por um item muito desejado.

Fase II - Ensina os alunos a serem comunicadores persistentes - ativamente irem procura suas figuras, irem até alguém e fazerem uma solicitação.

Fase III - Ensina os alunos a discriminar figuras e selecionar uma figura que represente um objeto que eles querem.

Fase IV - Ensina os alunos a usarem uma estrutura na frase para fazer uma solicitação na forma de “Eu quero”.

Fase V - Ensina os alunos a responderem a pergunta “O que você quer?”

Fase VI - Ensina os alunos a comentarem sobre coisas no ambiente deles, tanto espontaneamente como em resposta a uma pergunta.

Expandindo o vocabulário - Ensina os alunos a utilizarem atributos, como cores, formas e tamanhos, dentro das solicitações deles.

Walter (2000 cit por Serra, 2010), define o PECS como um sistema de comunicação por troca de figuras e permitiu que muitos jovens autistas adquirissem a habilidade de comunicação dentro do contexto social, pois os sujeitos que apresentavam comportamento não-verbal foram levados a aproximarem-se e a entregar uma figura de algo desejado para o parceiro comunicativo, obtendo o que desejavam.

1.8.3.7. Modelo DIR

O modelo D.I.R (modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação) é baseado numa perspectiva estruturalista do desenvolvimento, assumindo-se que em todas as crianças com PEA existe alguma capacidade para comunicar e que esta advém do seu grau de motivação.

É um modelo de intervenção intensiva e global que utiliza os pontos fortes de uma criança para ajudar a construir habilidades como comunicação, planeamento motor, resolução de problemas, habilidades sociais, brincadeiras imaginativas, entender as emoções, seguir as instruções, etc. Muitas vezes este método inclui o Floortime aliado ao envolvimento e participação da família, especialidades terapêuticas, integração sensorial, terapia da fala e articulação e integração nas estruturas educacionais. O papel de emoções e interesses naturais da criança mostra-se essencial na construção de níveis sucessivamente mais elevados de interação social, emocional e capacidades

intelectuais. O envolvimento dos pais é fundamental para o sucesso do modelo, que ensina os pais a usar todas as oportunidades como "momentos de ensino." Esses momentos são oportunidades para envolver a criança e desenvolver habilidades sociais mais adequadas.

Segundo Santos (2009), para além do Floortime devem ainda ser usadas interações semiestruturadas de resolução de problemas, onde a criança é levada a cumprir objetivos específicos de aprendizagem, através da criação de desafios dinâmicos que a criança deve resolver.

A abordagem Floortime é um modo de intervenção interativa que tem como objetivo encorajar os pais a se envolverem com as crianças numa relação afetiva. O foco de intervenção é o desenvolvimento emocional através do qual se vão desenvolver outras habilidades. Segundo Santos (2009), permite "alargar a gama de competências motoras e sensoriais adaptando a intervenção às diferenças individuais de cada criança".

Terapeutas e pais envolvem-se com as crianças através das atividades que ela gosta. Eles entram no jogo e seguem a liderança da criança apoiando as suas intenções e tendo sempre em conta as diferenças individuais e os estádios do desenvolvimento.

Os terapeutas ensinam os pais a orientar os seus filhos em interações cada vez mais complexas, num processo designado por "abertura e fecho dos círculos de comunicação". De um modo geral, este método tem como objetivo ajudar as crianças a atingir seis metas de desenvolvimento cruciais para o crescimento emocional e intelectual: autorregulação e interesse no mundo; intimidade ou ajuste em relações humanas; comunicação bidirecional; comunicação complexa; ideias emocionais e pensamento/funcionamento emocional.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO/ EMPÍRICO

CAPÍTULO I – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada neste projeto foi um estudo empírico, para apurar as percepções dos educadores de infância, através de questionário.

A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, na medida em que “ênfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais” (Bodgan & Biklen, 1994, p. 11) dos educadores e permite caracterizar a amostra fazendo um estudo de associação, a partir das suas opiniões e medidas.

Os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, outrossim, formuladas com o objectivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural” (Bodgan & Biklen, 1994, p. 16).

No presente estudo, considerou-se particularmente adequado utilizar um inquérito por questionário, incidindo-o num grupo de docentes, que permitiu a recolha de informações detalhadas sobre estratégias adotadas, na intervenção com crianças com PEA.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005:188), o questionário

[consiste] em formular a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento (...) ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores.

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1. Pergunta de partida

Dado que era do nosso interesse estudar a temática da PEA e a inclusão na educação pré-escolar, a questão de partida deste estudo foi estruturada do seguinte modo: Quais são as maiores dificuldades dos educadores de infância na inclusão de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?

1.2. Objetivos da investigação

Assim sendo, o objetivo geral desta investigação consiste em avaliar as maiores dificuldades sentidas pelos educadores de infância, na inclusão de crianças com PEA no contexto de jardim-de-infância.

De modo específico, os objetivos deste trabalho incidem em:

- Percecionar as maiores dificuldades sentidas pelos educadores de infância na organização da sua prática pedagógica com as crianças com Perturbação do Espectro do Autismo;
- Identificar estratégias utilizadas pelos educadores de infância facilitadoras da inclusão de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

1.3. Definição da amostra

1.3.1. Caraterização da amostra

Segundo Quivy (1992), população é entendida como “o conjunto de elementos constituintes de um todo”. Neste estudo, a amostra foi retirada de um grupo de educadores de infância que desempenharam funções no distrito do Porto, no ano letivo 2014/2015. O questionário foi distribuído a 17 educadores e a totalidade dos inquéritos distribuídos e produtores de dados, foi devolvida no prazo estabelecido, perfazendo o conjunto dos resultados analisados, do presente estudo.

Para a caracterização da amostra foi considerado o tempo total de serviço, o concelho onde desempenham funções e a experiência profissional com crianças com PEA.

2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

2.1. Instrumentos e técnicas de recolha de dados

Almeida e Freire (2003) definem que num processo de construção de um instrumento deverá ser definido inicialmente aquilo que se vai avaliar.

Dados os objetivos traçados para esta investigação, o inquérito por questionário pareceu-nos o instrumento mais adequado, uma vez que “permite colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às opiniões” (Fortin, 1999). Desta forma, a recolha de dados fez-se através de um inquérito por questionário (Anexo A), que foi elaborado a partir da definição da pergunta de partida e dos objetivos específicos de investigação. Neste caso, pretende-se saber quais são as maiores dificuldades dos educadores face à inclusão de crianças com PEA.

Na elaboração do questionário tivemos o cuidado de o fazer de forma clara, concisa, utilizando uma linguagem congruente e acessível, de fácil aplicação e garantindo o anonimato. Foi disponibilizado de forma online, menos dispendiosa, permitindo aos inquiridos a escolha do momento mais adequada para ser respondido.

É um questionário estruturado com questões fechadas, de resposta rápida, que possibilitam registar uma concordância ou discordância de opiniões, entre o sim e o não, uma escala de opiniões e ainda respostas de escolha múltipla. As primeiras questões, relativas, à identificação do inquirido, e a última questão são do tipo aberto, onde se pretende fazer uma análise de opiniões. Num total de 12 questões, duas delas servem de identificação e caracterização da amostra, anos de serviço e concelho onde desempenham funções. As restantes pretendem apurar a atitude dos educadores face à inclusão de crianças com PEA.

A utilização de uma maioria de perguntas fechadas deveu-se à obtenção na facilidade de recolha de respostas mais sintéticas e claras permitindo uma análise categorizada das opiniões dos inquiridos. O tratamento estatístico dos dados foi feito no programa Microsoft Excel.

A partir dos resultados obtidos será efetuado o tratamento estatístico dos dados e apresentados mais à frente, num tópico específico.

2.2. Procedimentos

Antes da análise e tratamento dos dados, foi assegurado que as informações recolhidas eram necessárias, suficientes e que refletiam a realidade. Para que os objetivos fossem atendidos foi necessário garantir que a recolha dos dados fosse validada e fiável. Desta forma, a validade de conteúdo foi pedida a duas educadoras, que efetuassem um pré-teste onde se pronunciaram sobre a estrutura, clareza, compreensão e objetividade das perguntas do inquérito. Os inquiridos não acharam necessária a reestruturação do questionário, tendo sido apenas efetuado um pequeno ajuste ao questionário inicial, no que se refere à possibilidade de validação das respostas, no formulário disponibilizado pela Google.

A recolha de dados foi realizada em maio de 2015. A fim de operacionalizar a recolha de dados, a amostra foi contactada diretamente ou por intermediário, no sentido de se aferir a sua disponibilidade e garantir a confidencialidade do inquérito. Por último, foi feita a recolha e análise dos resultados.

CAPÍTULO II - RESULTADOS OBTIDOS

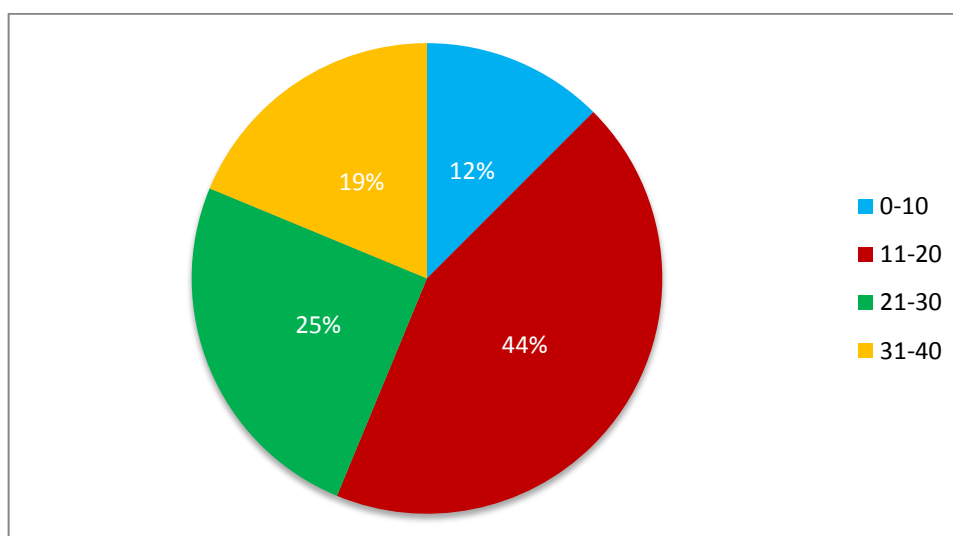
1. ANÁLISE DE RESULTADOS

Após a recolha de dados, estes foram tratados no software estatístico Excel da Microsoft, com exceção da última pergunta.

Passaremos então a apresentar os resultados e a análise feita aos inquiridos produtores de dados.

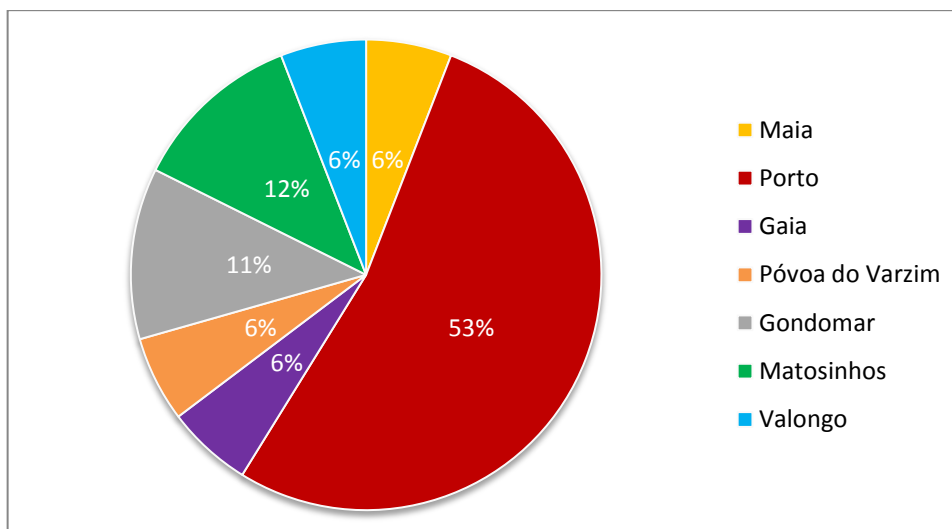
Dos dados sociométricos podemos verificar, no que diz respeito ao *tempo total de serviço* (Gráfico 1), a maioria dos inquiridos, 44% dos educadores têm entre onze e vinte anos de serviço. Apesar disso, constatamos que a amostra é diversificada.

Gráfico 1-Tempo de Serviço dos Inquiridos



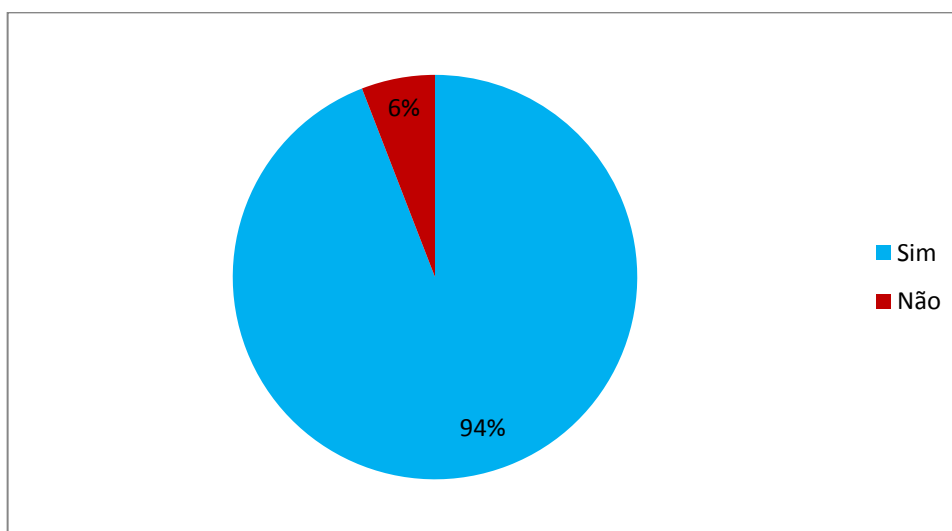
Em relação ao *concelho onde desempenham funções* (Gráfico 2), a maioria dos inquiridos trabalha no concelho do Porto, perfazendo 53% dos educadores inquiridos. Uma parte da restante amostra divide-se de forma muito equivalente entre os concelhos de Matosinhos (12%), Gondomar (11%), num total de quatro educadores, sendo que os restantes, constituem 24% em cada um dos concelhos: Póvoa de Varzim, Valongo, Maia e Gaia.

Gráfico 2-Proveniência no Desempenho de Funções



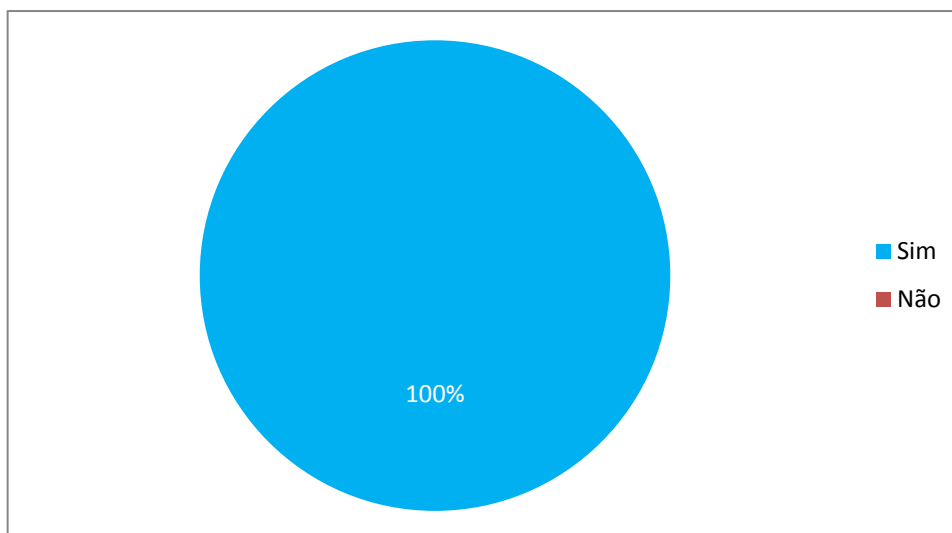
No que se refere à *experiência profissional com crianças com PEA* (Gráfico 3), como podemos observar que, dos 17 educadores de Infância apenas 29% não têm experiência de trabalho com crianças com PEA e 71% têm essa experiência.

Gráfico 3-Experiência com PEA



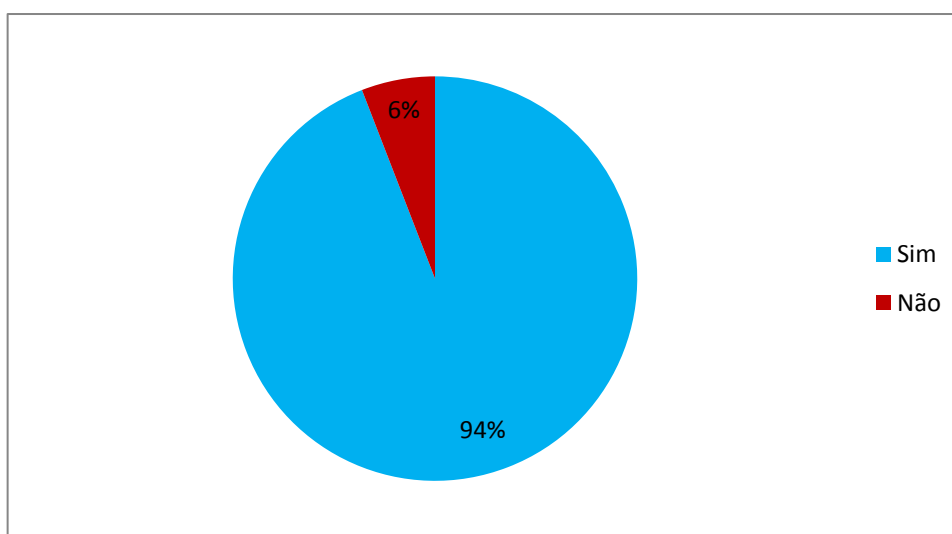
No que se refere à *concordância da inclusão de crianças com PEA* (Gráfico 4), a totalidade dos educadores concorda totalmente com a inclusão das crianças com esta problemática.

Gráfico 4-Concordância da Inclusão de Crianças com PEA



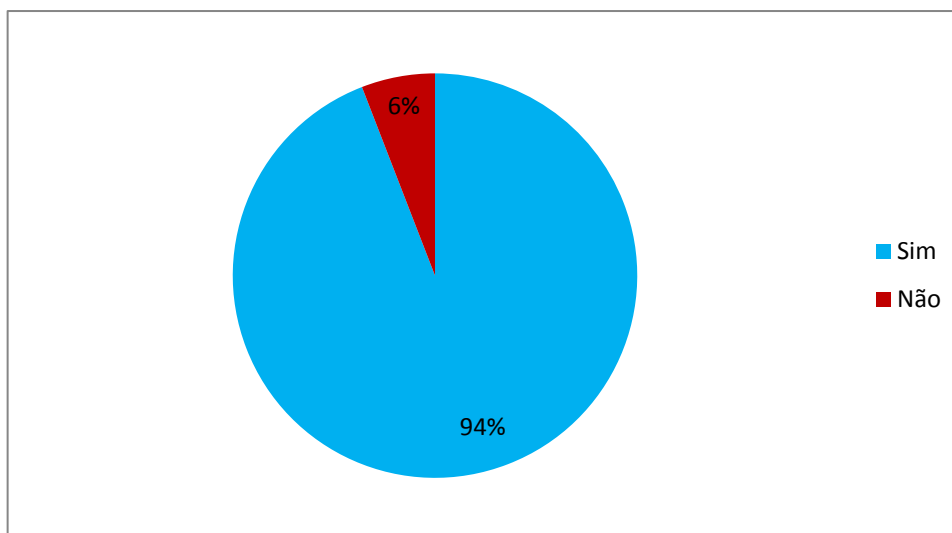
No que respeita à *necessidade de formação nesta área* (Gráfico 5), 94% dos educadores sente que necessita de mais formação para poder intervir com estas crianças.

Gráfico 5-Necessidade de Formação na Área Específica



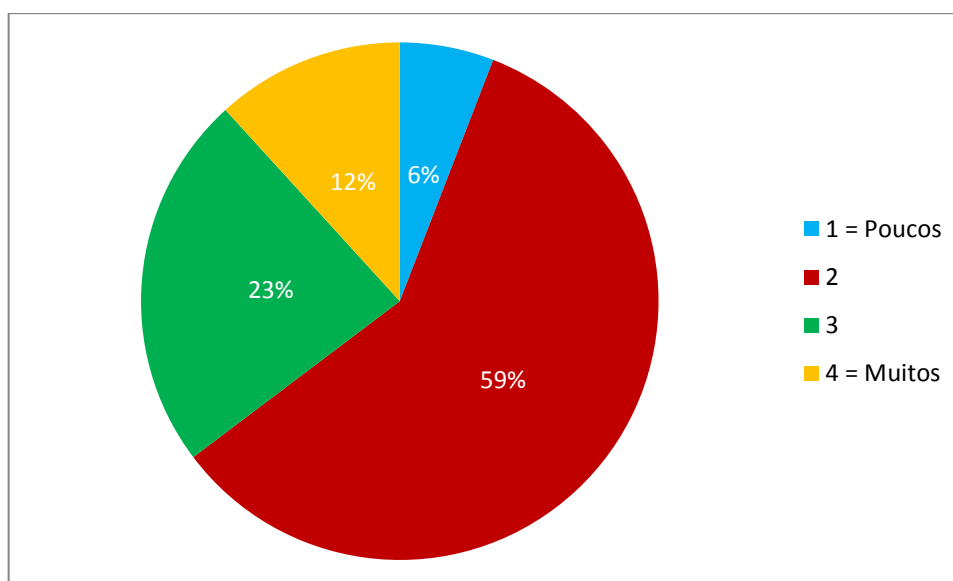
Em relação à *intervenção educativa ao nível de conhecimentos em relação à temática das PEA* (Gráfico 6), 59% dos educadores sente que o nível dos seus conhecimentos é pouco em relação a esta área.

Gráfico 6-Intervenção Educativa ao Nível de Conhecimentos



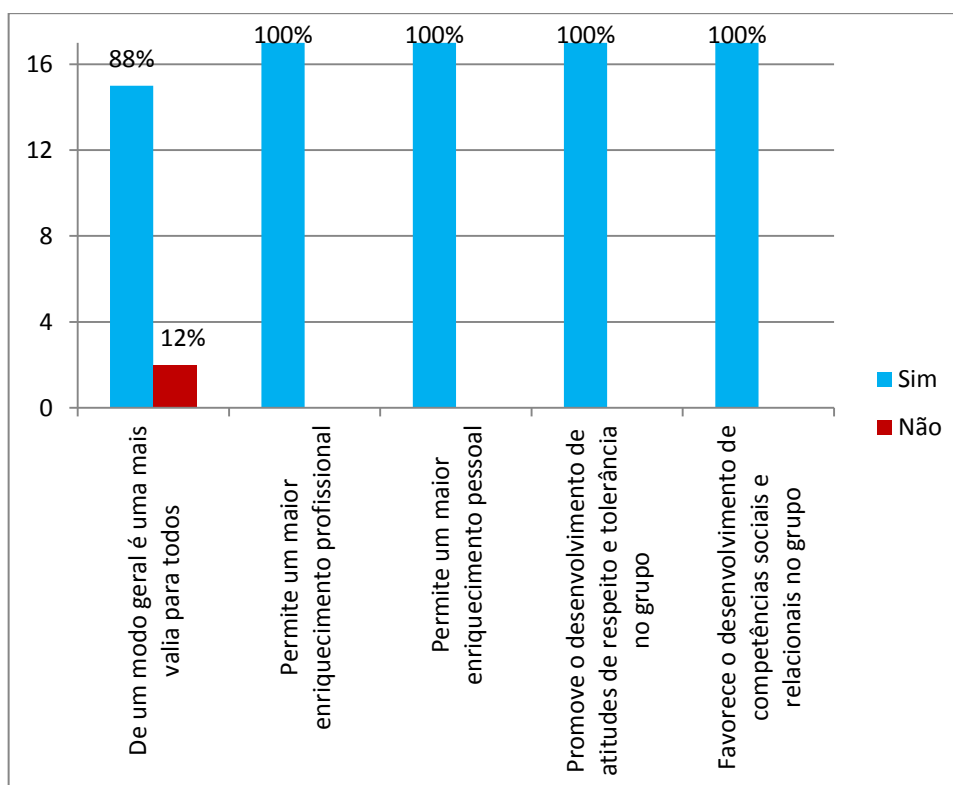
Relativamente à *proveniência de conhecimentos* (Gráfico 7), uma grande percentagem (42%) demonstra que a maioria dos seus conhecimentos advém de autoconhecimento e formação contínua na área, sem esquecer que 19% também aponta a formação especializada, como uma das proveniências dos seus conhecimentos específicos na área.

Gráfico 7-Proveniência de Conhecimentos



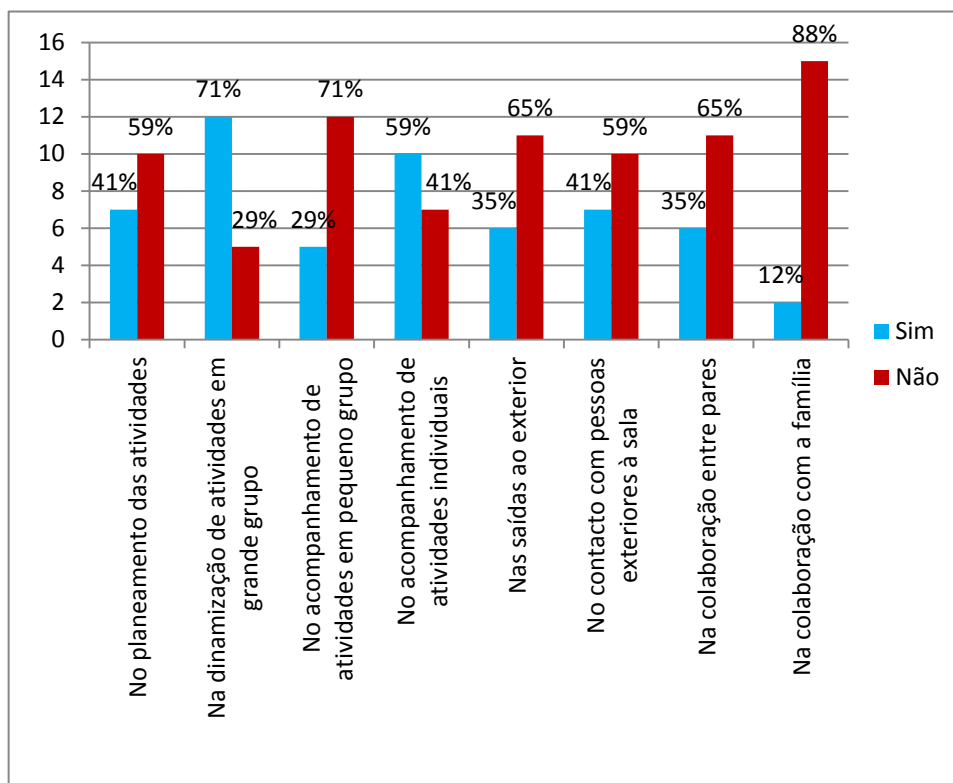
No seguimento da análise dos dados relativamente às *considerações face à inclusão* (Gráfico 8), podemos verificar que a totalidade de educadores assinalaram que a inclusão das crianças com PEA permite um maior enriquecimento profissional e pessoal, promove desenvolvimento de atitudes de respeito e tolerância no grupo, favorece o desenvolvimento de competências sociais e relacionais no grupo. 12% dos inquiridos discordou na hipótese de um modo geral é uma mais-valia para todos.

Gráfico 8-Considerações Face à Inclusão



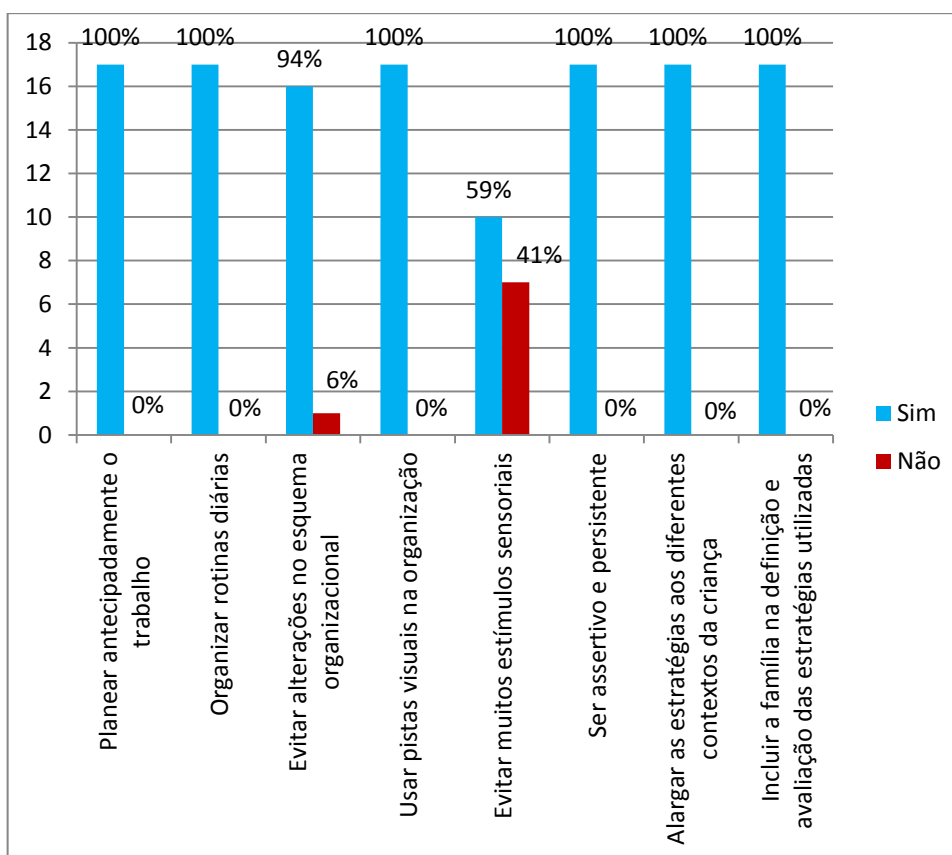
Neste gráfico podemos constatar que, no que se refere à questão sobre *as dificuldades sentidas na prática profissional* (gráfico 9), os educadores assinalaram a dinamização de atividades em grande grupo e o acompanhamento de atividades individuais como as suas maiores dificuldades. Uma pequena minoria, 12% inquiridos, respondeu sentir dificuldades na colaboração com a família. Os educadores identificaram que a colaboração com a família e o acompanhamento em atividades de pequeno grupo, são as suas menores dificuldades na prática profissional, diariamente com estas crianças.

Gráfico 9-Dificuldade Sentidas na Prática Profissional



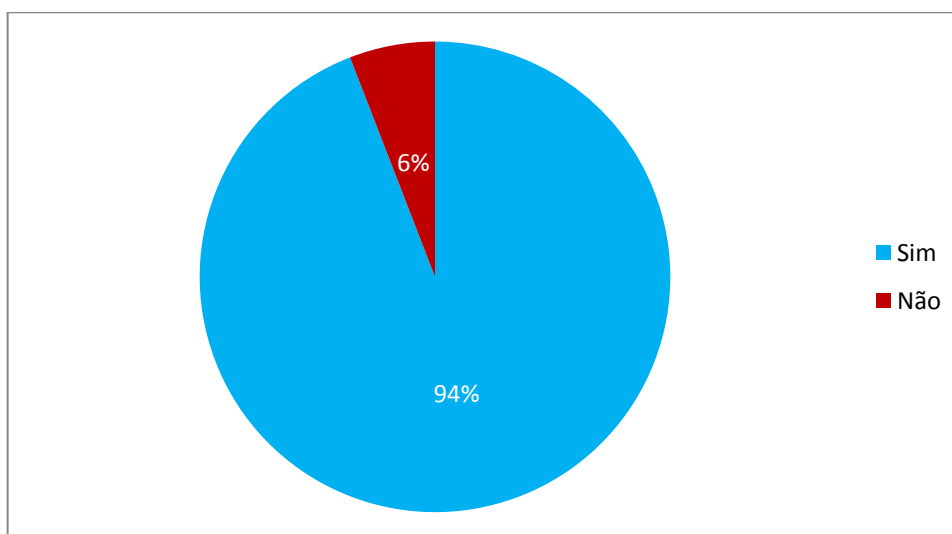
Em relação às estratégias utilizadas para promover a inclusão, destas crianças na sua prática profissional (gráfico 10) 100% dos educadores apontaram como estratégias utilizadas as definidas, com exceção de 6% no que se refere à alteração do esquema organizacional. Em relação aos estímulos sensoriais, 41% dos inquiridos não considera relevante evitá-los.

Gráfico 10-Estratégias Utilizadas para Promover a Inclusão



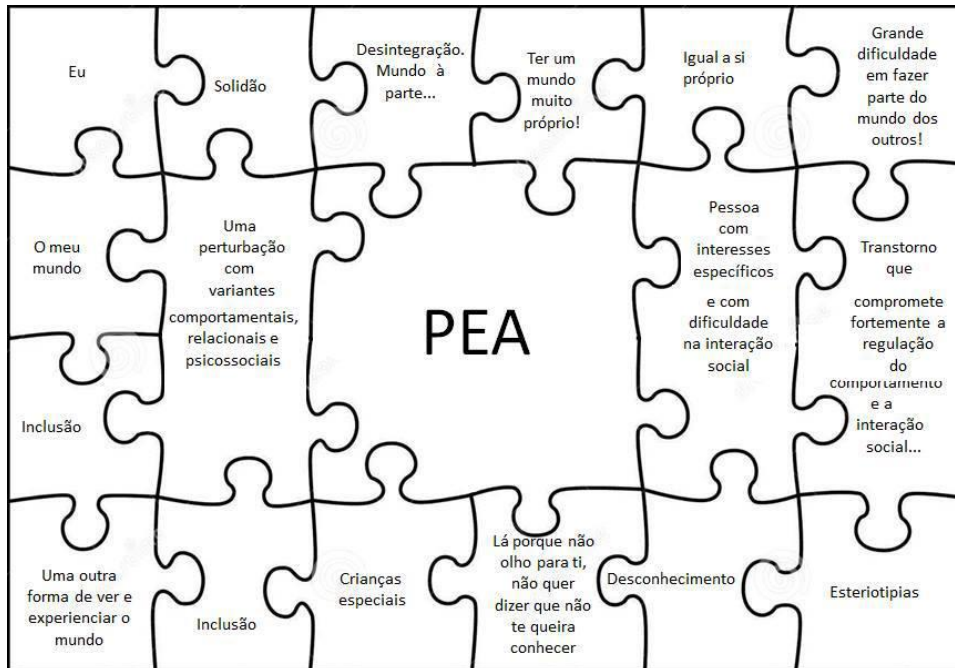
Em relação ao *papel da família na inclusão destas crianças*, quase a totalidade de inquiridos (94%) considera fundamental, à exceção de 6% (uma pessoa) que discorda.

Gráfico 11-Papel da Família na Inclusão destas Crianças



Em relação à *definição da PEA*, para cada um dos inquiridos, faz-se um esquema das suas opiniões.

Figura 1 -- Definição da PEA



2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos inquéritos resultantes e produtores de dados, parece-nos pertinente tecer algumas considerações, que, como já foi dito em cima, são as perceções próprias de um grupo de educadores e como tal, os resultados não podem ser generalizados. Assim, os educadores de infância revelaram concordar com inclusão de crianças com PEA.

O facto de a maioria dos educadores de Infância já ter experiência na sua prática profissional com crianças com PEA poderá levar-nos a inferir que o contacto com PEA poderá ter proporcionado um conhecimento da problemática e, conseqüentemente influenciado positivamente as práticas educativas, permitindo uma atuação em conformidade com as necessidades das crianças em questão, incentivado a pesquisa, o “querer saber mais” e, efetivando-se

assim uma educação mais inclusiva, como se comprova pela totalidade da sua concordância com a inclusão.

Em relação ao objetivo específico onde se pretendia analisar as dificuldades e os constrangimentos na inclusão das crianças com PEA, no pré-escolar, as respostas foram variadas, o que poderá denotar-se pela falta de formação específica nesta área.

Verifica-se que a maioria dos educadores revelou que não sente dificuldades: no planeamento das atividades, no acompanhamento das atividades em pequeno grupo, nas saídas ao exterior, no contacto com pessoas exteriores à sala, na colaboração entre pares e com a família. Isto leva a crer que, algumas respostas, foram dadas no sentido do “politicamente correto” e numa ressalva à sua competência profissional. Este fator poderia ser verificado na observação direta das suas práticas. Doutra forma, pode também considerar-se como ponto de reflexão, o facto de alguns fatores não estarem evidenciados como dificuldade, pela possibilidade de os educadores não identificarem as reais dificuldades das crianças, no dia-a-dia.

Em relação às estratégias apresentadas, pressupõem-se que a maioria as implementa e que as consideram eficazes.

A maioria referiu possuir poucos conhecimentos na área da PEA, afirmando que os que possuem advém de autoconhecimento e formação contínua, indo ao encontro da necessidade de formação, referida pela maioria, à exceção de uma pessoa. Isto leva a uma reflexão no sentido de haver uma possível lacuna na formação inicial, quando o que se pretende é uma escola inclusiva, como apontado pelos inquiridos. Desta forma, parece-nos ser necessário um maior investimento na formação dos professores, nomeadamente na formação especializada e formação contínua.

Como reflexão geral, salientamos o facto de haver uma enorme diversidade de estratégias apontadas aliadas à necessidade de formação, o que nos leva a supor que os docentes poderão utilizar uma maior diversidade de técnicas, pela sua falta de conhecimentos e na tentativa de corresponderem às necessidades das crianças, através de um leque alargado de estratégias: planear antecipadamente o trabalho, organizar rotinas diárias, evitar alterações

no esquema organizacional, usar pistas visuais na organização, ser assertivo e persistente, alargar as estratégias aos diferentes contextos da criança e incluir a família na definição e avaliação das estratégias utilizadas. Desta forma, salienta-se também a necessidade de um maior apoio dos docentes de educação especial, para além da formação especializada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças com autismo são crianças com necessidades especiais, que precisam de uma atenção e de uma supervisão reforçadas. Apesar de não ser conhecida uma “cura” para o autismo, alguns autores defendem a possibilidade de se efetuarem progressos no que concerne à melhoria das condições de vida destas crianças. A evolução clínica depende, em boa medida, do diagnóstico e da intervenção precoces, de forma a poderem desenhar-se programas de intervenção psicoeducativos dirigidos aos aspetos realmente em défice, em cada criança com autismo. Estes programas não devem obliterar o papel e a intervenção dos pais, pois quer a criança, os pais e os professores, quer a família, são considerados como ativos coparticipantes de todo o processo pedagógico e / ou educativo. Trabalhando em equipa conseguirão elaborar planos de intervenção adaptados às dificuldades específicas das crianças.

As crianças autistas têm sim um fascínio que reside em parte no sentimento de que dentro delas quem sabe onde, deve haver uma chave que abrirá o tesouro escondido. O investigador hábil encontrará de facto um tesouro (...) mas este tesouro será cada dia de trabalho e o humanismo que pomos nele, nem sempre ouro! Em resposta à nossa dedicação estas crianças podem dar-nos a chave para a linguagem humana, que é a chave para a própria humanidade (Melo, 1998, p.41 cit por Estevão, 2011, p.18).

A partir da revisão da literatura e dos resultados neste estudo, algumas reflexões podem ser feitas no sentido de uma melhoria na inclusão de crianças com PEA, nomeadamente no investimento na formação face a esta problemática. Contudo, verifica-se uma total concordância no que se refere à inclusão das crianças.

É importante salientar que não se pode generalizar com base nas perceções de uma pequena amostra. No entanto, a análise dos dados permitiu uma série de conclusões preliminares e pertinentes.

O trabalho sugere que lidar com o comportamento dos alunos autistas é provável que seja a parte mais desafiadora da experiência para os educadores, através da utilização das múltiplas estratégias, supracitadas. No entanto, o seu conhecimento geral do autismo é limitado, reforçando-se a ideia de que os professores assumem e precisam de mais formação específica para lidar com esta problemática, permitindo uma inclusão mais eficaz destas crianças. Sugere-se, ainda, que os educadores tenham uma colaboração mais efetiva

por parte dos professores de educação especial, quer no acompanhamento das crianças com PEA, quer na dinamização de todo o processo inclusivo.

Como sugestão seria interessante, em termos de investigações futuras, alargar a amostra, em termos de dimensão e abrangência, alargando o estudo a várias zonas do país e diferentes contextos de ensino, privado e público, fazendo análises comparativas entre as mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alteri, A., Farrerós, S., & Prats, J. (2011). *Alumnado con trastorno del espectro autista*. Barcelona: Editorial GRAÓ.
- Association American Psychiatric. (2014). *DSM-V : manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bodgan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cavaco, N. (2009). *O Profissional e a Educação Especial - uma Abordagem sobre o Autismo*. Lisboa: Editorial Novembro.
- Correia, M. (2014). *Autismo e atraso de desenvolvimento: um estudo de caso*. Lordelo: Fundação A Lord.
- Correia, M. e. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.
- Davies, D. M. (1997). *Os professores e as famílias: A colaboração possível*. Lisboa: Horizonte.
- Decreto-lei nº 3/2008 de 7 de janeiro. *Diário da República nº4 – I Série*. Ministério da Educação. Lisboa.
- Decreto-lei nº 75/2008 de 22 de abril. *Diário da República nº79 – I Série*. Ministério da Educação. Lisboa.
- Deutsch, S. (1 de Agosto de 2011). *Autism Spectrum Disorders: The Role of Genetics in Diagnosis and Treatment*. Obtido de Intech: <http://www.intechopen.com/books/autism-spectrum-disorders-the-role-of-genetics-in-diagnosis-and-treatment>
- DGIDC. (sem data). *Avaliação e intervenção*. Lisboa: Ministério da educação.
- Estevão, M. (jul.-set. de 2011). Boas Práticas nas Perturbações do Espectro do Autismo: Perspetivas Atuais dos Educadores de Infância. *Revista Diversidades nº33*, pp. 16-18.
- Federação Portuguesa de Autismo. (s.d.). *Causas do autismo*. Obtido de FPDA: <http://www.fpda.pt/causas-do-autismo>

- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, V., & Apolónio, A. (2008). Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo. *ARS Alentejo*.
- Gillberg, C. (1990). Infantile autism: diagnosis and treatment. *Acta Psychiatr Scand* 81, (pp. 209-215).
- Karagiannis, A., Stainback, W., & Stainback, S. (1999). *Fundamentos do ensino inclusivo*. In: STAINBACK, Susan; STAINBACK, Willian. *Inclusão: um guia para educadores*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lei n.º 46/1986 de 14 de Outubro. Lei de Bases do Sistema Educativo. *Diário da República nº 237– I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lima, C. (2012). *Perturbações do espectro do Autismo – Manual Prático de Intervenção*. Lisboa: Lidel.
- Luecking, R., & Wittenburg, D. (2009). Providing supports to youth with disabilities transitioning to adulthood: case descriptions from the Youth Transition Demonstration. *Journal of Vocational Rehabilitation* 30, 241-251.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Novellas, L., & Viloca, L. (2003). *El niño autista: Detección, Evolución y Tratamiento*. España: Ediciones Ceac.
- Nunes, D., & Nunes, L. (2003). Efeitos dos procedimentos naturalísticos no processo de aquisição de linguagem através de sistema pictográfico em criança autista. In L. Nunes, *Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais* (pp. 125-141). Rio Janeiro: Dunya.
- Oliveira, G. (2009). Autismo: diagnóstico e orientação, Parte I - Vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa* (pp. 278-287). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Manual da Classificação Internacional*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Ozonoff, S., Rogers, S., & Hendren, R. (2003). *Perturbações do espectro do autismo – Perspetivas da Investigação Atual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, E. (1999). *Autismo: o significado como processo central*. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pereira, M. (2005). *Autismo - uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Gailivro.
- Perrenoud, P. (2000). *Dez Novas competências para Ensinar*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Quivy, R. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Riviére, A. (2001). *Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Editorial Trotta.
- Salend, S. (1998). *Effective mainstreaming creative inclusive classrooms*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Santos, G. (jan.-fev. de 2009). O modelo D.I.R. . *Revista GCPD*, pp. 5-6.
- Santos, I., & Sousa, P. (2009). *Como intervir na perturbação autista*. Obtido de Psicologia: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0262.pdf>
- Serra, D. (jul.-dez. de 2010). Sobre a inclusão de alunos com autismo na escola regular. Quando o campo é quem escolha a teoria. *Revista de Psicologia v.1 nº2*, pp. 163-176.
- Siegel, B. (2008). *O Mundo da criança com autismo – compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.
- Silva, P. (2003). *Escola – família, uma relação armadilhada: Interculturalidade e relações de poder*. Porto: Edições Afrontamento.
- The Autism Treatment Center of America. (2006). *Empirical Research Supporting The Son-Rise Program*. Obtido de The Autism Treatment Center of America: http://www.autismtreatmentcenter.org/media/pdf/supportive_research.pdf

Unesco. (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

ANEXOS