

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Pós graduação em Educação Especial



A criança com Perturbação do Espectro do Autismo e a interação social entre pares no Jardim de Infância

Orientação de Doutora Ana Maria Paula Marques Gomes

Por Carla Sofia Nogueira Ferreira Rodrigues

Porto, setembro de 2016

Agradecimentos

Um especial agradecimento à minha querida família pela compreensão da minha parcial ausência durante este ano letivo por acreditarem em mim e me incentivarem à concretização dos meus objetivos.. Aos meus filhos Carolina, Leonor e Matias, ao meu marido Nuno, um muito obrigado.

Um agradecimento muito especial a todos os professores pelo enriquecimento temático que me transmitiram.

Resumo

Este projeto de investigação versa sobre um estudo de caso de uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo e a interação entre pares no Jardim de Infância. Pretendemos dar a conhecer a especificidade da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), através de uma investigação fundamentada, quer no enquadramento teórico, quer no trabalho de campo.

Foram definidos alguns objetivos com o intuito de compreender em especial a interação entre pares no jardim de Infância nas crianças com PEA, bem como, na preocupação em relacionar as disfunções sensoriais na PEA, que para além de integrar a tríade de dificuldades de Lorna Wing, incluir também as disfunções do processamento sensorial comumente com a publicação do novo DSM-V.

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, grelhas de observação de comportamentos e entrevistas semiestruturadas aos diversos intervenientes no processo.

Consideramos que esta criança está integrada em contexto escolar e atualmente adquire as competências que são planeadas para o seu nível etário dentro das Orientações Curriculares.

O contexto escolar da criança em estudo é propício à sua aprendizagem onde a Educadora, ajuda-a no seu desenvolvimento e no seu desenvolvimento global, respeitando a diferença.

A família é fundamental e decisiva para o progresso da criança. Conferimos que a cooperação e a participação dos pais no processo educativo/terapêutico foi sem dúvida um fator decisivo na promoção do desenvolvimento desta criança com PEA, como também a intervenção e envolvimento dos técnicos e professores envolvidos.

Palavras chave: Perturbação do Espectro do Autismo, interação entre pares, sinais de alerta.

Abstract

This research project deals with a case study of a child with autism spectrum disorder and the interaction between peers in kindergarten. We aim to make known the specificity of Autism Spectrum Disorder (PEA), through an investigation substantiated, either in the theoretical framework, either in field work.

Some goals have been defined in order to understand in particular the interaction between peers in kindergarten children with PEA, as well as on concern in relating sensory dysfunction in PEA, which in addition to integrating the triad of Lorna Wing, also include sensory processing dysfunction commonly with the publication of the new DSM-V.

The instruments used for data collection were the scale of Mental Development of Ruth Griffiths, observation of behaviors and semi structured interviews to various stakeholders in the process.

We believe that this child is integrated in school context and currently acquires the skills that are planned for their age level within the Curricular Guidelines.

The school of the child context under study is conducive to learning where the educator, in its development and in its overall development, while respecting difference.

The family is fundamental and decisive for the progress of the child. Given that the cooperation and participation of parents in the educational/therapeutic process was undoubtedly a decisive factor in promoting the development of this child with PEA, as well as intervention and involvement of coaches and teachers involved.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, peer interaction, warning signs.

Índice de Abreviaturas

APA – American Psychiatric Association

CDC – Disease Control and Prevention

DSM IV/V – Manual de Diagnóstico e de estatística das perturbações Mentais

DL – Decreto Lei

EI – Educadora de Infância

ICD – Classificação de transtornos Mentais e de Comportamento

IP – Intervenção Precoce

MA - Mãe

MEM – Movimento da Escola Moderna

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

TO – Terapeuta ocupacional

OCPE – Orientações curriculares para a pré escola

OMS – Sistema de classificação da organização Mundial de saúde

PIIP – Plano Individual de Intervenção precoce

Índice Geral

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 8 |
| I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 10 |
| 1 – Perturbação do Espectro do Autismo – do conceito ao diagnóstico..... | 10 |
| 1.1 - Classificação atual para a Perturbação do Espectro do Autismo..... | 20 |
| 1.2 - Sinais de deteção precoce..... | 24 |
| 1.3 - Etiologia..... | 28 |
| 1.4 - Prevalência..... | 31 |
| 1.5 - Características variáveis na Perturbação do Espectro do Autismo..... | 32 |
| 2 - Interação Social na Perturbação do Espectro do Autismo..... | 37 |
| 3 - Comunicação e linguagem..... | 38 |
| 4 - Comportamento e interesses repetitivos na Perturbação do Espectro do Autismo..... | 39 |
| 5 - Processamento sensorial..... | 41 |
| 6 - Comorbilidades..... | 46 |
| 7 - Conceito de intervenção precoce..... | 46 |
| II PARTE PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 47 |
| 1 – Metodologia utilizada..... | 47 |
| 1.1- Justificação Metodológica | 48 |
| 1.2 – Técnicas de recolha de dados..... | 50 |
| 1.3 – Perfil do aluno..... | 51 |
| 1.4 - Escala de desenvolvimento Mental da criança..... | 54 |
| 1.5 - Observação direta / Participante e Entrevistas Semi Estruturadas..... | 55 |
| 1.6 - Procedimentos Experimentais | 57 |
| 1.7 - Análise de conteúdos..... | 58 |
| III PARTE - INTERVENÇÃO..... | 69 |
| 1 - Intervenção precoce na PEA..... | 69 |
| 2 – Abordagens utilizadas na intervenção na PEA..... | 70 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 74 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 78 |
| ANEXOS..... | 83 |

Índice de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Classificação Internacional das Doenças (ICD-10), 1994 (adaptado de Pereira, 2006, p.41)..... | 21 |
| Tabela 2 – Classificação DSMV, (maio, 2014, p.57/58)..... | 22 |
| Tabela 3 - Lorna Wing, 4 níveis de dificuldades, (adaptado por manual para pais e profissionais, Coelho & Aguiar 2014)..... | 26 |
| Tabela 4 – Atividades e estereotípias simples (adaptado do manual para pais e profissionais, Coelho e Aguiar, 2014)..... | 27 |
| Tabela 5 – Atividades e estereotípias com objetos (adaptado do manual para pais e profissionais, coelho e Aguiar, 2014)..... | 27 |
| Tabela 6 – Atividades e estereotípias complexas envolvendo rotinas (adaptado do manual para pais e profissionais, Coelho & Aguiar)..... | 28 |
| Tabela 7 – Sintomas da disfunção do processamento Sensorial (adaptado de Kranowitz, C, 2005)..... | 43 |

Índice de anexos

- Anexo 1 – Ficha de Anamnese
- Anexo 2 – Relatório do médico otorinolaringologista
- Anexo 3 – Registos de incidentes críticos
- Anexo 4 – Relatório Educadora sala dos 2 anos
- Anexo 5 – Relatório médica especialidade em PEA
- Anexo 6 – Relatório Terapeuta da Fala
- Anexo 7 – Relatório Terapeuta ocupacional
- Anexo 8 – Fenótipo da criança A
- Anexo 9 – Relatório Escala Ruth Griffiths
- Anexo 10 – PIIP
- Anexo 11 – Relatório Educadora sala 2 anos
- Anexo 12 – Relatório pedido de terapias
- Anexo 13 – Guião de entrevistas
- Anexo 14 – Criança A na construção de legos
- Anexo 15 – Criança A não tolerar cola nos dedos
- Anexo 16 - Criança A não de tocar em novas texturas (massa de farinha)
- Anexo 17 – No recreio ordena brinquedos
- Anexo 18 – Comboio de crianças
- Anexo 19 – Desvio ocular
- Anexo 20 – Ordenar sapatos
- Anexo 21 – Intolerante a novas texturas
- Anexo 22 – Registo de intervenção – Atividade 1
- Anexo 23 – Registo de intervenção – Atividade 2
- Anexo 24 – Uma das atividades preferidas
- Anexo 25 – Tabelas de conteúdos
- Anexo 26 – Registo individual de observação

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se na Unidade curricular na área de Seminário de projeto, orientada pela Professora Doutora Ana Gomes.

Este trabalho realizar-se-á num período estimado de quatro meses no âmbito do Projeto da Pós Graduação em Educação Especial na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.

Este trabalho foi desenvolvido com vista a uma melhor compreensão relativas à Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) tendo particular atenção à interação social (entre pares).

Assim sendo e para descortinarmos a problemática que envolve o tema anterior, optamos por estruturar os objetivos que norteiam todo o processo investigativo, sendo eles: conhecer a Perturbação do Espectro do Autismo na sua dimensão tridimensional; identificar as características da Perturbação do Espectro do Autismo; clarificar o papel do educador de infância na promoção da interação social entre a criança com a Perturbação do Espectro do Autismo e os seus pares; explorar diferentes técnicas de intervenção que promovem a interação entre todas as crianças da sala.

Este trabalho procura, com auxílio da revisão da literatura e pesquisa de dados relativos à criança em estudo, compreender as características inerentes ao aluno e à PEA em geral. Aqui família torna-se um elemento chave, quer para a aquisição de informação fidedigna da criança quer para a obtenção de informação entre a criança e o interlocutor (Hemmerter, Joseph, Smith, & Sandall, 2001; Kuhaneck&watling, 2010).

O autismo é uma perturbação na qual ainda existem grandes divergências e muitas dúvidas no campo científico. Esta perturbação afeta gravemente o desenvolvimento da criança, pondo alguns obstáculos à sua educação e integração social.

Esta perturbação do desenvolvimento afeta vários aspetos nomeadamente como a criança compreende e vê e o mundo que a rodeia, isolando-a do contacto social.

A PEA enquadra-se no grupo da perturbação mais difícil com que os profissionais têm de lidar uma vez que implica alterações em diversas áreas do desenvolvimento tais

como a interação, a comunicação, comportamento e interesses restritos (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz, & Klin, 2004).

Não esquecendo também a ilustre Lorna Wing, que apresentou nos anos 70, um conjunto de dificuldades, onde atualmente ainda prevalecem associadas ao diagnóstico e às características dos indivíduos com PEA.

O autismo intriga e amargura as famílias, por vezes encontramos um bebê bonito, onde aparentemente tudo parece correr bem, até quando que aparecerem os primeiros sinais, como a falta de reciprocidade e o interesse pelo meio, dificuldades em comunicar, a interação e atividade imaginativa comprometidos, bem como repertório de atividades e interesses restritos. A presença de um filho autista geralmente não é logo bem aceita pela família.

Sabe-se que os primeiros sintomas poderão surgir antes dos 3 anos de idade e prolongar-se-ão por toda a vida.

Este tema foi escolhido, pois acolhermos na sala onde estávamos destacadas na creche, um menino que, pelos seus comportamentos nos despertaram interesse e que foi encaminhado para as respectivas especialidades a fim de se efetuar despiste e possível identificação de diagnóstico.

Houve durante meses uma grande ligação entre escola/família/profissionais de saúde, o que possibilitou uma boa articulação e uma rápida identificação do PEA bem como um melhor conhecimento da problemática para uma melhor intervenção no dia-a-dia com a criança.

De modo a facilitar a compreensão deste trabalho, este foi estruturado em três partes. A primeira parte refere-se à pesquisa teórica realizada no âmbito da PEA, a segunda parte apresentamos a opção metodológica adotada, a descrição do caso, ao nível da contextualização pessoal, escolar e social e de saúde. Uma terceira parte refere-se às práticas recomendadas na intervenção na PEA. Ainda apresentamos as considerações finais, a bibliografia que suportou toda a investigação e os anexos representativos de algumas evidências.

Hoje em dia existe uma maior consciencialização da PEA o que permite uma maior e melhor intervenção e por fim as considerações finais.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – Perturbação do Espectro do Autismo – do conceito ao diagnóstico

Muitas são as definições sobre a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) utilizadas, e que refletem o consenso profissional a que se chegou após décadas de investigação e pesquisas sobre o tema. Inicialmente, fundados em teorias psicogénicas, onde defendiam que o problema estava interligado com questões afetivas e contrariedades na dinâmica familiar, no entanto, a urgência de uma justificação mais objetiva fez mudar totalmente o orientação das pesquisas para o campo biológico. Acredita-se, atualmente, que indivíduos com PEA tenham uma disfunção biológica estrutural ou funcional que altera gravemente o desenvolvimento e a maturação do Sistema Nervoso Central (Tuchman & Rapin, 2009).

O autismo, de grande variabilidade fenotípica e por isso considerado um espectro clínico, caracteriza-se então por dificuldades na interação social, por limitação na comunicação verbal e não verbal e ainda pela presença de comportamento rígido com interesses repetitivos e limitados. É uma patologia crónica e na maioria dos casos com graves implicações de integração social na vida adulta. (Oliveira, G. 2009).

A PEA é uma perturbação do desenvolvimento que se manifesta precocemente e vai-se manter ao longo da vida, não tem características físicas que a distingam dos demais, apenas considera-se uma pessoa diferente pela forma invulgar como se comporta em sociedade e pela dificuldade de comunicação e interação social.

Os indivíduos com um diagnóstico do anterior DSM-IV, bem estabelecido de Perturbação Autista, Perturbação de Asperger ou Perturbação Global do Desenvolvimento

sem outra especificação devem receber o Diagnóstico de Espectro do Autismo (Manual DSM-V).

A crescente investigação sobre o PEA, tem sido notória nos últimos 20 anos e temos assistido com particular incidência nas áreas da biologia e psicologia. Esta perturbação do desenvolvimento afeta vários aspetos, da forma como a criança vê e conhece o mundo que a rodeia, isolando-a da proximidade social. Os investigadores apontam inúmeras teorias para explicar o motivo desta perturbação, no entanto, ainda não existe consenso, sabe-se apenas que os primeiros indícios poderão aparecer antes dos 3 anos de idade, estendendo-se por toda a vida. O Autismo manifesta-se a nível comportamental tendo por base uma tríade de défices: perturbações na Comunicação (Verbal e Não Verbal), interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos.

Segundo as autoras Coelho & Aguiar, (2014, p.17) referem que “existem três aspetos que descrevem o problema central das PAE, “porque constituem sintomas comuns, presentes em todas as variações do espectro, embora possam assumir diferentes graus de gravidade. São eles as relações sociais recíprocas, a comunicação social e a imaginação.” As autoras acrescentam também que esta tríade de Lorna Wing, fazem-se sempre acompanhar “por um padrão de atividades repetitivo e limitado”.

O termo autismo provém do grego —autos, que significa —o próprio, acrescido do sufixo-ismo que encaminha para uma ideia de orientação ou estado de alguém que manifesta uma tendência para o alheamento da realidade exterior, a paralelamente a uma postura de constante centralização em si próprio (Tuchman & Rapin, 2009). Este termo foi usado pela primeira vez por Eugen Bleuler em 1910 para denominar um certo tipo de condutas que observou em doentes com esquizofrenia citado por Kanner, (1973). Bleuler, designava por

(...) autismo a alienação da realidade, combinado com uma contínua atitude de concentração em si próprio. Estes doentes mostravam uma perda de contacto com o seu meio que se manifestava através de um escape ao contacto social, desinteresse ao afeto que lhes eram oferecidos e desinteresse face ao exterior por se encontrarem centrados na sua própria vida interior, entendido como sendo a verdadeira realidade. Bleuler, citado por C. Filipe (2012).

Relatava que “os doentes” (com esquizofrenia) com estes comportamentos permaneciam implicados no mundo exterior, mas numa realidade modificada por ilusões e substituída, em grande parte, por alucinações.

O que fascinava Kanner era a frequência de comportamentos estereotipados e ritualistas, bem como as dificuldades, em diversos graus, no desenvolvimento da linguagem e também um contacto social muito limitado. A observação meticulosa,

efetuada por Kanner, permitiu-lhe demonstrar que estava perante uma perturbação evidente à qual designou de “autismo infantil precoce”. A designação autismo passou a considerar um conjunto de características que, na sua opinião eram fundamentais, nomeadamente a inaptidão demonstrada por estas crianças na interação com pessoas e situações, o impedimento na comunicação e a ansiedade obsessiva pela manutenção do mesmo estado de coisas. Kanner realçou uma grande diferença que foi aquela que viria a caracterizar as PEA, sendo ela a perturbação da interação social, distinguindo-se acentuadamente no isolamento social observado no indivíduo com esquizofrenia. Aqui, o sujeito isola-se por se sentir vigiado e perseguido, por recear um mundo exterior que o invade e o dirige os seus atos e pensamentos, no entanto, no indivíduo com PEA, este não sociabiliza, isolando-se porque o mundo em que se movimenta segue códigos a que não acede, regras não conseguindo assim antecipar, ligações sem aparente causalidade, tornando-o incompreensível e, naturalmente inacessível à partilha e interação (C. Filipe, 2012).

Kanner notou ainda que o contacto afetivo das crianças com autismo demonstravam uma grande falha. Pareciam alheias a todo e qualquer tipo de afetos, mesmo que evidenciados pelos familiares mais próximos. Pareciam viver num mundo só delas à parte de tudo o que as rodeavam, onde os outros existiam apenas de vez em quando e somente para servir os seus interesses. Kanner, classificou a este tipo de comportamentos “*Solidão Autista*”. Estas crianças apresentavam uma vontade obsessiva pela manutenção conservação do mesmo estado de coisas.

O mesmo autor referia que pareciam fascinadas pelas “*ordenações*” ou “*organizações espaciais*” de objetos, mostrando resistência e desagrado face às mudanças nas rotinas diárias. Kanner, constatou assim a insistência na repetição. Estas crianças mantinham no que se refere às rotinas um tanto ou quanto bizarras, ficando por vezes muito perturbadas quando qualquer acontecimento, modificava ou alterava esses rituais. O investigador diferenciou as crianças com Autismo das crianças com esquizofrenia pois não desenvolviam alucinações e o isolamento social observado também discordava daquele que era observado nas crianças com autismo (Kanner, 1943).

Um ano mais tarde Asperger enumerou particularidades desta síndrome que coincidiam em muitos pontos com que Kanner já havia relatado sobre o autismo: comportamento imaturo e social desapropriado; interesses restritos por assuntos muito específicos (ex.: letras, números); boa gramática e vocabulário, no entanto a entoação de voz monótona, dificuldade de diálogo e até mesmo ausência da mesma; má coordenação

motora; capacidade cognitiva superior, média ou limiar, mas frequentemente com impedimento na aprendizagem em uma ou duas áreas. Estes problemas revelavam-se desde muito cedo muitas vezes sem que os pais não se apercebessem deles até as crianças terem três ou mais anos de idade (Eisenmajer et al., 1996; Frith, 1991).

Alguns anos depois, Asperger tomou conhecimento do trabalho de Kanner, onde admitia que a sua síndrome que apesar de partilharem muitas semelhanças seria diferente do Autismo (Wolff, 2004).

Na sua tese, o clássico Asperger admite “o carácter heterogéneo da «psicopatia autista» e propõe uma tentativa de tipologia dos «níveis de personalidade», distinguindo o grupo dos «génios», o grupo dos «bizarros alheados da realidade» e o grupo dos «débeis autómatos de hábitos estereotipados»” (Gillet, 2014, p.13).

Entre os anos 60 e 70, muitos foram os investigadores do Autismo tais como, Michel Rutter, Uta Frith Lorna Wing e Christopher Gillberg e muitos outros, adotando os conceitos originais de Kanner, aprofundaram e investigaram as definições e etiologia da PEA. Lorna Wing, nos anos 70 foi a figura mais consensual e dominante na história da PEA e porque teve uma filha com esta perturbação, entregou-se a esta problemática e com a sua investigação descreveu então um conjunto de dificuldades que estas crianças manifestam, que são um denominador comum da PEA e que impera até aos nossos dias como a tríade de Lorna Wing: 1- perturbações na interação social; 2- Perturbações na Comunicação e Desenvolvimento da imaginação; e 3- Interesses limitados, rígidos ou repetitivos (Lorna Wing, 1980). Entende-se então como Síndrome, um conjunto de sintomas e sinais que, por surgirem sistematicamente agregados, se assume que poderão constituir ou fazer parte de uma entidade singular. Assim a PEA são um conjunto de sintomas que se manifestam constantemente, e traduzem-se em: 1- dificuldades na Interação Social, manifestadas pela resistência no uso de comunicação não verbal, pobre reciprocidade sócio-emocional e ausência no estabelecimento de relações sociais; 2- défices na Comunicação verbal e não-verbal, evidenciadas pelo atraso ou ausência de linguagem falada e gestual, dificuldade em manter uma conversa ou em iniciar a mesma e dificuldades no jogo de faz-de-conta; 3- adesão inflexível a rotinas, padrões de comportamento e movimentos repetitivos, (Siegel, 2008; Wetherby, Prizant, & Schuler, 2000).

De acordo com Correia (1997), o autismo é “um problema neurológico que afeta a percepção, o pensamento e a atenção, traduzindo numa desordem desenvolvi mental vitalícia que se manifesta nos três primeiros anos de vida” (p.57).

O autismo é uma realidade complexa que engloba conceitos distintos, mas que se cruzam em determinados pontos.

A criança com Perturbação do Espectro do Autismo tem características únicas, de um ser capaz de uma inteligência diferente de outras crianças, tendo dificuldades na relação com o meio que o rodeia, podendo prejudicar o desenvolvimento de competências cognitivas. As complicações que têm ao exprimir-se falando pouco (ou por gestos), ou não comunicando de maneira alguma, atrasa o relacionamento com outras crianças, e até mesmo com adultos que estejam com ela. Outra característica que se opõe ao seu desenvolvimento, é a falta de imaginação e de criar jogos ou diversões, seja sozinho ou acompanhado. Gosta de rotinas que sejam sempre iguais (repetição), daí a falta de raciocínio para coisas novas no dia-a-dia (Leboyer, 1985; Benenzon, 1987; Pereira, 1996).

Para Herbert (2008), citado por Maria, (2012, p.2)

A PEA pode ser compreendida em 5 níveis: cronicidade (tem características físicas com efeitos permanentes ao longo do tempo); plasticidade cerebral (evidências mostram a capacidade de melhoria, mudança e recuperação); complexidade (o autismo é definido a nível comportamental, contudo existem aspetos neurológicos, médicos metabólicos e genéticos, que estão afetados e se afetam mutuamente de formas complexas); heterogeneidade (as diferenças comportamentais entre as pessoas com autismo, refletem uma gama de diferentes combinações genéticas, interações gene-ambiente, mecanismos biológicos celulares e alterações do sistema neuronal); e não especificidade (apesar da perturbação ser especificamente definida, podem ocorrer sobreposições de outras condições médicas, metabólicas, neurológicas, neuro comportamentais ou cognitivas).

Relativamente à psicomotricidade no autismo, (Fonseca, 2001, p.12) defende que a psicomotricidade “compreende uma mediatização corporal e expressiva”, em que os professores, educadores, terapeutas, ajudam a compensar dificuldades e incapacidades que possam surgir na maturação psicomotora de uma criança, até mesmo de comportamentos e aprendizagens,

Outros autores sustentam também a possibilidade de envolvimento de outros défices, como o *Modelo de Russel*, *Proposta de Bowler*, *Função Executiva*, *Modelo de Hobson* também denominada de *Teoria Afetiva*, *Teoria da Coerência Central* e *Problemas de Atenção*, como referem Marques (2000), Baron-Cohen & Belmonte (2005) e Pereira, (2006).

Modelo Russel, (1997), citado por Baron-Cohen & Belmonte, (2005), apresentou uma teoria psicológica alternativa com base na incapacidade específica da criança para se desligar dos objetos existentes no seu campo perceptivo. A criança sente dificuldade em colocar de lado o observável e inovar alternativa a essa situação. Contrariamente aos sujeitos ditos normais, os autistas conduzem as suas reações para que sejam muito seletivas. O facto das distintas situações de interação social obedecerem a estímulos

complicados, variáveis e distintos, explica o comportamento inter-relacional das crianças com autismo pelo impedimento de controlar mais que um número limitado de estímulos, desencadeando uma comunicação inter-relacional particularmente seletiva, apenas em função de estímulos controlados (Marques, 2000; Baron-Cohen & Belmonte, 2005; Pereira, 2006).

Na *Proposta de Bowler* (1992, citado por Pereira, 2006, p. 30), comprova que no caso do autismo não é a mentalização em si mesma que impossibilita a estes indivíduos de terem uma vida normal, mas outro mecanismo que “*perturba a aplicação do conhecimento existente*”. Para este autor existe uma falha da capacidade para o uso voluntário e funcional de sistemas representacionais de nível mais elevado, aquilo que Bowler chama de uma falha na utilização das competências existentes ou no uso espontâneo do sistema de representações por ordem superior. Desenvolveu um estudo com 15 crianças com autismo de nível de funcionamento intelectual elevado com diagnóstico de síndrome de Asperger, confirmando que estes desempenhavam com sucesso as tarefas de mentalização de primeira e segunda ordem. Pereira (2006), relata que o sucesso que Bowler verificou existir nas tarefas de mentalização, de primeira ou segunda ordem, dever-se-ia não a uma competência de mentalização, mas ao desenvolvimento de uma estratégia específica que possibilitava às crianças com autismo extraírem soluções de determinados conceitos, apesar de não conseguirem difundir estas soluções para factos da vida real.

Foi em 1986 que surgiu uma nova abordagem designada de Função Executiva, definida como “um conjunto de operações cognitivas desenvolvidas no córtex pré-frontal, que contêm a planificação, a flexibilidade e a memória ativa, aquando de uma resposta” (Sigman, Spence & Wang, 2006, p. 334). No autismo, perturbações deste nível vão transportar a um défice de mentalização transportando uma incapacidade global no processamento de informação. Esta hipótese parte da presença de certas competências de mentalização, bem como, de um impedimento de processamento adequado de um conjunto de estímulos (Baron-Cohen, 2001).

Para Sigman, Spence, & Wang (2006), existem evidências para afirmar que o défice central do autismo é na função executiva. Este autor afirma também que, um problema na tomada de funções executivas para a compreensão do autismo é que em estudos com crianças com outras síndromes, tais como défice de atenção desordem e esquizofrenia, são vistos problemas idênticos com a função executiva, logo os défices de funções executivas não são exclusivos do Autismo. São realizados novos estudos, pelos mais

fortes defensores de alterações da função executiva, não conseguiram descobrir uma diferença entre as competências das funções executivas de crianças com autismo e a correspondência de grupos de desenvolvimento típico de grupos e grupos com outros transtornos (Dawson et al. 2002, referido por Sigman, Spence, & Wang, 2006).

No Modelo de Hobson segundo a ideia de Kanner, que “descreve o Autismo com base na ausência de contacto afetivo, surge uma outra conceptualização admitindo como fator etiológico um défice primário na capacidade de relacionamento interpessoal, particularmente na relação afetiva” (Marques, 2000, p. 81).

Pereira (2006), relata que, Hobson recupera em 1993 esta tese de Kanner, denominando-a de *Teoria Afetiva* e sugere que o Autismo tem origem numa disfunção primária do sistema afetivo. A dificuldade que as crianças autistas têm em se relacionarem com os outros, vai gerar o não desenvolvimento de estruturas cognitivas fundamentais para a compreensão social. Por consequência, os comportamentos tornam-se repetitivos e estereotipados e os interesses restritos e obsessivos.

Hobson (1989; 1990, citado por Marques, 2000; Pereira, 2006), reconhece o défice de mentalização, mas declara que existe um outro mais abrangente, ao nível de um sistema complexo e mais profundo, que impede a criança de constituir uma relação “intersubjectividade” com aqueles que a rodeiam. O autor acredita que existe um défice inato, responsável pela impossibilidade da criança com autismo se envolver com os outros. Assim sendo, as crianças não adquirem experiências sociais imprescindíveis para o desenvolvimento das estruturas cognitivas fundamentais à compreensão social. Assim, segundo os mesmos autores Hobson, relata que a incapacidade de compreensão e de resposta às expressões afetivas dos seus pares levam os portadores do espectro de autismo a não serem sensíveis às necessárias experiências sociais, no primeiro ano de vida, “de forma a poder desenvolver as estruturas cognitivas fundamentais para a compreensão social posterior” (citado por Marques, 2000; Pereira, 2006, p. 81)

De acordo com Frith a *Teoria de Coerência central* (1989, citada por Baron-Cohen, 2001, p. 3), esta teoria significa a habilidade para integrar a informação no contexto. Implícito ao défice de mentalização, a grande dificuldade consiste num défice do mecanismo de *coerência central*, que conduziria os indivíduos com autismo a não conseguirem selecionar e constituir relações entre o objeto e o todo, de acordo com um modelo e atuação coerentes Frith (2003). Para esta autora, para além de justificar os défices de partilha de atenção e de uma Teoria da Mente, também facto explicou alguns sintomas patentes como o isolamento, os movimentos estereotipados e repetitivos e uma

visão restrita de interesses. Marques (2000), menciona que, tal como outros autores, Uta Frith não conseguiu identificar as estruturas cerebrais inerentes a este défice.

Muitos são os investigadores que atribuem as incapacidades típicas do Autismo a uma notória dificuldade em regular a atenção que denominam de *Problemas de Atenção*. Indicam alguns estudos realizados, que a pessoa com autismo é muito seletiva na leitura do ambiente, concentrando-se em detalhes e não no objeto como um todo. Marques (2000), refere que as dificuldades cognitivas e sociais em que a criança tem como obstáculo seriam, por consequência, o resultado destes défices.

Conclui-se assim que, depois de todas as teorias expostas anteriormente, podemos afirmar que não existem justificações claras, objetivas e realmente esclarecedoras que expliquem os fatores etiológicos, responsáveis pelos casos de autismo. Embora a causa do autismo seja um tema para muitas investigações em curso, esta não deve ser descuidada sem um bom diagnóstico, no sentido de melhor o compreender esta perturbação que tanto inquieta quer investigadores quer profissionais que todos os dias se deparam com esta problemática.

No parecer de (Araújo, 2007), a termo *Diagnóstico* tem origem na palavra grega *diagnostikó* que significa discernimento, aptidão para conhecer, ou ver através de, isto é, um estudo aprofundado realizado com a finalidade de conhecer um determinado acontecimento ou realidade, através de um conjunto de procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos e também diz respeito a reduzir a incerteza, como relatou Achenbach (1974, citado por Pereira, 1998).

Para Lo-Castro, Benvenuto, Galasso, Porfirio, & Curatolo (2010, p. 320), refere que o Autismo é uma síndrome das mais graves e complexas perturbações do desenvolvimento neurológico da criança, diagnosticado com base numa interação social e comunicação comprometidas, onde existem comportamentos estereotipados, e onde os primeiros sintomas podem aparecer antes de três anos de idade.

Narram também, Caronna, Milunsky & Tager-Flusberg, (2008 citados por Lo-Castro, Benvenuto, Galasso, Porfirio, & Curatolo, 2010, p. 320), que na verdade, o autismo não é considerado como uma doença de entidade única, mas sim um fenótipo complexo que engloba um continuum de traços Autistas.

Manifesta-se a nível comportamental numa linha comum denominado por tríade de Lorna Wing: perturbações na Comunicação (verbal e Não Verbal), na interação e na imaginação (Pereira, 1998; Marques, 2000; Hewitt, 2006; Pereira, 2006a; Siegel, 2008).

Wing & Gould, (1979 referidos por Pereira, 1998), após um relevante estudo sobre a ocorrência de deficiências sociais inflexíveis durante a infância, perspetivam o Autismo como um continuado, com uma dimensão de *características Autistas*. Em 1988, Wing apresenta a introdução do conceito *Espectro do Autismo*, e gera a ideia de um vasto leque de manifestações do comportamento da mesma perturbação (grau), reforçando a hipótese da presença de um núcleo central de perturbações onde existem características comuns a um conjunto de patologias com uma intensidade e severidade variável: “The whole range of conditions of which the triad was a part was referred to as the autistic continuum” Wing, (1997) citada por Pereira, (1998). Foi-se então tornando cada vez mais clara a existência de outras variantes ao Autismo de Kanner, aparecendo assim a noção da existência de um espectro que partilhando muitos aspetos da síndrome central, não são equivalentes aos critérios prescritos para esse diagnóstico. O grupo composto pelo distúrbio Autista e pelos restantes estados de tipo Autista passou a ser classificado então por Perturbações do Espectro do Autismo (Steffenburg & Gillberg, 1986 citados por Marques, 2000).

O processo de diagnosticar uma perturbação do comportamento é então o modo de usar um sistema de classificação que relacione os aspetos comportamentais estudados, ou sinais, com um conjunto de regras, critérios e definições, regras e critérios. Diagnostica-se assim a perturbação comportamental e não a pessoa que é diagnosticada pelo processo de classificação, (Rutter, 1965 citado por Pereira, 1998). Este consenso foi alcançado e permitiu a união por parte da maioria dos investigadores, na aplicação de um de dois métodos clínicos internacionais de diagnóstico formalmente adotados (onde entre eles apresentam mais semelhanças do que diferenças) (Rutter, 1996 citado por Pereira, 1998). Os diagnósticos, têm vindo a ser progressivamente reformulados à luz dos vários aperfeiçoamentos do conhecimento, conquistados nas investigações mais recentes e constantes, em busca de uma definição mais precisa para a perturbação Autista. A classificação da perturbação, a intervenção o tratamento, e em alguns casos até mesmo na prevenção são elementos fundamentais que está na base do seu desenvolvimento (Pereira, 1998).

Segundo DSM-V, para que haja um diagnóstico credível é necessário ter em conta os défices persistentes na comunicação social e interação social (atualmente ou no passado); Défices na reciprocidade social-emocional, fracasso na conversação normal, partilha reduzida de interesses emoções ou afeto; Défices nos comportamentos comunicativos, verbal e não verbal tais como contacto ocular e linguagem corporal ou

défices na compreensão e uso de gestos e uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal; Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos, ausência de interesse nos pares.

As crianças com PEA têm particularmente insistência na monotonia, são inflexíveis a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, possuem uma angústia extrema com pequenas mudanças, têm dificuldades com transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de cumprimento, necessidade de fazer o mesmo percurso e gostam de comer a mesma comida todos os dias. As crianças com a perturbação têm híper ou hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente.

Podem apresentar indiferença aparente à dor/temperatura, têm respostas adversas a sons ou texturas específicas, Tocar ou cheirar objetos excessivamente e podem também desencadear uma fascinação visual com luzes ou movimento. Todos estes sintomas causam prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.

As crianças com PEA apresentam problemas gastrointestinais e distúrbios alimentares em praticamente todos os casos. São problemas que causam desconforto e dor que podem resultar em dificuldade em se concentrar e problemas de comportamento.

A dificuldade no sono, é uma particularidade nestas crianças, têm tendência a ter apneia obstrutiva do sono (dificuldade em respirar durante o sono) e apresentam uma resistência para dormir.

Segundo Rogers; Dawson & Vismara, (2012) as Investigações indicam que este fator parece estar associado a diferenças nos genes que regulam o ciclo do sono e a produção de melatonina, é uma substância química segregada pela glândula pineal, localizada no cérebro que ajuda a regular os ritmos causados por atividades convulsiva que ocorre durante a noite.

Os problemas relacionados com o sono e crianças com PEA, estão associadas problemas de comportamento, como birras e agressividade e dificuldade de atenção e memória, sendo o problema mais frequente, a insónia.

Os fatores culturais e socio económicos podem afetar a idade em que é reconhecida ou diagnosticada (é diagnosticada quatro vezes mais no sexo masculino do que no feminino).

Uma intervenção precoce pode alterar o curso do desenvolvimento e o fator das pessoas com Autismo (profissionais e familiares)

Recomenda-se uma avaliação imediata à criança face aos seguintes sinais de alarme; Não falar, não apontar nem usar o gesto pelos doze meses; ausência de palavras simples pelos dezoito meses; ausência de frases espontâneas de duas palavras pelos vinte e quatro meses; Uma perda de linguagem ou competências sociais em qualquer idade.

Está habitualmente presente desde o nascimento, mas a idade em que se manifesta pode variar. Os primeiros sinais manifestam-se segundo Kanner (1943), nos primeiros dois anos de vida e habitualmente o diagnóstico é feito por volta dos três anos, devemos portanto, estar em alerta no que respeita aos seguintes sinais:

- Défice na interação social, isto é, incapacidade para se integrar com os pares, falta de interesse em interagir com os pares, comportamento social e emocional inapropriado às situações;

- Interesses restritos e absorventes, excluem outras atividades, dão preferência a atividades repetitivas e são mais mecânicos do que repetitivos;

- Imposição de rotinas e interesses sobre si mesmo em aspetos da sua vida e sobre os outros;

- Problemas de fala e linguagem, atraso inicial no desenvolvimento da linguagem, têm características peculiares no ritmo, entoação e prosa, problemas na compreensão e interpretação.

- Dificuldades na comunicação não verbal, uso limitado de gestos, linguagem gestual pobre, expressão facial limitada, expressão inapropriada, olhar peculiar, rígida.

- Dificuldades motoras, atraso na área motriz e pobres alterações no neurodesenvolvimento.

Todos estes sinais, devem ser entendidos como fatores determinantes para que haja um diagnóstico eficaz.

1.1 - Classificação atual para a Perturbação do Espectro do Autismo

De acordo com vários autores, (Pereira, 1998; Jordan, 2000; Marques, 2000; Hewitt, 2006; Pereira, 2006a; Siegel, 2008; Cavaco, 2009), o mais importante não é o rótulo, mas

o que podemos conseguir com ele. Assim sendo, podemos classificar o Autismo através de três sistemas:

- Sistema de classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da ICD-10 (OMS);
- Da American Psychiatric Association (APA) – o Manual de Diagnóstico e de Estatística das Perturbações Mentais, DSM-V.

O indivíduo tem de apresentar pelo menos 6 dos 12 sintomas apresentados na tabela, e pelo menos dois destes da área social e pelo menos um para cada uma dos grupos da comunicação e dos comportamentos/interesses. No que se refere a Associação Americana de Psiquiatria, pelo menos um dos sintomas evidencia-se antes dos 36 meses de idade. O Sistema clínico da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Classificação Internacional das Doenças (ICD-10, 1994), organiza os critérios de diagnóstico apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Classificação Internacional das Doenças (ICD-10, 1994 adaptado de Pereira, 2006a, p 41).

| |
|--|
| <p><i>Anomalias qualitativas na interação social recíproca, manifestadas em pelo menos dois dos quatro sintomas seguintes:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidade de olhar adequadamente o olhar, a expressão facial, gestual e os movimentos corporais nas interações sociais 2. Incapacidade de estabelecer relações com os pares que impliquem uma partilha mútua de interesses, de atividades e emoções 3. Procura raramente os outros em busca de conforto e afeto em caso de ansiedade, desconforto ou sofrimento 4. Inexistência de procura espontânea para partilha de alegrias, interesses ou de sucesso com os outros 5. Ausência de reciprocidade social, e emocional, que se manifesta por respostas perturbadas ou anormais às emoções dos outros ou ausência de modulação do comportamento em função do contexto social. |
| <p><i>Problemas qualitativos de comunicação, manifestada em pelo menos um dos sintomas seguintes:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atraso ou ausência total do desenvolvimento da linguagem falada, não acompanhada por uma tentativa de compensação por formas de comunicação alternativa, como a gestual ou mímica 2. Ausência do jogo espontâneo de faz de conta ou do jogo social imitativo 3. Incapacidade de iniciar ou manter uma conversa 4. Utilização estereotipada e repetitiva da linguagem, utilização idiossincrática das palavras e das frases. |
| <p><i>Comportamento, interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas, manifestação de pelo menos um dos quatro sintomas seguintes</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ocupação obsessiva por um ou vários centros de interesse estereotipados e limitados |

- | |
|---|
| <p>2. Adesão aparentemente compulsiva de hábitos e rituais específicos e não funcionais</p> <p>3. Atividades motoras estereotipadas e repetitivas</p> <p>4. Preocupação persistente e não funcional com partes de objetos, elementos ou peças de um jogo.</p> |
|---|

Os indivíduos com diagnóstico do DSM-V, estabelecido de perturbação autista, perturbação de Asperger ou perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, devem receber o diagnóstico de espectro do autismo. Segundo o atual Manual DSM-V, no entanto, os indivíduos que têm défices marcados apenas na comunicação social devem ser avaliados para perturbação da comunicação social.

Como já foi referido a PEA é caracterizada por uma tríade de dificuldades que são:

- Interação social recíproca;
- Comunicação verbal e não verbal;
- Interesses restritos, comportamentos repetitivos, estereotípias e reatividade sensorial invulgar.

Tabela 2 Classificação DSMV, (Maio, 1014, p, 57/58).

| |
|--|
| <p>A) Défices persistentes na comunicação social e interação social (atualmente ou no passado).</p> |
| <p>1 – Défices na reciprocidade social – emocional, fracasso na conversação normal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partilha reduzida de interesses emoções ou afeto; - Fracasso em iniciar ou responder a interações sociais. <p>2 – Défices nos comportamentos comunicativos, não verbal tais como contacto ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Total falta de expressões faciais e comunicação não verbal. <p>3 – Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais; - Dificuldades em partilhar jogos imaginativos; - Dificuldade em fazer amigos; - Ausência de interesse nos pares. |
| <p>B – Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (atual ou no passado, manifestados pelo menos 2 dos seguintes);</p> |
| <p>1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estereotípias motoras simples; - Alinhar brinquedos; - Sacudir objetos, - Ecolalia; - Frases idiossincráticas. <p>2. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal:</p> |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Angustia extrema com pequenas mudanças; - Dificuldades com transições; - Padrões de pensamento rígidos; - Rituais de cumprimento; -Necessidade de fazer o mesmo percurso; - Comer a mesma coisa todos os dias. - Anomalias no contacto ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos. <p>3. Interesses altamente restritos e fixos que são anormais na intensidade ou foco:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ligação forte ou preocupação com objetos incomuns; - Interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes. <p>4 – Hiper ou hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indiferença aparente à dor/temperatura; - Respostas adversas a sons ou texturas específicas; - Tocar ou cheirar objetos excessivamente; - Fascinação visual com luzes ou movimento. |
| <p>C- Os sintomas têm de estar presentes no início do período do desenvolvimento, no entanto podem ser mascaradas mais tarde por estratégias aprendidas.</p> |
| <p>D – Os sintomas causam prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.</p> |
| <p>E – A incapacidade intelectual e a Perturbação do Espectro do Autismo coocorrem muitas vezes para efetuar diagnósticos comorbidos.</p> |

Segundo o DSM-V (Maio de 2014), para ser diagnosticada uma PEA tem de se verificar, pelo menos um item da parte A, e da B e da C pelo menos 2 como demonstra na Tabela 2.

Apesar do sistema de diagnóstico da Organização Mundial de Saúde (OMS) -Classificação Internacional das Doenças (ICD-10, 1994) não ser tão utilizado, comparativamente ao DSM-V (já que este último é mais abrangente e oferece uma maior cobertura de amostra), as diferenças entre estes dois manuais são pouco significativas, o que reflete claramente os esforços desenvolvidos para a procura de um diagnóstico consensual, dentro deste domínio. Neste sistema, o autismo apresenta-se-nos com a designação de *autismo infantil* (Pereira, 2006). Em suma, o diagnóstico desta perturbação continua a ser realizado através da avaliação direta do comportamento do indivíduo, segundo determinados critérios clínicos presentes nos sistemas de classificação do DSM-V de 2014 e a ICD10 de 1994. Os dois os sistemas de classificação concordam que existe um Espectro da condição Autista que compreende numa perturbação do desenvolvimento diagnosticada com base na tríade de perturbações descrita por Lorna Wing, como já foi referido, as características associadas que suportam o diagnóstico segundo esta autora são: a ausência de empatia; a interação ingénua inadequada e unilateral;a reduzida (ou

mesmo ausente) capacidade para estabelecer amizades; discurso muito formal e repetitivo; a comunicação não verbal pobre; e o interesse consciente por determinado assunto.

A fraca coordenação motora e posturas corporais, estranhas ou desajeitadas.

A publicação da DSM-V, propõe uma com base no diagnóstico na PEA diferente da anterior DSM-IV. Deixando de existir as perturbações globais do desenvolvimento sendo assumido de forma expressa o conceito de Espectro do Autismo. Dentro deste atual espectro não se encontram categorias diferentes de diagnóstico, mas sim uma variação de perturbações. A designação é alterada segundo o DSM-V os critérios são reduzidos para dois ficando os défices de interação social e os défices da comunicação englobados num único critério chamando-se assim de “*défices na comunicação social*”, ficando de fora do espectro a perturbação de Rett, ficando agora como entidade isolada (C. Filipe, 2012).

1.2 - Sinais de deteção precoce

Para que haja uma eficaz intervenção os adultos que estão próximos da criança, nomeadamente educadores, professores, pediatra, pais, entre outros, devem estar com especial atenção aquando de algum modo a criança no seu desenvolvimento e no seu dia a dia apresentam algumas características diferentes das restantes crianças.

Só compreendendo verdadeiramente a natureza das PEA, será possível a cada pai e profissional perceber a forma como esta problemática se manifesta no caso da sua criança particular e, conseqüentemente, delinear estratégias realmente eficazes para promover o seu desenvolvimento (Coelho & Aguiar, 2014, p.17).

Sendo assim, necessário um conhecimento desta problemática, quer por profissionais quer pelas pessoas que se relacionam e fazem parte do ser meio, destacando-se os pais, para que possam dar resposta a esta problemática tão particular.

Algumas crianças aproximam-se espontaneamente das outras mas fazem-no de um modo desadequado e repetitivo, parecendo ter em conta apenas a sua perspetiva, e prestam pouca atenção às respostas das pessoas de quem se aproximam. Estas aproximações sociais ativas poderão encobrir o facto de elas não terem uma compreensão real sobre o que é interagir socialmente com os outros (Coelho & Aguiar, 2014, p. 18).

Os sujeitos com PEA apenas têm em conta a sua própria perspetiva e os seus, pois têm como que um obstáculo em compreender os outros, não por uma questão de insensibilidade, mas porque para eles é difícil entender os desejos, pensamentos, necessidades, e mesmo os sentimentos que, efetivamente são diferentes dos seus. Têm por isso uma grande dificuldade em se descentrarem da sua própria perspetiva para se colocarem no lugar do seu par, e conseguirem, assim, compreender na realidade os pensamentos e sentimentos daqueles que os rodeiam. É uma dificuldade que nada tem a ver com o desinteresse aos sentimentos em relação às outras pessoas.

Algumas investigações científicas atuais (Maestro & Muratori, 2008, citado por Aguiar e Coelho 2014, p19) afirmaram que estas crianças demonstram, desde uma fase muito precoce do desenvolvimento, uma alteração profunda na capacidade para iniciarem comportamentos socialmente orientados para os outros e para partilharem experiências sociais e comunicativas com os outros.

Assim sendo, esta perturbação precoce diminui de uma forma tão destacada à informação social à qual a criança com PEA tem acesso que contribui para a posterior desordem ao nível do desenvolvimento quer neurológico quer psicológico.

A interpretação que uma criança com PEA faz do mundo que a rodeia desde uma idade muito precoce, é notoriamente diferente de uma criança com desenvolvimento normal e da mesma idade mental.

Na comunicação verbal e não verbal, aqui a PEA também apresentam vincadamente a sua impossibilidade de comunicar com os outros.

Para Wing, no que se refere à tríade, varia de acordo com a gravidade da PEA, manifestando-se assim de modo diferente, umas crianças adquirem um vocabulário muito reduzido para apenas comunicar e satisfazer as suas necessidades básicas outras não adquirem linguagem oral e em alguns casos apenas respondem ao que lhes é perguntado impossibilitando assim um possível diálogo.

No que se refere à síndrome de Asperger (nome já em desuso) ou Autismo de alto funcionamento, a linguagem em alguns aspetos, não são alterados, tais como, a morfossintaxe, isto é, a organização da estrutura da língua e aspetos gramaticais. Pode verificar-se algum atraso na aprendizagem da conjugação verbal e na inversão dos pronomes, no entanto, com uma intervenção adequada esta dificuldade é ultrapassada.

Os indivíduos com PEA demonstram dificuldades acentuadas e permanentes no que se refere à pragmática da comunicação, isto é, como o sujeito utiliza a linguagem que adquiriu, com a finalidade de comunicar no contexto social. O sujeito tem muita

dificuldade em perceber que a linguagem é um instrumento para transmitir informação emocional e social aos outros e para compreender os sentimentos e pensamentos dos outros (Aguiar & Coelho, 2014, p.21).

Conseqüentemente os indivíduos com PEA, rodeiam-se, sistematicamente em monólogos relativos a temas que lhes despertem interesse, ignorando assim outros sinais quer de interesse quer de desinteresse ou de aborrecimento bem como a respostas e comentários dos seus pares. A linguagem não verbal nos sujeitos com esta perturbação também está comprometida.

No que se refere à imaginação, esta também fica alterada nas crianças com PEA, Lorna Wing inclui as dificuldades em quatro níveis:

Tabela 3 Lorna Wing, 4 níveis de dificuldades adaptado por manual para pais e profissionais Coelho & Aguiar, 2014.

a) "Incapacidade para brincar de forma imaginativa com objetos ou brinquedos, e com outras crianças ou adultos. Raramente se observa um verdadeiro jogo simbólico, principalmente quando é necessário «fazer de conta» que um objeto é outro objeto, ou que uma pessoa é outra personagem.

b) Tendência para focar a atenção em pormenor ou aspetos menos significativos do objeto, impedindo uma compreensão imaginativa do seu significado global. Assim, em vez de um jogo funcional, de acordo com o fim a que se destina o objeto ou brinquedo, a criança utiliza-o de uma forma restrita, repetitiva e estereotipada, de acordo com o pormenor selecionado: por exemplo, fazer rodar a roda ou abrir e fechar repetidamente a porta de um carrinho. Os objetos são frequentemente manipulados apenas para obter sensações físicas agradáveis.

c) Algumas crianças têm um leque limitado de atividades imaginativas utilizando brinquedos em miniatura ou objetos reais. Muitas vezes estas atividades são ensinadas ou copiadas de programas de televisão. Por vezes, o jogo poderá parecer complexo, mas a observação continuada das suas brincadeiras permite-nos verificar a forma rígida e repetitiva utilizada pela criança, não conseguindo as sugestões dos outros influenciá-las de forma a mudar o seu «guião» pré-estabelecido. As crianças mais velhas poderão gostar de ler mas preferem, geralmente, livros sobre temas concretos, o mesmo, se passando relativamente a programas de televisão. Por vezes gostam de determinadas séries, ou até de ficção científica, mas não de romances que incluam relações interpessoais imensas e complexas. Determinadas series humorísticas, envolvendo anedotas ou situações simples, passíveis de serem interpretadas literalmente, também poderão ser apreciadas.

d) No dia-a-dia a dificuldade em compreender a finalidade de qualquer situação que envolva a compreensão das palavras e das suas associações complexas, como momentos de conversa social e o humor verbal subtil, pode conduzir ao evitamento dessas mesmas situações e, conseqüentemente, ao isolamento e a solidão.

Os comportamentos repetitivos ou estereotipados e interesses restritos, são também um sinal de alerta para um possível diagnóstico em crianças com PEA.

As dificuldades ao nível da imaginação são sempre muito restritos e/ou comportamentos repetitivos e estereotipados. Para Wing, os indivíduos com PEA repetem as rotinas que lhes dão prazer, seguramente devido à sua previsibilidade pois não têm interesse no que as outras pessoas fazem, não as podem compreender, não conseguem integrar-se em experiências passadas e presentes bem como fazer planos de futuro e ter capacidade de antecipação.

A ocorrência destas características comportamentais poderá estar envolvida também em dificuldade neuropsicologias, sendo assim mais complexa como demonstram (Ozonoff et al, 2005; Hill, 2008) no domínio das chamadas funções executivas. Esta designação abrange um conjunto de características do desenvolvimento cognitivo como o planeamento, e a iniciação da ação a flexibilidade mental, nos quais apresentam os indivíduos com PEA dificuldades particulares.

Nas PEA, estão associadas disfunções executivas sendo elas a rigidez e a perseveração o que justifica o facto das pessoas com esta perturbação ficarem «presas» a determinadas ações e a preferência por comportamentos repetitivos e rotinas.

Lorna Wing dissocia as atividades repetitivas e estereotipadas em quatro grupos.

Tabela nº4 adaptado do manual para pais e profissionais, Coelho & Aguiar, 2014

| Atividades repetitivas e estereotipadas simples |
|--|
| Abanar os dedos, as mãos ou objetos; Fazer girar objetos ou observar objetos que giram; Bater e arranhar superfícies; Inspeccionar, andar ao longo de ou traçar linhas retas ou ângulos; Acender e apagar repetidamente a luz; Bater, arranhar ou manipular de outra forma o seu próprio corpo; Bater de forma repetida com a cabeça ou outra forma de auto agressão; Ranger os dentes, soltar gemidos; gritos ou outros sons repetitivos |

Tabela nº5 adaptado do manual para pais e profissionais, Coelho e Aguiar, 2014

| Atividades repetitivas e estereotipadas complexas, com objetos |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪Fixação intensa e sem um objetivo compreensível por alguns objetos; ▪Fascínio pelos seus padrões regulares, ou por algumas das suas propriedades, tais como, a forma, as cores ou os sons; ▪Ordenar objetos, alinhando-os ou colocando-os segundo outros padrões; ▪Coleccionar, sem motivo aparente, determinados objetos. (Tendência para os acumular e não colecionar ou para fazer algo com eles, ex: mostrar ou trocar) |

Tabela nº6 adaptado do manual para pais e profissionais, Coelho e Aguiar, 2014

| |
|--|
| Atividades estereotipadas complexas, envolvendo rotinas |
| <ul style="list-style-type: none">▪Insistência em fazer sempre o mesmo percurso para se deslocar a certos locais;▪Insistência em efetuar um longo ritual para deitar ou a repetição de uma sequência de movimentos corporais estranhos. |

| |
|---|
| Atividades repetitivas complexas, verbais ou abstratas |
| <ul style="list-style-type: none">▪Interesses restritos por determinados assuntos ou temas mais ou menos abstratos (ex: astronomia, horários de comboios, animais ou países);▪Tendência para perguntar a mesma série de questões, geralmente pela mesma ordem;▪Exigir respostas estandardizadas (raramente envolvem as outras pessoas e se o fazem, é de uma forma muito reduzida ou remota isto é, uma criança pode saber o nome de todos os jogadores de todas as equipas de futebol da primeira divisão, sem gostar particularmente de futebol, não gostando de jogar, de ver jogos e não se interessar pela vida dos jogadores, ao ler revistas ou jornais);▪Crianças mais velhas tendem a evidenciar rotinas mais complexas;▪Crianças com autismo grave, envolvem-se mais em atividades que provocam sensações físicas repetitivas;▪Crianças, adolescentes e adultos com síndrome de Asperger, poderão executar movimentos físicos repetitivos, principalmente em situações que provoquem ansiedade ou então muita alegria por não conseguirem expressar-se de outra forma. |

1.3 - Etiologia

É uma questão muito complexa a temática da etiologia na PEA, controversa e nunca acabada, tendo em conta que se entrelaçam diversas teorias, variando entre as teorias comportamentais que reúnem esforços para explicar os sintomas característicos desta perturbação baseada em mecanismos psicológicos e cognitivos implícitos e as teorias

nerológicas e fisiológicas que sugerem fornecer informação acerca de uma possível base neurológica (Marques, 2000).

Christophere Gillberg, no congresso internacional de síndrome de asperger, afirmou que só a partir de 1944, isto é, quase 20 anos depois é que os casos de asperger foram publicados, (termo este anteriormente utilizado). Desde maio de 2014 na DSMV que esta terminologia foi alterada para Perturbação do Espectro do Autismo de alto funcionamento. Justificação esta já referida neste projeto.

Este conceituado investigador refere ainda que a descrição da síndrome, só surgiu em 1981, com a investigação de Lorna Wing. Até mesmo o próprio Asperger refere-se à síndrome como psicopatia autista ou distúrbio de personalidade autista. Naquele tempo, o conceito psicopatia tinha outro significado do da atual.

Pode-se dizer então que Lorna Wing foi a primeira pessoa efetivamente a utilizar o nome Asperger e a chamar-lhe síndrome de Asperger.

Posteriormente em 1988, num congresso internacional sobre Asperger Christophere Gillerg e Carina Gillberg e apresentaram pela primeira vez critérios de diagnóstico, que até a data nunca tinham sido publicados para a síndrome, nem mesmo o próprio Asperger.

Peter Szatmari, no ano seguinte, publicou também um conjunto de critérios de diagnóstico muito semelhante aos de Gillberg, ambos se basearam nas descrições de Asperger e que se utilizem os critérios de Szatmari ou Gillberg identificar-se-á os indivíduos com esta perturbação.

Em 1991, Frith pediu a Guillberg que desenvolvesse os seis critérios anteriormente publicados em 1988, consideraram todos os diferentes aspetos da sintomatologia e voltaram então aos trabalhos de Aspeger.

Todos os critérios apresentados, o individuo deve apresentar em cada um dos critérios pelo menos uma e por vezes duas características.

No que se refere a intervenção aplicada em 2011 a agência federal (que avalia a base de dados para os tratamentos) foi publicada uma revisão sistemática da intervenção precoce intensiva para crianças com PEA.

Kanner, sugeriu que as crianças com PA já nasciam com uma incapacidade inata para estabelecer os contactos habituais biológicos e afetivos com as outras pessoas (Kanner, 1943). No entanto, mais tarde o seu discurso veio-se compor com os seus contemporâneos, acostumados segundo a tradição psicanalítica que reinava nessa época. Falava-se que esta perturbação resultava de um desajustado acompanhamento

por parte dos pais, estes, emocionalmente frios e que mostravam rejeição pelos seus filhos, a designada teoria das “mães frigorífico” que predominou até ao fim da década de 60 sendo extremamente prejudicial para muitas famílias. Rimland (1964) prestou um inestimável serviço nesta área quando apresentou argumentos valiosíssimos no sentido em que a PEA tinham uma etiologia orgânica. Mais tarde, Rutter (1978) mencionou que 25% de crianças com a PA desenvolviam ataques na adolescência, propondo fortemente que esta perturbação era um estado do neurodesenvolvimento, estando implícita uma disfunção cerebral orgânica.

Sabe-se que as PEA são perturbações biológicas que não são causadas de forma alguma por alterações no comportamento dos pais ou por outros fatores sociais. Os pais são sim elementos fundamentais e integrais da equipa de intervenção e são elementos críticos de mudança (McConachie&Diggle, 2006).

Segundo a internacional Molecular Genetic Study of Autism Consortium, os fatores genéticos desempenham um papel importante no desenvolvimento da PEA. Partindo desta evidência demonstram quatro fontes primárias (Bailey et al., 1995).

1º- O risco de recorrência das PEA após o nascimento de uma criança tendo esta perturbação situa-se entre 3% a 6% taxa que ultrapassa largamente a da população em geral.

2º- A taxa de concordância das PEA em gémeos monozigotos bastante superior à dos gémeos dizigotos. Recentemente, estudos demonstraram que existe uma taxa de concordância para as PEA nos pares monozigotos em comparação com apenas de 5% nos pares dizigóticos. Relativamente ao estudo de gémeos demonstram ainda uma estimativa de hereditariedade superior a 90 (Bailey et al, 1995).

3º- A PEA acontece em associação com uma diversidade de anomalias genéticas conhecidas como a esclerose tuberosa, a síndrome x frágil e muitas anomalias cromossómicas diferentes.

4º- Algo é transmitido nas famílias das crianças com esta perturbação que não está presente nas famílias com outras perturbações.

Segundo a investigação, aquilo que se herda não é de todo a própria perturbação, mas sim um amplo conjunto familiar de anomalias sociais e cognitivas, que sendo mais ligeiras assemelham-se qualitativamente às que integram as PEA (designando assim de fenótipo alargado das PEA).

Provavelmente a PEA não é uma perturbação puramente genética, certamente que outros fatores influenciam o seu desenvolvimento e o grau de gravidade. É certo existe uma grande variabilidade do fenótipo mesmo entre gémeos monozigotos e por vezes um dos gémeos evidencia a PEA de forma mais grave e pode acontecer que o outro tenha um fenótipo mais amplo, no que se refere por exemplo ao nível do quociente intelectual de gémeos monozigóticos (M. Rutter, 2000,2005).

Smith (2008), relata que as evoluções na pesquisa científica afirmam que podem existir inúmeras causas, como toxinas ambientais, anomalias gastrintestinais, vacinas de rubéola, síndromas de sarampo. No que se refere as vacinas Stone & Di Gerónimo (2006) afirmam que o U.S. Centre for Disease Control and Prevention (CDC), que acompanha um enorme numero de estudos, até epidemiológicos, na população em geral, colocou essa questão, mas não foram conclusivos e não estabeleceram ligação entre as vacinas das crianças e o autismo, no entanto, esta informação causar situações perigosas pois os pais com receio não vacinam os filhos colocando-os vulneráveis podendo causar-lhes deficiências (Cowley, Brownell & Footes, 2000, citados por Smith, 2008).

M.Rutter, (2005) acredita que a PEA tem uma base multifatorial, para este autor a vacinação, produtos alimentares, a exposição a metais pesados ou pesticidas, e agentes virais, estes fatores virais, são fatores ambientais que influenciam etiologicamente a PEA.

É claramente evidente que a PEA é uma perturbação cerebral orgânica, a neuropatologia e a neuroimagem, indica diferenças cerebrais estruturais e funcionais em indivíduos com esta perturbação.

Torna-se evidente que as PEA têm um fenótipo neuropsicológico específico e que envolve défices da cognição social, do raciocínio abstrato e do funcionamento executivo. Estes défices funcionais, sugerem alterações e algumas regiões cerebrais, abrangendo o sistema límbico e estruturas temporais medianas relacionadas, assim como o sistema frontostriatal (S. Ozonoff et al.2003).

Encontraram também alterações no cerebelo, no sistema límbico, no tronco cerebral e também em várias outras regiões corticais (Bauman & Kemper, 2005).

1.4 - Prevalência

Atualmente, existe uma grande sensibilidade no diagnóstico desta patologia, e um crescente desenvolvimento nos instrumentos para o realizar com exatidão, a taxa de prevalência tende a aumentar, estimando-se que 5 em cada 10.000 crianças apresentem um diagnóstico de distúrbio autista e 21 em cada 10.000, perturbações do espectro do autismo. Tendo em conta o último estudo realizado, em Portugal Continental a prevalência total é de 9,2 e nos Açores de 15,6, por cada 10000 crianças. (G. Oliveira et al, 2007).

1.5 - Características variáveis na Perturbação do Espectro do Autismo

Para Marques, (2000, p.28) citado por Fejerman & Rapin, 1994), relata que

(...)as características comportamentais que distinguem as crianças autistas das que apresentam outros tipos de perturbações do desenvolvimento, relacionam-se basicamente com a sociabilidade, o jogo, a linguagem, a comunicação no seu todo, bem como o nível de atividade e o repertório de interesses.

Para Bandura (1969, citado por Pereira, 2006), “[u]m autista evidencia disfunções específicas relativas aos processos relacionados com a responsabilidade a estímulos internos e externos. Os processos reprodutivos são igualmente afetados, porque se encontram dependentes dos primeiros. No entanto, a área central de dificuldades do indivíduo autista e a sua evidência mais disfuncional reside no domínio social”.

Segundo Garcia & Rodriguez (1997) e Nielsen (1999) os indivíduos com PEA podem apresentar algumas características tais como:

- Dificuldade em descodificar emoções ou expressões deles próprios ou do outro;
- Interesses repetitivos e estereotipados;
- Alheamento;
- Hiperatividade ou extrema passividade;
- Comportamentos auto e héteros agressivos;
- Choros e risos sem fundamento aparente;
- Necessidade de se auto estimular;
- Ausência de linguagem falada;
- Ecolalia;
- Discurso na segunda ou terceira pessoa;
- Linguagem idiossincrática (significados próprios);
- Hiper ou hipo reatividade flutuante.

Coelho & Aguiar (2014), relatam que investigadores muito recentes mencionam que esta tendência está relacionada não apenas pela dificuldade em interpretar a continuidade de informações sociais proporcionadas pela zona dos olhos (focam preferencialmente o olhar na zona da boca do interlocutor), mas poderá eventualmente estar relacionada com aspetos físicos e não sociais.

O *contacto ocular* nos indivíduos com PEA é estabelecido muito raramente quando fazem um pedido ou quando ouvem uma instrução. As mesmas autoras narram que

algumas pessoas com esta perturbação parecem descodificar melhor as instruções verbais se focarem o olhar para a boca, entendem que poderá justificar a tendência para o evitamento ocular porque as distraí pois existem muitos estímulos vindos da zona dos olhos, tendo dificuldade em receber simultaneamente estímulos visuais e auditivos.

Na área da motricidade as crianças com PEA normalmente apresentam um certo «desajeitamento» motor, em movimentos amplos. Na forma de correr, caminhar, na postura, ritmo e movimentos pouco harmoniosa nas pernas e tronco, adotando uma postura rígida quando estão paradas. Em movimentos finos, necessários para competências de autonomia tais como, atacadores de sapatos ou apertar botões ao nível da grafomotricidade, verificam-se algumas dificuldades.

Segundo Coelho & Aguiar, (2014), o investigador Asperger, (1944) verificou que os seus rapazes, devido às suas particularidades motoras, sentiam dificuldade, não só na compreensão de regras, mas também no domínio da educação física e em particular a aderir aos jogos coletivos sendo pouco hábeis no que se refere ao desporto, eram excluídos e alvo de troça por parte dos colegas.

Muitas crianças com síndrome de Asperger começam a falar antes de andar, a sua marcha é iniciada tardiamente.

Relativamente aos aspetos *perceptivos e sensoriais* (Aguiar & Coelho, 2014) afirmam que desde as investigações de Kanner e Asperger que se sabe que existe na PEA, experiências sensoriais muito pouco habituais, tanto a nível da aparente insensibilidade a outros estímulos (hiposensibilidade) como em sensibilidade excessiva a determinados estímulos (hipersensibilidade).

É recorrente haver fascínio ou então angustia perante alguns estímulos sensoriais bem como indiferença.

Muitas vezes a criança não reage ao barulho mesmo que seja enorme, colocando os pais em alerta, julgando haver um défice auditivo e após avaliação é excluída essa hipótese. Contudo, se o foco de interesse da criança for por exemplo aviões, o som do mesmo não lhe escapa estando ele longe onde ninguém mais o deteta.

Verifica-se nas crianças com PEA taparem os ouvidos com ambas as mãos e também reações paradoxais como tapar os ouvidos diante um estímulo visual desagradável.

No domínio da *cognição* muitas são as crianças com PEA que apresentam um nível intelectual de desenvolvimento acima da média, no entanto, em algumas crianças o seu desenvolvimento intelectual é notoriamente acima da média e outras é inferior à média.

Para Asperger (citado por Aguiar e Coelho, 2014) o que importa é “termos em consideração que o perfil geral de capacidades, num teste de inteligência, tende a ser extraordinariamente desarmonioso ao longo dos vários subtestes, pelo que o simples Quociente Intelectual pouco nos elucida acerca das capacidades da criança.

Esta análise, permite compreender os motivos que levam a criança a realizar determinadas tarefas com uma enorme aptidão e em contrapartida, noutras atividades apresenta muitas dificuldades. As crianças que são capazes de realizar testes de inteligência, normalmente as capacidades que apresentam são elevadas no que se refere ao conhecimento do vocabulário, informação factual, aritmética e de construção com cubos. Por outro lado, obtém usualmente resultados muito fracos nas provas relacionadas com a resolução de problemas, compreensão social e ordenação de gravuras.

Segundo Aguiar e Coelho a *percepção e memória* estão inclinadas no domínio da cognição, no entanto, têm uma maneira muito particular e de pensar e aprender que está notoriamente relacionada com o estilo de processamento da informação e com o tipo de memória que normalmente caracteriza as crianças com PEA, pela sua especificidade em pensar e aprender, devem ser respeitadas e conhecidas quer a nível do relacionamento do quotidiano, quer a nível da aprendizagem escolar.

A PEA não se caracteriza só por défices, mas também por pontos fortes, estes devem ser valorizados para um melhor desenvolvimento da criança.

O processo visual da informação, a memória visual e a memória para rotinas, são manifestamente as que mais se evidenciam, por outro lado nos aspetos preceptivos e sensoriais observam-se alterações no domínio da percepção que poderão interligar os vários órgãos dos sentidos.

Esta predominância vai prejudicar severamente a aprendizagem pois, segundo alguns investigadores na área de psicologia do desenvolvimento defendem que o recém-nascido aprende o que é o mundo porque tudo acontece com regularidade, o que permite ao bebé começar a fazer previsões, estabelecendo relações causa efeito, sendo que a dificuldade em perceber essa causa efeito do mundo exterior e até mesmo assimilar adequadamente estes padrões e conseqüentemente dar-lhes um significado num contexto relacional, pode de alguma forma explicar a necessidade que a criança tem na regularidade e previsibilidade, o poder de experienciar o mundo e saber o que experienciamos é intrínseca ao processo da informação dos indivíduos com desenvolvimento neurológico típico.

Esta consciencialização pressupõe que foi aprendido para que posteriormente ser capaz de utilizar esse conhecimento, para que sejam capazes de uma forma flexível, em situações do dia-a-dia tomem decisões e resolvam problemas.

É certo que os indivíduos com PEA experienciam o mundo que os rodeia, no entanto, o modo como o fazem é muito particular, isto é, apesar de terem a consciência do que está a acontecer, tem dificuldade em ter consciência das coisas que acontecem a eles próprios. A criança não é capaz de usar os aspetos da memória, que se relacionem com a perceção de si própria. Habitualmente, as crianças para superar esta dificuldade, dão respostas em memórias pessoais, muito em termos gerais, não especificando. A linguagem baseia-se na memória auditiva, não possuem uma verdadeira competência linguística, utilizando uma linguagem idiossincrática. Utilizam a memória visual de acontecimentos, mas não incluem a dimensão pessoal, conseqüentemente toda a aprendizagem se torna rotineira, sustentada em pistas fornecidas pelo meio ambiente, por alguma ação que foi realizada instantaneamente ou pelo adulto. Por essa razão, os rituais e as rotinas podem constituir um mecanismo para produzir alguma regularidade

Os sujeitos com PEA, utilizam a linguagem e comunicação de uma forma muito particular, quanto à sua gramática, sintaxe e também à semântica e pragmática da comunicação, o que leva a questionar a competência de estabelecer uma interação social e principalmente se estabelece mediada através de tecnologias da comunicação e informação (Passerino & Santarosa, 2007).

No que se refere à *Compreensão e expressão das emoções*, as crianças com PEA habitualmente são afetuosas, conseguindo manter relações de vinculação sendo sensíveis aos estados emocionais dos outros, apesar de não se conseguirem envolver na situação e a forma como as emoções dos outros é interpretada estão extremamente alterados, como por exemplo, quando uma criança ri ou chora, as crianças com PEA podem reagir de forma inesperada. Nestas crianças também é notória uma frequente inexistência de medo mesmo em situações de perigo, sendo carenciado assim de uma vigilância especial. Em contrapartida pode acontecer, medos excessivos confrontados com objetos ou situações inofensivas.

Tendo em conta que os estados mentais não são observáveis existe sempre a dúvida daquilo que os outros estão a pensar, mas facilmente conseguimos deduzir o que os outros estão a pensar, ou representar os estados mentais dos outros, fazemo-lo de forma espontâneo e com naturalidade que nem damos conta de isso acontecer. Aguiar & Coelho exemplificam este processo, “por exemplo, se alguém entra no café, olha em redor

e volta a sair, pensamos imediatamente «Provavelmente esperava encontrar alguém», ou «Pode ter-se enganado no café.» Por mais simples que seja qualquer ato humano, só farão sentido se forem questionados o porquê que o outro o faz. Só assim através de estados mentais que são implícitas ao ser humano, são colocadas hipóteses que na sua ausência compromete as possibilidades de integração e também a adaptação dos indivíduos com PEA.

Os sujeitos com PEA, utilizam a linguagem e comunicação de uma forma muito particular, quanto à sua gramática, sintaxe e também à semântica e pragmática da comunicação, o que leva a questionar a competência de estabelecer uma interação social e principalmente se estabelece mediada através de tecnologias da comunicação e informação (Passerino & Santarosa, 2007).

Nas crianças com PEA, frequentemente correm situações que revelam imaturidade, desadequados, comportamentos desadequados tais como desobediência, atitudes de oposição, falta de cooperação, intervenções despropositadas ou embaraçosas ou comentários ingênuos. Têm muita dificuldade em lidar com mudanças súbitas e inesperadas

As alterações dos padrões de sono e de alimentação costumam ser uma grande preocupação para os pais, é habitual as crianças com PEA sentirem dificuldades ao adormecer, dormindo poucas horas, mantendo-se com grande energia como se tivesse descansado a noite inteira. Algumas crianças têm um sono irregular acordando várias vezes durante a noite.

Também na alimentação estas crianças demonstram irregularidades quer a nível de sólidos como de líquidos, é frequente a ocorrência de birras na alimentação que parecem estar relacionadas com a hipersensibilidade a certos estímulos. Uma dieta adequada, sempre com a supervisão médica podem ajudar nas intolerâncias alimentares que possam ocorrer (Coelho & Aguiar, 2014).

2 - Interação Social na Perturbação do Espectro do Autismo

Muitos são os investigadores que consideram o défice da interação social na PEA o mais relevante. Entre outros autores podemos referir Hobson (1993) e Baron-Cohen (1990). Hobson (1993) afirma que a principal característica da PEA é a limitação ou dificuldade na sua competência de ter um *sentido da relação pessoal* e por sua vez experimentar essa relação, ou de produzir um significado para interação social e naturalmente participar na mesma. Por outro lado, Baron-Cohen (1990) refere que esta falha na *representação do ser pessoa* é o resultado a uma limitação na perceção das crenças, ou seja dos estados mentais das pessoas, genericamente intitulado *Teoria da mente*, como se pode constatar, ambos estão de acordo quanto à limitação da competência de assimilação dos estados mentais, mas não estão de acordo no que se refere ao que consideram ser a causa desta limitação, para Hobson, essa teria um carácter afetivo e não de capacidade de representação, Para este autor, para conhecer as pessoas, mais particularmente na interação social é fundamental entender e experimentar as relações sociais, isto é, ser um ser participante da interação social. As verdadeiras relações interpessoais conduzem a uma interação social plena quando na verdade existem trocas mútuas e coordenação de sentimentos que iram por sua vez compartilhar uma experiência ou situação.

O mesmo investigador defende que uma interação plena carece da presença de dois requisitos essenciais: O diálogo e o envolvimento afetivo, defende que só com estes requisitos ocorre o fenómeno social de *partilhar*.

No que se refere às características da interação social nos indivíduos com PEA, Wing (1998), identificou quatro grupos distintos na interação social de pessoas com Autismo: Isolamento social; Interação passiva; Interação Ativa-porém-estranha e interação Hiperformal. . Estas categorias diferenciam-se pelo grau de reciprocidade na interação estabelecida com os outros indivíduos. (Passerino, L.M. & Santarosa, L.C. p.57, 2007)

No que se refere à comunicação não verbal, averiguamos a ausência de intercâmbios corporais expressivos, no entanto, na verbal encontramos falta de intercâmbios informais, com falas não coerentes no contexto, repetitivas e ecológicas,

inversão pronominal e grandes dificuldades no uso de abreviação predicativa e na percepção de metáforas ou simbolismos (Hobson, 1993; Jordan & Powell, 1995).

3 - Comunicação e linguagem

Como já foi referido anteriormente, a PEA é caracterizada pelo atraso ou comprometimento em dois domínios que estão relacionados entre si: linguagem e comunicação e interação social, necessitando de competências básicas para o envio de uma mensagem a um parceiro social. Para que haja comunicação é necessário que haja um desenvolvimento da atenção conjunta quando o sujeito se direciona para um parceiro social, a coordenação e alternância da atenção ente os sujeitos e objetos, a partilha e significado de afetos ou estados emocionais, o uso de gestos e vocalizações juntamente com o contacto físico, são pré requisitos para o envio de uma mensagem a um parceiro social. (Mora & Fortea, 2012).

Os indivíduos com PEA apresentam graves alterações de linguagem e de comunicação, principalmente a comunicação não-verbal. Estas dificuldades são notórias quer ao nível da compreensão, isto é, no processamento da informação verbal e não verbal quer ao nível da expressão, na utilização do gesto natural, do gesto codificado e da palavra para entrar em comunicação com o outro (Caldeira da Silva et al, 2003). Sendo assim, é mais fácil percebermos que as formas comunicativas que estas crianças mais utilizam são formas pré simbólicas não convencionais (movimento global do corpo, manipulação do grito). Estas formas de comunicar auxiliam um leque muito restrito de intenções comunicativas. Muitas crianças usam a comunicação quase unicamente para pedir e rejeitar objetos, ações, isto é, orientam a atenção do outro para objetos e acontecimentos, com o propósito de partilhar a experiência com essa pessoa, direcionam o comportamento do outro e não para as categorias pragmáticas de intenção social (Caldeira da Silva et al., 2003; Wetherby & Prutting, 1984).

Existe uma grande variação nos padrões de aquisição da linguagem em crianças com PEA. Grande parte dessas crianças começam a falar tarde e quando desenvolvem o seu discurso habitualmente é mais lenta. Tendo em conta que esta perturbação dificilmente é diagnosticada antes dos três anos de idade, pouca é a informação sobre a linguagem nesta faixa etária.

Alguns estudos revelam que durante a infância, no segundo ano de vida, as crianças com PEA, a sua comunicação é distinto das crianças com um desenvolvimento típico (Tager-Flusberg et al.,2005).

Lorde et al, (2006) afirma que não só a linguagem se notava severamente atrasada aos dois anos de idade, mas também as capacidades expressivas continuavam a desenvolver-se de forma muito lenta sensivelmente até aos cinco anos comparativamente com crianças sem a perturbação, mas com atrasos desenvolvimentais.

Cerca 25% dos pais das crianças com PEA, entre os doze e os dezoito meses adquirem algumas palavras, mas que posteriormente perdem o uso das mesmas palavras, os mesmos autores que se trata e uma regressão da linguagem. Normalmente, a regressão é um processo gradual onde a criança não adquire palavras novas e falha no envolvimento comunicativo durante as rotinas diárias que participou no passado (Anderson et al., 2007).

A aquisição da linguagem nas crianças com PEA é assinalada por um atraso em que normalmente as primeiras palavras surgem em média por volta dos trinta e oito meses comparativamente com as crianças com desenvolvimento típico onde as primeiras palavras aparecem entre os 8-14 meses (Eigsti et al., 2011; Mawhood, Howlin, & Rutter, 2003).

4 - Comportamento e interesses repetitivos na Perturbação do Espectro do Autismo

Como já foi referido, é clara a presença de um leque repetitivo e restrito de interesses como também de atividades e, muitas vezes de comportamentos estereotipados (DSM-V, 2014).

Sujeitos com PEA no que se refere a alterações repentinas, inesperadas não conseguem lidar com esses acontecimentos e têm uma explícita preferência por realizar tarefas com determinada ordem, muitas vezes, utilizando rituais, podendo variar, desde aquele individuo que não permite qualquer mudança na rotina, àquele que é capaz de adaptar as suas rotinas desde que com um aviso prévio da alteração que irá decorrer, mas exteriorizando uma grande ansiedade associada ao facto. O leque reduzido de interesses é muitas vezes expressado em obsessões. Isto pode ocorrer como uma forma

de mediar a ansiedade como sucede nas Perturbações Obsessivo- Compulsivas, mas são menos ego distónicas, permanecendo também um medo menor das consequências catastróficas se não são levados a cabo estes comportamentos ou ideias (Tuchman & Rapin, 2009).

É frequente que nas crianças que têm um quociente de inteligência acima ou dentro da média, ocorrerem as obsessões por determinados objetos/temas/assuntos por volta dos três/quatro anos de idade. Muitas vezes essas obsessões estão relacionadas com o consumo repetitivo de determinados desenhos animados através da televisão. Ao entrarem para a escola, normalmente os interesses dos rapazes modificam e são trocados por temas ajustados a estas idades (Siegel, 2008).

Segundo J.E Roberts, King-Thomas & Boccia, (2007), os comportamentos estereotipados parecem não ter uma função social comunicativa, tais como abanar as mãos (flapping) girar sobre si próprio, balancear o tronco, são muito habituais.

Para (Calkins & Dedmon, 2000), estes comportamentos estereotipados são grande parte das vezes uma forma de autorregulação, ou seja, o maneira como a criança regula a sua atitude a um estímulo específico de acordo com os fatores comportamentais, fisiológicos e emocionais que são interdependentes.

Inúmeros estudos têm comprovado que a pobre aptidão para a autorregulação está relacionada com comportamentos, disruptivos, agressivos, fraca atenção e pontuações mais baixas nas medidas da cognição.

Cada criança tem capacidade de integrar a informação sensorial e é uma fonte de variação que capacidades de autorregulação. A designação de Integração Sensorial pode ser determinado como o processo neurológico que reflete a capacidade do sujeito organizar internamente as sensações vindas do ambiente e dar uma resposta regulada e eficiente (Tomchek & Dunn, 2007).

Os diálogos sobre os comportamentos que as crianças com PEA apresentam no que se refere à extrema modulação sensorial ainda persistem, no entanto, relatos autobiográficos de indivíduos com Perturbação Autista de Alto Funcionamento, relatam de forma singular estes padrões sensoriais extremos (Grandin, 1995).

Os comportamentos estereotipados patenteados pelas crianças com PEA começam a ser compreendidos de uma outra forma sendo apoiados já na nova publicação do DSMV, que abrange explicitamente os comportamentos ocorrem com características sensoriais crianças com PEA, como um subdomínio neste critério da tríade de

incapacidades: *padrões de comportamento, interesses ou atividades restritas ou repetitivas* (C. Filipe, 2012).

5 - Processamento sensorial

O processamento sensorial refere-se à forma como o cérebro recebe, organiza e interpreta o *input* sensorial. A recepção, modulação, integração e organização do estímulo sensorial, incluindo as respostas comportamentais a esse *input*, são componentes do processamento sensorial (Mailloux & Smith-Roley, 2001).

Uma boa capacidade de processamento possibilita ao sujeito responder de um modo adaptativo às necessidades do ambiente e envolver-se de forma adequada às suas ocupações diárias. Qualquer que seja a atividade em que a pessoa se envolva, requer processamento da sensação ou *integração sensorial*, (Humphry, 2002; Lane, Young, Baker, & Angley, 2010).

Jean Ayres desenvolveu a teoria da *Integração Sensorial* por volta dos anos 60, sendo designada como o processo neurológico no qual o sistema nervoso central recebe, regista e organiza o *input* sensorial com o intuito de criar uma resposta no ambiente através da adaptação do corpo.

Relativamente aos aspetos espaciais e temporais das informações que são recebidas de diferentes circunstâncias sensoriais, são interpretadas, associadas e unificadas emitindo uma resposta em concordância com o meio e suas exigências - a *resposta adaptativa* (Ayres, 1979).

Ayres (1972) descreve *resposta adaptativa* como uma ação adequada em que o sujeito, com sucesso, responde a alguma resposta ambiental.

As *respostas adaptativas* exigem que a pessoa experimente e desafie um tipo e uma quantidade de estimulação sensorial, não sobrecarregando o sistema nervoso central, sendo que, a manifestação de uma resposta adaptativa é potencializada.

A Integração Sensorial estabelece sobretudo em três sentidos básicos – táctil, vestibular e proprioceptivo cujas interconexões entre estes sistemas iniciam a sua formação mesmo antes do nascimento e vão se desenvolvendo à medida que a criança vai maturando e interagindo com o ambiente. Estes três sentidos estão interligados entre si bem como a outros sistemas do cérebro é portanto uma interligação complexa. São

sistemas não tanto familiares comparando por exemplo com a visão e a audição, mas são fundamentais para a nossa sobrevivência básica (Ayres, 2005).

“Nesta teoria é dá-se especial destaque aos défices motores vistos na criança com distúrbio de aprendizagens e disfunções de integração sensorial e são resultados de problemas no processamento de impulsos sensoriais.”

Segundo a mesma autora “Os tipos de disfunção sensorial estão frequentemente associados com défices no processamento tátil e/ou vestibular”.

Para Ayres a terapia de integração sensorial “busca integrar todos os sistemas sensoriais (visual, auditivo, gustativo, olfativo, tátil, vestibular e proprioceptivo) com maior destaque para o vestibular e tátil”. (Ayres, 1972, citado por Lima, 2014).

São igualmente canais, através dos quais adquirimos informação sobre o ambiente, Os sistemas sensoriais visual, gustativo, olfativo, e auditivo, estes são igualmente, de um modo adequado, responsáveis pelas nossas respostas adaptativas ao meio (Hilton et al, 2010).

Os indivíduos com PEA, bem como outros indivíduos com perturbações desenvolvimentais, podem manifestar um sistema sensorial disfuncional., um

ou mais sentidos por vezes poderão ser mais ou menos reativos a estímulos. Estes problemas sensoriais podem ser a explicação para comportamentos como agitar as mãos, balancear e girar sobre si próprio. Apesar dos recetores dos sentidos estarem localizados no sistema nervoso periférico (que exclui o cérebro e espinhal medula), é pela disfunção neurológica do sistema nervoso central – cérebro que se acredita que o problema ocorre. (Kuhaneck & Watling, 2010).

Indivíduos com PEA de alto funcionamento relatam que algumas técnicas de integração sensorial, como a pressão e toque, podem ajudar na atenção e na consciência e reduzir o estado de excitação em geral, (Murray-Slutsky & Paris, 2000).

É de conhecimento geral que os sintomas podem variar nas diferentes categorias inclusive na interação social, perturbação somatossensorial (frequência de estar em movimento ou balanceio), perseveração (movimentos repetitivos e estereotipados), padrões atípicos de desenvolvimento, problemas de atenção e segurança e alterações de humor (hiperreatividade ou ausência de respostas perante estímulos) (Pfeiffer, Koenig, Kinnealey, Sheppard, & Henderson, 2011).

A investigação crescente da neuropsicologia na PEA, tem como consequência um maior conhecimento da Perturbação, dá-se agora uma maior evidência à definição da performance motora e ao processamento sensorial das crianças. Alguns estudos

comportamentais relatam que o comportamento não se relaciona só com a tríade de incapacidades que estas crianças manifestam, engloba também a relação às experiências sensoriais das crianças com PEA, que são manifestamente diferentes, quando são comparadas com os seus pares de desenvolvimento típico (Kuhaneck & Watling, 2010).

Para Hilton et al, (2010) as crianças com PEA têm dificuldade em processar o *input* sensorial e demonstram um impedimento em responder de um modo adequado às exigências do ambiente.

Nas disfunções do processamento sensorial estão patentes uma série de desordens neurológicas que prejudicam o funcionamento normal do cérebro, impossibilitando o desenvolvimento da criança ao nível da comunicação e da interação social (Dunn, 1997; Kranowitz, 2005).

Tabela 7 - Sintomas da Disfunção do Processamento Sensorial (Adaptado de Kranowitz, C., 2005)

| Mobilidade sensorial | Sintomas |
|----------------------|---|
| Auditivo | <ul style="list-style-type: none"> •Responde negativamente a ruídos inesperados ou muito altos •Tapa os ouvidos com as mãos •Não consegue trabalhar com o ruído de fundo •Parece alheado num ambiente ativo |
| Visual | <ul style="list-style-type: none"> •Prefere estar no escuro •Evita luzes intensas •Fixa intensamente pessoas ou objetos •Evita o contacto ocular. |
| Gosto/Olfato | <ul style="list-style-type: none"> •Evita determinados sabores/cheiros que fazem parte da alimentação das crianças •Cheira com frequência objetos •Deseja muito certos sabores ou cheiros •Parece não cheirar odores fortes |

| Mobilidade sensorial | Sintomas |
|----------------------|---|
| Auditivo | <ul style="list-style-type: none"> •Responde negativamente a ruídos inesperados ou muito altos •Tapa os ouvidos com as mãos •Não consegue trabalhar com o ruído de fundo •Parece alheado num ambiente ativo |
| Visual | <ul style="list-style-type: none"> •Prefere estar no escuro •Evita luzes intensas •Fixa intensamente pessoas ou objetos •Evita o contacto ocular. |

| | |
|----------------|---|
| Gosto/Olfato | <ul style="list-style-type: none"> •Evita determinados sabores/cheiros que fazem parte da alimentação das crianças •Cheira com frequência objetos •Deseja muito certos sabores ou cheiros •Parece não cheirar odores fortes |
| Proprioceptivo | <ul style="list-style-type: none"> •Procura constantemente todo o tipo de movimentos •Esbarra com frequência contra as pessoas, mobílias, objetos mesmo em situações familiares •Parece ter músculos fracos, cansa-se facilmente, tem baixa endurance •Marcha em bicos de pés |
| Vestibular | <ul style="list-style-type: none"> •Fica ansioso quando os pés deixam de tocar no chão •Evita saltar/trepar •Evita equipamentos do parque infantil •Procura todo o tipo de movimento e isso interfere com as rotinas diárias •Arrisca-se excessivamente enquanto brinca, sem noção do perigo |
| Tátil | <ul style="list-style-type: none"> •Evita tocar em certos materiais (cola, digitinta, areia, pastas de modelar) •É sensível a determinados tecidos •Tem necessidade constante de tocar nas pessoas e objetos •Evita andar descalço, especialmente na relva ou areia •Tem alta tolerância à dor e à temperatura |

Schaaf e Nigh & Nightlinger, (2007) apresentam três tipos de *Disfunções do Processamento Sensorial*:

Tipo 1 – Disfunção da Modulação Sensorial

Hiper ou Hipo responsividade ao estímulo sensorial ou Procura Sensorial. Aqui inclui-se um padrão de pensamento e comportamento de medo e/ou ansiedade podendo incluir também comportamentos negativos e/ou teimosia e auto absorção, que torna o envolvimento difícil por parte da criança, envolve também comportamentos que causam sofrimento à criança quando ela procura ativamente uma atividade.

Tipo 2 – Disfunção Sensório-Motora

Aqui mostra que o output motor da criança é desorganizado como consequência de um incorreto processamento da informação sensorial, que irá afetar as alterações ao nível do controlo postural e/ou dispraxia.

Tipo 3 – Disfunção da Discriminação Sensorial

Processamento incorreto da informação sensorial ou Discriminação sensorial. Aqui o processamento incorreto do input visual ou auditivo pode, traduzir-se por exemplo em desorganização, distração e pobre desempenho escolar.

Segundo Ben-Sasson et al, (2007), as disfunções no processamento sensorial e preceptivo e na comunicação e funcionamento neurológico originam limitações comportamentais funcionais variadas, como ocorre nas crianças com PEA.

A literatura relata que entre 42% a 98% das crianças manifestam este tipo de disfunção (Baranek, 2002). Verifica-se assim que as crianças com PEA podem utilizar a autoestimulação compensando assim o input sensorial limitado ao seu limiar neurológico bem como para evitar a sobre estimulação, isto como consequência na sua dificuldade em regular as respostas às sensações (Tomchek & Dunn, 2007).

Segundo Smith et. al, (2005) os comportamentos de auto estimulação podem ter implicações consideráveis ao nível social, pessoal e educacional e são definidos como movimentos repetitivos e geralmente limitam a capacidade que a criança tem em participar de forma adequada nas atividades da vida diária.

Para Case-Smith & Bryan, (1999) comportamentos como correr sem objetivo, comportamentos de hétero e auto agressão e movimentos motores estereotipados, têm sido correlacionados com estas variações de processamento sensorial.

As disfunções do processamento sensorial, são descritas com maior frequência, nos sistemas visual, tátil e auditivo, no entanto, é necessário estar atento aos outros sistemas que geralmente apresentam alterações no processamento (Kuhaneck & Watling, 2010). Os mesmos autores referem que os défices de processamento auditivo nas crianças com PEA, respostas hiperresponsivas, hiporesponsivas ou até mesmo flutuantes, podem variar. Para J. Wing, (1966), esta hiporeatividade deve-se ter em atenção quando se faz um diagnóstico precoce pois a grande parte destas crianças aparenta ter uma surdez antes de ser diagnosticada com PEA.

No que se refere ao sistema visual, podemos encontrar diferentes respostas. Alguns autores explicam a diminuição do contacto ocular, como sendo um mecanismo de autorregulação que compensa compensará as dificuldades de modulação do input visual, esta dificuldade, fica consequentemente melhor classificada no contexto das disfunções sensoriais. (Gillberg & Coleman, 2000; Gillberg et al., 1990).

Nas crianças com PEA a hipersensibilidade tátil é também comum, e associados muitas vezes ao diagnóstico precoce de PEA, as crianças revelam uma maior rigidez e inflexibilidade de comportamento, estereotipias visuais, verbalizações repetitivas e pouca capacidade afetiva. (Baranek et al., 1997).

6 - Comorbilidades

Segundo a DSM-V, a incapacidade intelectual e a Perturbação do Espectro do Autismo ocorrem muitas vezes para efetuar diagnósticos comórbidos. Cerca de 70% dos indivíduos com PEA, podem ter uma perturbação mental comórbida e 40% têm 2 ou mais perturbações mentais comórbidas, Tais condições médicas incluem a epilepsia; problemas de sono, obstipação, mutismo seletivo, perturbação de movimentos estereotipados, perturbação de hiperatividade/ défice de atenção, esquizofrenia, síndrome de Rett.

7 - Conceito de intervenção precoce

Entende-se por intervenção precoce, uma mediação e a “criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social” (D.L.3/2008).

“A intervenção precoce junto de crianças com alterações ou em risco de apresentar nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento, constitui um instrumento político do maior alcance na concretização do direito à participação social dessas crianças e dos jovens e dos adultos em que se irão tomar” (D.L 28/7/2009).

“Certamente que uma intervenção precoce não se pode realizar sem que haja uma identificação precoce” (Fonseca, 2003).

Tendo em conta que, é no decorrer dos primeiros anos de vida que é mais notório o desenvolvimento de aprendizagens, uma intervenção precoce minimizará com toda a certeza os efeitos cumulativos que se apresentam na criança.

II PARTE PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1 – Metodologia utilizada

Para a realização deste projeto de investigação optamos pela metodologia de estudo de caso, no âmbito da investigação qualitativa, usando para a recolha de dados instrumentos como, a entrevista, a observação direta e a recolha de diversos documentos em fontes distintas.

Esta metodologia foi escolhida por se considerar a mais adequada face aos objetivos do estudo, a interação entre pares com a presença de uma criança com PEA, em vários contextos Família/Jardim de Infância/Terapeuta/Psicóloga, nos quais a criança se desenvolve.

A caracterização do caso que iremos apresentar foi sustentada a partir da entrevista aos pais, da ficha da Anamnese (Anexo 1) bem como dos Relatórios de Avaliação dos profissionais de saúde (Anexos 2, 3, 4, 5, 6 e 7).

Para que efetivamente a aprendizagem resulte é essencial que as crianças adquiram um nível elevado e apropriado de envolvimento e bem estar nas atividades realizadas em cada comunidade escolar. Desta forma, ao aumentarmos o nível de envolvimento das crianças numa determinada atividade estamos, com toda a certeza, a aumentar a qualidade das experiências educativas que se praticam nas Escolas e Jardins de Infância, dando a oportunidade de uma verdadeira aprendizagem a todas as crianças. Oliveira-Formosinho & Araújo, (2004, p. 10), esclarecem que “o envolvimento não ocorre quando as atividades são demasiado fáceis ou demasiado exigentes. Para haver envolvimento, a criança tem de funcionar no limite das suas capacidades, ou seja, na zona de desenvolvimento próximo” o conceito fundamental da teoria de Vygotsky (1984).

Ao longo deste capítulo pretendemos clarificar o que se entende por *estudo de caso*, contextualizar os instrumentos usados e o modo como estes foram selecionados e organizados, bem como, descrever a forma como foram processados. Foram portanto construídas grelhas de observação (anexo 3), que tiveram como finalidade observar

comportamentos e competências nas diversas situações em sala de aula e de recreio, com o objetivo de identificar o nível de envolvimento de uma criança com PEA. Foram também realizadas entrevistas à mãe da criança A (que passará a ser designada por MA), à terapeuta ocupacional (TO) e à Educadora de Infância (EI).

1.1- Justificação Metodológica

Este projeto é constituído por um estudo de caso, dado que irá abranger uma metodologia de investigação aprofundada acerca de um sujeito, efetuada com alguma intensidade, de forma a descrever com algum pormenor e compreender factos e contextos, nos quais estão envolvidos vários fatores.

Na perspetiva de Yin (1994, p.13) podemos aferir que,

(...) esta abordagem se adapta à investigação em educação, quando o investigador é confrontado com situações complexas, de tal forma que dificulta a identificação das variáveis consideradas importantes, quando o investigador procura respostas para o como? E o porquê?, quando o investigador procura encontrar interações entre fatores relevantes próprios dessa entidade, quando o objetivo é descrever ou analisar o fenómeno, a que se acede diretamente, de uma forma profunda e global, e quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenómeno, do programa ou do processo.

Sendo assim e ainda de acordo com Yin (1994), o *estudo de caso* “ (...) é um estudo efetuado com base nas particularidades do fenómeno em estudo e tem como base um conjunto de características relacionadas ao processo de recolha de dados e também às estratégias de análise dos mesmos”

Coutinho & Chaves (2002), mencionam que quase tudo pode ser um *caso*: um personagem, um indivíduo, um pequeno grupo, uma comunidade, uma organização, ou mesmo uma nação. Também, Ponte (2006, p.2) considera que,

este tipo de investigação que se assume como particularista, isto é, que debruça-se deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.

O contexto do “estudo de caso” dentro dos planos qualitativos é uma questão polémica, não havendo consenso entre os investigadores. Como referenciam Coutinho & Chaves (2002),

Se é verdade que na investigação educativa em geral abundam sobretudo os estudos de caso de natureza interpretativa/qualitativa, não menos verdade é admitir que, estudos de caso existem em que se combinam com toda a legitimidade métodos quantitativos e qualitativos”. Ainda segundo estes autores, que se auxiliam numa enorme revisão de literatura, quando o investigador está pessoalmente envolvido na investigação atribui aos planos qualitativos um forte cariz descritivo, logo a grande maioria dos investigadores considere o estudo de caso como uma modalidade de plano qualitativo.

Contudo, há também os que defendem que,

um estudo de Caso pode ser orientado por qualquer um dos exemplos de investigação, quer seja do positivista ao crítico, sendo portanto mais lógica a sua inclusão nos planos de investigação tipo misto. O método de pesquisa que se adequa melhor neste estudo é de carácter qualitativo, uma vez que proporciona o trabalho de um estudo compreensivo e esclarecedor da prática educativa. Havendo o cuidado em observar, descrever, interpretar e analisar o meio e o fenómeno sem procurar controlar, isto é, ...o objetivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar (Fortin, 1999, p. 22).

Bogdan & Biklen (1994), relatam que os dados reunidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. Ainda que, os indivíduos que fazem investigação qualitativa, possam vir a enumerar questões específicas à medida que recolhem os dados, a abordagem à investigação é feita com o objetivo de privilegiar, fundamentalmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos indivíduos em investigação.

As características base da investigação qualitativa, segundo Bogdan e Biklen (1994), são cinco:

- A fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.
- A investigação qualitativa é descritiva.
- Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.
- Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva.
- O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

A metodologia de investigação qualitativa envolve diferentes abordagens, de acordo com indicações concedidas pelos diversos autores, tendo a capacidade de abranger: a observação participante, a etnografia, o estudo de caso, o interaccionismo simbólico, a fenomenologia ou, muito simplesmente, uma abordagem qualitativa (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1994, p. 31).

Segundo Yin (1994), o objetivo do *estudo de caso* é pesquisar, relatar ou explicar e segundo Guba & Lincoln (1994) o objetivo é descrever os factos como ocorreram,

descrever situações ou factos, facultar conhecimento acerca do fenómeno estudado e confirmar ou contrastar efeitos e relações presentes no caso. De forma a organizar estes vários objetivos, Gomez, Flores & Jimenez (1996, p. 99), referem que o objetivo geral de um estudo de caso é explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar.

O estudo de caso é também designado como uma estratégia de investigação de triangulação.

Stake (1995) afirma que os protocolos que são usados para garantir a sua exatidão e explicações alternativas são chamados de triangulação. A necessidade de triangulação nasce da necessidade ética para confirmar a autenticidade dos processos. Em estudos de caso, isto pode ser realizado, empregando várias fontes de dados (Yin, 1994).

Para ampliar a credibilidade das interpretações efetuadas pelo investigador, este necessitará de recorrer a um ou a vários, protocolos de triangulação.

Denzin (1984) identificou três tipos de triangulação:

- Triangulação das fontes de dados, em que se comparam os dados provenientes de diferentes fontes;
- Triangulação do investigador, em que entrevistadores/observadores distintos procuram detetar desvios provenientes da influência do fator investigador; Triangulação da teoria, em que se abordam os dados partindo de perspetivas teóricas e diferentes hipóteses;
- Triangulação metodológica, em que para desenvolver a confiança nas suas interpretações o investigador faz novas observações diretas com suporte em registos antigos, ou ainda procedendo variadas combinações intermetodológicas (aplicação de um questionário e de uma entrevista semi estruturada, etc.).

É importante salientar que se utilizou mais do que uma modalidade de triangulação. A triangulação metodológica foi realizada através da aplicação de métodos, técnicas e instrumentos distintos como a observação, a escala de envolvimento, a entrevista e a análise documental, concorrendo de forma convergente com evidências para o estudo da realidade (Yin, 1994).

No seguinte ponto daremos conta dos instrumentos utilizados neste estudo para a recolha de dados.

1.2 – Técnicas de recolha de dados

As metodologias de investigação qualitativa envolvem a aplicação de instrumentos e técnicas para a recolha de tratamento de dados com o intuito de obter o máximo de rigor e de fiabilidade. Para que neste estudo de caso seja possível recolher informações fidedignas, recorreremos a diferentes técnicas, documentais e não documentais. Nas

técnicas documentais, utilizaremos os relatórios médicos a que tivemos acesso e a ficha de anamnese. No que se refere às técnicas não documentais, iremos recorrer a entrevistas, nomeadamente à terapeuta ocupacional, à mãe e à educadora que estão envolvidas com a criança, com o objetivo de possibilitar a triangulação dos dados conseguidos, através da observação naturalista, dado que esta se insere no contexto em que a criança se integra.

1.3 – Perfil do aluno

A criança estudada é uma criança do sexo masculino com 3 anos de idade, é o terceiro filho de uma família estruturada e com um nível socioeconómico médio/alto, vive com os seus pais e duas irmãs de 17 e 14 anos. A criança em estudo passará a ser designada como criança A. Desde os 23 meses que frequenta uma IPSS. No atual momento encontra-se com três anos e cinco meses, como é evidenciado no Anexo 1.

Ao longo do crescimento, os pais sempre acharam que o desenvolvimento do seu filho era normal, referem apenas que a nível da linguagem estava “atrasado”. A pediatra também não notava nada de invulgar.

Permaneceu com a sua avó materna desde os 6 meses, quando a sua mãe iniciou o seu trabalho laboral.

A sua adaptação à creche foi bastante satisfatória, no entanto, quando era entregue pela mãe chorava, atirava-se para o chão e gritava. Comportamentos que ainda hoje se mantém. Após vários esforços e tentativas para a criança se acalmar, nenhuma era bem sucedida, ficava sim ainda mais irritado.

Depois de várias semanas e de várias tentativas descobriu-se que a criança A preferia estar “sozinha” uns dois ou três minutos (enquanto a sala continuava nas suas tarefas), aí ele acalmava-se e ia para alguma área ou acolhimento e sempre com o objeto que trazia de casa na mão, este permanecia por várias horas ao longo do dia.

É muito observador, apresenta uma tranquilidade aparente e habitualmente permanece perto dos pares, apesar de não interagir com os mesmos. Havia porém muitas características compatíveis com uma Perturbação do Espectro do Autismo. Estando a criança já estava a frequentar a instituição há 4 meses, a educadora, sem alarmar os pais, sugeriu que o seu filho fosse visto por um médico especialista em otorrinolaringologista de modo a perceber se o facto de a criança não interagir e parecer alheio do seu redor

estaria relacionado com algum défice auditivo. Os resultados foram negativos, a criança não tinha quaisquer danos ao nível da audição, pelo contrário “ouvia bem demais” referiu o médico (Anexo 2). Posteriormente através de registos de observação e registos de incidentes críticos (Anexo 3, 26) verificou-se que as suas atitudes e maneira de estar em grupo não apresentavam as mesmas características dos pares da mesma faixa etária e foi sugerido à mãe que o seu filho fosse visto por uma médica especialista em neurodesenvolvimento (Anexo 4), acrescentando ainda a este relatório que a criança A quando estava no “muda fraldas” o adulto observava-o a “ler” todos os números do calendário que aí se encontrava pendurado na parede, ainda que quase impercetível a sua linguagem, dava para perceber quais os números que soletrava. Por sua vez a mãe consultou a pediatra do seu filho e na semana seguinte, foi visto no hospital de S. João pela especialidade em Perturbação do Espectro de Autismo (Anexo 5).

A criança A iniciou então uma intervenção terapêutica, semanalmente, em terapia da fala (Anexo 6). Três meses depois começou um programa de terapia ocupacional (Anexo 7) e foi então solicitada pela mãe uma avaliação para um possível programa de intervenção precoce com apoio individualizado a iniciar no ano letivo que se aproximava.

Alguns meses mais tarde e depois de se reunir toda a informação relativamente ao desenvolvimento e comportamento da criança A, foram notórios alguns progressos muito positivos, quer na interação com os outros quer no seu próprio comportamento, tendo até já “escolhido o seu amigo preferido” acrescentou a mãe. A sua evolução foi muito significativa, sobretudo no desenvolvimento da linguagem, no entanto os resultados continuam a apresentar valores compatíveis com uma Perturbação do Espectro do Autismo, mas com um carácter mais ligeiro. A criança A mostra-se mais aberta às atividades e intervenção do adulto e com maior intencionalidade comunicativa. No entanto, as suas dificuldades continuam a necessitar de uma intervenção sistemática e multidisciplinar. As suas áreas fracas situam-se ao nível da linguagem, e área pessoal, quando à área emergente evidencia-se a área social e raciocínio prático. (Anexo 9). Em todas as áreas do seu desenvolvimento é imprescindível um trabalho de equipa que envolva os profissionais que promovem o desenvolvimento da criança A. É essencial envolver a família neste processo para que recebam orientações de interação com a criança A.

A comunicação continua como uma das áreas com maior importância, sendo necessário estruturar um plano multidisciplinar envolvendo o contexto familiar e educativo,

terapeuta da fala, ensino especial e infantil, no sentido de conjugar esforços e adaptar estratégias coerentes e comuns a todos.

No Jardim de Infância a educadora do ensino especial elaborou um Plano individual de intervenção precoce (PIIP), onde revela que a criança A, aparentemente não apresenta grandes dificuldades (Anexo 10), bem como o da atual educadora do ensino regular (Anexo 11).

Ao longo dos meses a criança A tem evoluído gradualmente conquistando vocabulário novo de dia para dia, apesar de se observar um atraso do desenvolvimento da linguagem e da comunicação. Nas terapias, como já se sente à vontade com o meio e como se encontra numa faixa etária que assim se propicia, já recorre a birras para conseguir atingir os seus objetivos. A nível da motricidade continua a necessitar de adquirir mais equilíbrio e na área da comunicação reconhecemos a necessidade de haver um maior envolvimento. (Anexo 12).

Apresentaremos agora outras informações com relevância da criança A:

- janeiro 2016, aos 39 meses, a mãe refere que a criança já forma palavras com algumas letras (ex; Panda, nomes dos canais de televisão, nomes da própria criança, de alguns colegas, entre outros);

- “Leu” Rodrigo e Gonçalo numa lista de nomes;

- Pede para os pais escreverem as letras do alfabeto e os números;

- Ordena as letras do alfabeto de A a Z e de Z a A;

- A 30 de janeiro de 2016, desenhou pela primeira vez em casa a figura humana e escreveu o nome, apenas pediu ajuda para a letra G;

- Em março de 2016, realizou pela primeira vez um jogo de imitação “olha Bea sou um gato, miau”.

Com 41 meses, deu pela primeira vez um beijo à sua mãe - até à data só dava o rosto.

- Sempre que faz um desenho completa-o com letras e números;

- Em abril, aos 42 meses, brincou com um amigo, ambos tornaram-se inseparáveis;

- Início do mês de maio, 42 meses, primeira tentativa para controlo esfinteriano, sem sucesso, fez retenção e teve que ir à urgência com muitas dores.

- Em maio, 43 meses, já brinca com outros amigos, mesmo que não conhecesse.

Paralelamente à Perturbação do Especto do Autismo foi diagnosticado, através do fenótipo que a criança A, uma comorbilidade, um síndrome raro com o nome de Cat Eye (Anexo 8).

Após uma pesquisa sobre a síndrome e o conhecimento que temos da criança A desde tenra idade, não se observam as principais características. Não contrariando o fenótipo, na nossa opinião, a síndrome que a criança apresenta é identificada por cariótipo, deve ser muito ligeira.

1.4 - Escala de desenvolvimento Mental da criança

A escala utilizada para avaliação foi sugerida pela psicóloga clínica no hospital de S. João onde a criança A está a ser seguida, e foi a escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths.

Esta escala permite diagnosticar perturbações do desenvolvimento ao longo do primeiro ano de vida.

Ruth Griffiths teve como objetivo inicial criar uma escala que avaliasse as sequências do desenvolvimento significantes da evolução cognitiva, ou seja, indicativas do crescimento mental. Griffiths defendia que em situações de risco de alterações do desenvolvimento, era essencial fazer um diagnóstico do estado mental da criança o mais cedo possível para que se conseguisse intervir e compensar os défices precocemente, precavendo assim, o agravamento dos riscos. Foram desenvolvidas primeiramente em Inglaterra para a população Inglesa, e posteriormente as Escalas de Ruth Griffiths foram estudadas e adaptadas em vários países onde se têm revelado de grande interesse e de utilidade clínica na avaliação, no diagnóstico e no aconselhamento educacional. A avaliação do desenvolvimento mental da criança através das várias áreas do desenvolvimento pede uma amostra da população portuguesa o que permitirá, comparando com os resultados da standardização britânica, aferir adequadamente das tabelas originais na avaliação clínica de crianças portuguesas.

Define-se assim por sub escalas ou áreas específicas na escala para 2-8 anos

A-Locomoção

B-Pessoal/Social

C-Audição/Linguagem

D-Coordenação Olho/Mão

E-Realização

F-Raciocínio Prático

Com a ampliação das escalas para a faixa etária dos 2-8 anos, passou a ser possível acompanhar o desenvolvimento da criança desde a primeira infância, até aos primeiros anos da vida escolar.

1.5 - Observação direta / Participante e Entrevistas Semi Estruturadas

Escolhemos a observação direta como método de recolha de informação neste projeto, com o objetivo de observar as relações e as interações da criança com os seus pares. Os dados de que o estudo se auxiliou partiram da observação direta do aluno com PEA em interação com os seus pares, educador e terapeuta.

Para Quivy e Campenhoudt (2003, p. 164)

(...) a observação engloba o conjunto de operações através das quais o modelo de análise (constituído por hipóteses e por conceitos) é submetido ao teste dos factos e confrontado com dados observáveis. Ao longo desta fase são reunidas numerosas informações. (...) A observação é, portanto, uma etapa intermédia entre a construção dos conceitos e das hipóteses, por um lado, e o exame dos dados utilizados para as testar, por outro.

Isto é, quem investiga consegue captar as suas capacidades sensoriais, de perceber e processar cognitivamente e que se mostrem pertinentes para o estudo em curso. Os dados que a investigação requeria, foram conseguidos através da observação direta da criança com PEA como também do envolvimento e da participação da sua família. A observação desta interação e envolvimento foi estruturada em torno de temáticas relacionadas com a interação entre pares e as suas aprendizagens como promotor da socialização e inclusão. A metodologia da entrevista caracteriza-se por um contacto direto entre quem investiga e os seus interlocutores. Ao contrário do que se verifica através do inquérito ou questionário.

Ao falar, o sujeito torna-se presente, deixa o seu testemunho, estabelecendo assim uma troca de informação, durante a qual o interlocutor do investigador comunica as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, procurando que esses fossem objetivamente relacionados com as interações sociais e incapacidade na comunicação envolvendo a criança com PEA. Conversar sobre o que se sentiu/sente e pensa aproxima, permite criar uma harmonia, confere um rosto à teoria. Apesar de se ter um conjunto estruturado de perguntas, procurou-se dar espaço ao entrevistado para se expressar livremente, dando assim, à entrevista um registo de conversa. Neste sentido, ter a

percepção do modo como os vários interlocutores vivenciaram as incapacidades da comunicação, na interação entre pares com a criança A, possibilita ao investigador relativizar a própria experiência, procurando, dessa forma, o seu conhecimento sobre o impacto que o Jardim de Infância tem na sua promoção e relação entre os seus pares.

A entrevista adquire muita importância no estudo de caso, pois é através dela que o investigador compreende a forma como os indivíduos interpretam as suas vivências já que ela

(...) é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo (Bogdan e Biklen, 1994, p.134).

Os diversos tipos de entrevistas que existem têm sido classificados de diferentes formas.

Fontana e Frey (1994), demonstram a existência de três grandes tipos de entrevistas: estruturada, semiestruturada, e não estruturada. Consideram assim, as entrevistas sendo ideal quando existem vários entrevistadores pois as questões são colocadas previamente descritas, as palavras que são utilizadas são pensadas e escolhidas também previamente, as eventuais categorias de respostas estão definidas e é reduzida a avaliação das respostas durante as entrevistas.

Bogdan & Biklen (1994), afirmam que na investigação qualitativa, as entrevistas podem ser usadas de duas formas. Por um lado podem constituir a estratégia principal para a recolha de dados, por outro, podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas, como é o nosso caso. Qualquer se sejam as situações, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos, possibilitando ao investigador fortalecer intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo.

As entrevistas não têm o dever de verificar hipóteses nem recolher ou analisar dados próprios, permitir a reflexão, aumentar e determinar os horizontes de leitura, ter consciência das dimensões e dos aspetos de um dado problema, que nunca teríamos pensado espontaneamente. Quivy & Campenhoudt,(2003).

Assim sendo, a entrevista pareceu-nos que seria o instrumento mais apropriado para a nossa pesquisa deste estudo de caso. Organizámos um guião da entrevista (Anexo 13), que serviria como um alicerce no qual desenvolveríamos e pré determinaríamos as nossas questões, em conformidade com os objetivos deste estudo, sustentadas pela literatura revista. No nosso estudo procurámos aplicar um estilo de entrevista semi

estruturada. Esta configuração obedece a um plano semi estruturado, composto por uma série de questões previamente selecionadas e integradas num guião, onde se torna essencial, minimizar a variação entre as questões colocadas aos entrevistados e possibilitar maior uniformidade no tipo de informação recolhida. Segundo Fontana & Frey (1994), este tipo de entrevista é ideal quando há vários entrevistadores dado que as questões são colocadas tal como foram anteriormente escritas, as palavras empregadas são escolhidas e pensadas previamente, as praticáveis categorias de respostas estão antecipadamente definidas e a avaliação das respostas durante as entrevistas é reduzida. Estes autores, salientam também, que são vantagens deste tipo de entrevista: ajudar a análise posterior, restringir o efeito do entrevistador e as distorções de opinião, possibilitar a verificação e confirmação da instrução, auxiliar a organização e análise de dados e tornar mais fácil uma réplica do estudo. Os mesmos autores, referem também algumas desvantagens e mencionam: a redução da flexibilidade e da espontaneidade, a quase anulação da possibilidade de aprofundar questões que não foram previstas pelo entrevistador, o facto de não serem tomados em consideração as circunstâncias e os elementos pessoais do entrevistado, podem levar a algum constrangimento e limitações nas pessoas entrevistadas.

1.6 - Procedimentos Experimentais

Este trabalho pretende evidenciar um dos aspetos da investigação sobre o envolvimento, a relação que poderá existir entre as particulares da criança e a qualidade do seu envolvimento no ambiente escolar (com os seus pares) no local onde está inserida. Assim sendo, contactaram-se os pais, o Jardim de Infância e a terapeuta ocupacional com o intuito de solicitar autorização, para recolher dados referentes ao processo da criança e respetivo PIIP, entrevista à educadora, mãe da criança, terapeuta educacional e no caso dos pais para o preenchimento da Ficha de Caracterização da Criança (anamnese). A Ficha de Observação e a Escala de Envolvimento da Criança, é constituída por níveis de envolvimento que se contextualizam em áreas de conteúdo ou domínios como são escritas pelas Orientações Curriculares da Educação Pré-Escolar (OCEPE), em consonância com Bertran & Pascal, (2009) se designam por Experiências de Aprendizagem. Estas Experiências de Aprendizagem constituem os Domínios de Formação Pessoal e Social; as Áreas da Expressão e Comunicação, aqui são incluídas a

Expressão Motora, Expressão Dramática, Expressão Plástica, Expressão Musical, Linguagem oral e Abordagem à Escrita, Matemática e Conhecimento do Mundo. Estas atividades foram realizadas em dois dias, com sensivelmente um mês de intervalo, com a duração de dez minutos, a atividade 1 e a atividade 2 em dois momentos um primeiro momento de 15 minutos o segundo de 5 minutos.

As grelhas de observação, foram elaboradas com base na caracterização da criança (idade, sexo e estabelecimento de ensino). Posteriormente, procedeu-se à contextualização da observação, isto é, as dimensões que serão objeto de análise, também incluímos a descrição dos contextos e os objetivos da observação. As grelhas de observação (Anexo 3) foram legendadas com uma escala sendo (AD) adquirido, (NA) não adquirido e (E) emergente.

1.7 - Análise de conteúdos

A análise de conteúdo dos discursos resultantes das entrevistas será a técnica de tratamento de informação que iremos utilizar.

Bardin (2004 p.37), designa análise de conteúdo como,

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) desta mensagem.

Seguidamente, apresentar-se-ão os principais resultados da análise de conteúdo efetuada às entrevistas e a interpretação desses mesmos resultados. Desta forma, consideraram-se três temas classificativos: “Desenvolvimento da Intervenção efetuada com a criança A”; “Estágio de Desenvolvimento da Aprendizagem da criança A após a intervenção”; e por fim, “Estágio dos Processos Fisiológicos da criança A após a intervenção”.

Para cada um dos temas, a informação obtida foi organizada segundo categorias, subcategorias, sub-subcategorias (quando aplicáveis) e indicadores.

Assim, e em relação ao primeiro tema, “Desenvolvimento da Intervenção efetuada com a criança A”, emergiram três categorias, sendo estas as seguintes: “Identificação de Défices”; “Métodos e Estratégias de Intervenção” e ainda “Resultados Obtidos”. Nesta temática, foi classificada a informação que apontava para o reconhecimento de determinados défices da criança consonantes com a suspeita de diagnóstico de PEA,

bem como os procedimentos que foram levados a cabo para minimizar esses mesmos défices. Por fim, foram analisados os resultados decorrentes da intervenção realizada.

Desta forma e no que concerne à primeira categoria identificada neste tema, denominada por “Identificação de Défices”, há que ressaltar que foram delineadas duas subcategorias, “Interação Social e Comunicação” e “Padrões de Comportamento”, tendo-se assinalado também uma sub-subcategoria nesta última, que se designou por “Comportamentos restritos e repetitivos”.

As irregularidades patentes no processo de interação social e de comunicação da criança A foram apontadas pelos três entrevistados, conforme se pode verificar pelos exemplos seguintes:

“Foi quando foi para a creche, durante esse ano letivo, em simultâneo com a educadora, fui-me apercebendo das diferenças com outras crianças (Mãe da criança A – MA)”.

“A criança apresentava nessa altura como diagnóstico diferencial uma marcada perturbação da comunicação e um atraso no desenvolvimento da linguagem (...), apresentava dificuldades comunicativas marcadas, nomeadamente no que diz respeito ao estabelecimento do contacto ocular, noção de turnos comunicativos, o cumprimento de regras de sala e pela aceitação do “não”. Para além disso, a criança apresentava dificuldades no cumprimento de instruções simples direcionadas ao corpo e apoiadas no contexto, bem como na utilização de competências pragmáticas (Terapeuta Ocupacional – TO)”.

“(...) inicialmente juntava-se nas áreas com os colegas... eu ficava a observar as suas brincadeiras e ele tinha sempre um sorriso nos lábios, mas ele não comunicava com os amigos (Educadora de Infância – EI)”.

Face ao exposto, depreende-se que a criança A ostentava marcadas anomalias no contacto e comunicação com os seus pares, destacando-se a dificuldade em ajustar o seu comportamento de forma a adequar-se ao contexto social envolvente, neste caso, na instituição em que está inserido. A compreensão e o cumprimento de regras de sala e instruções simples constituíam desta forma, um enorme problema para a criança A, que também apresentava, de acordo com o citado, acentuados défices nos comportamentos comunicativos, sobretudo na criação de contacto ocular e na compreensão de turnos comunicativos, sublinhando-se também neste contexto e de acordo com a TO, uma enorme dificuldade na aplicação de competências pragmáticas e um atraso no desenvolvimento da linguagem.

Na subcategoria “Padrões de Comportamento”, foi assinalada, como já foi indicado, uma sub-subcategoria denominada por “Comportamentos restritos e repetitivos”, na qual foram classificados dados relativamente à constatação de comportamentos limitados e contínuos da criança A, como se pode verificar nos excertos seguintes:

“(…) gosta muito de correr de um lado para o outro, mas sempre com o seu amigo por perto, e se possível de mãos dadas (EI)”.

“(…) gosta de colocar os brinquedos em fila... temos brinquedos que reciclamos e ele procura os que são iguais e coloca-os todos direitinhos, muito bem organizadinhos... assim alinhados... gosta de ordenar coisas, por exemplo, os legos ele gosta de montar e depois desmonta e monta outra vez igual... faz isto muitas vezes (EI)”.

“(…) ele costuma andar com um urso de pelúcia, um rato Mickey, ele anda sempre com ele, até vai almoçar com ele (EI)”.

Assim, conclui-se que a criança A demonstrava movimentos motores incessantes, como correr de um lado para o outro e alinhar brinquedos, usava repetitivamente um objeto, neste caso, um boneco do rato Mickey e insistia sempre no mesmo ato, que como já foi observado, consistia em correr de um lado para o outro e sempre com o amigo que selecionou como sendo o seu favorito.

Para além disso, destacaram-se também outros padrões de comportamento congruentes com este contexto, como por exemplo, a adesão inflexível da criança a rotinas, nomeadamente no início da intervenção, que como referiu a TO, se revelava nas suas manifestações de desagrado e tentativas de manipulação do contexto em que estava inserido:

“(…) começou a manipular o contexto, fazia birras e não estava a colaborar (...) revela baixa capacidade de resistência à frustração e recorre por vezes a birras (TO)”.

Padrões ritualizados de comportamento não verbal (como sorrir constantemente) e hiper-reactividade a determinados estímulos sensoriais (como ouvir sons fortes e sujar as mãos) são outras condutas demonstradas pela criança A que se encaixam neste perfil de comportamentos restritos e repetitivos, como ressaltou a EI:

“(…) sorria quando eles por ventura faziam alguma pergunta (EI)”.

“(…) ele fica perturbado quando há muito barulho (...), lançaram foguetes porque neste fim de semana havia festa (...), tapou os ouvidos e ficou muito inquieto (...), no refeitório, nós entramos primeiro para almoçar e quando vêm mais tarde, cerca de 15 minutos, os mais velhos, ele começa logo a tapar os ouvidos (EI)”.

“(não gosta de) sujar as mãos, digitintas, pinturas com dedos e mãos, mas acho que já está melhor... bem, mas no início do ano ele ficava tão aflito quando sujava as mãos (EI)”.

Por fim, foram ainda apontadas, tanto pela EI como pela MA, dificuldades da criança A face a transições e mudanças, e deram como exemplo a sua relutância em introduzir alimentos diferentes na sua dieta, sendo que prefere e insiste, em manter sempre a mesma alimentação no seu quotidiano:

“(...) não gosta de experimentar alimentos novos (...) gosta muito de massa (EI)”.

“(...) sopa, tem de ser passada, fiz algumas tentativas para ele comer sem passar e não consegui (MA)”.

Desta forma, e face ao exposto, pode concluir-se que se verificaram na criança A critérios concordantes com a suspeita de diagnóstico de PEA, e que consistem em défices no seu processo interativo e comunicativo e manifestação de comportamentos restritos e repetitivos.

De seguida, analisar-se-á a segunda categoria relativa à primeira temática e que foi designada por “Métodos e Estratégias de Intervenção”. Nesta categoria, foram identificados os procedimentos adotados pelos entrevistados por forma a otimizar a sua intervenção com a criança A e com o objetivo de minimizar os défices identificados inicialmente.

Assim, como já referido anteriormente e de acordo com a atuação delineada para a criança A, foram efetuadas sessões de terapia da fala, tendo em vista a minimização dos seus défices na comunicação e linguagem, bem como um programa de terapia ocupacional, por forma a combater as suas dificuldades de interação social. Neste contexto, a TO indicou as suas estratégias para auxiliar a criança a ultrapassar estes obstáculos, como por exemplo a promoção de atividades que privilegiem a comunicação e interação entre pares em contextos diversificados e com termos linguísticos adequados à sua faixa etária:

“Tenho a preocupação em promover a comunicação/interação com o outro através de experiências lúdicas e agradáveis, para que a criança se sinta motivada a comunicar com vários interlocutores e em vários contextos. Para além disso, é importante que a criança aprenda a utilizar a fala como funcionalidade comunicativa e de acordo com os padrões linguísticos adequados à sua faixa etária (TO)”.

Para além disso, a TO afirmou que tenta sempre que é exequível promover estas atividades com a criança A conjuntamente com outras crianças, para que este tenha mais oportunidade de interagir com os seus pares:

“(…) uma vez que as sessões são individualizadas, a criança não tem muita oportunidade de interagir com pares, neste contexto onde nos encontramos (...), sempre que é possível, procuro momentos de curta duração de interação com outras crianças que se encontram a realizar intervenção com outras terapeutas (TO)”.

Por outro lado, a TO ressaltou a estratégia adotada perante um problema que surgiu no início da intervenção, e que consistiu numa tentativa de manipulação do contexto por parte da criança A:

“(…) a mãe inicialmente assistia às sessões (...), nesta fase o A começou a modificar o seu comportamento, apoiando-se na mãe para manipular o contexto em seu favor (...), mas pedimos para deixar de assistir, pois notei que a criança A tinha estagnado no seu desenvolvimento (...), por esse motivo e por o seu comportamento estar a influenciar a sua progressão terapêutica (...), a mãe concordou e rapidamente a criança A percebeu que não podia dominar o contexto (...), começou a entrar sozinha, de modo a que as terapeutas pudessem controlar mais o contexto e o seu comportamento (TO)”.

Segundo esta entrevistada, as técnicas e métodos a utilizar numa atuação com crianças com PEA dependem de vários fatores, tais como as especificidades da criança, o seu diagnóstico e os resultados que vai obtendo ao longo da intervenção, ou seja, esta não pode ser efetuada de acordo com um modelo rígido e estandardizado, mas sim adequada às características individuais de cada uma, entre elas, défices e pontos fortes ou o ritmo de aprendizagem:

“(…) é fundamental que a criança tenha uma equipa que trabalhe com ela, que conheça as suas áreas fortes e fracas e que a saiba motivar para a comunicação e para a aprendizagem (...), e as técnicas a aplicar vão depender da criança em questão, do seu prognóstico e das conquistas que for alcançando ao longo da intervenção terapêutica (...), não existe propriamente um protocolo a seguir na intervenção (...), porque cada criança tem o seu tempo e o seu ritmo de aprendizagem e nós só temos de saber respeitá-lo, todas as crianças com Autismo são diferentes (TO)”.

Por fim, a TO mencionou que a atuação deve ser desenvolvida por equipa multidisciplinar, que respeite as particularidades de cada criança e em estreita cooperação e colaboração entre todos os intervenientes no processo, desde os diversos profissionais

envolvidos aos membros da família, e salientou ainda a importância dos profissionais de educação no reconhecimento e sinalização de casos concordantes com suspeita de PEA:

“(…) considero que é necessário que exista uma equipa de intervenção multidisciplinar que conheça a criança, que saiba como ela lida com as diferentes situações e em diferentes contextos, que utilizem as mesmas estratégias e que promovam as mesmas competências no mesmo momento. A colaboração do professor/educador no processo terapêutico é muito importante para o prognóstico de várias perturbações, nomeadamente a PEA, cada vez mais as crianças passam mais tempo nas escolas, por isso é muito importante que as estratégias que são passadas aos pais sejam também aplicadas em contexto escolar, assim, é fundamental que exista uma boa colaboração entre todos os profissionais, para que estes se possam articular de modo a conseguirem, juntos, otimizar o desenvolvimento da criança (TO)”.

Quem também indicou como fundamental o envolvimento da família em todo o processo de intervenção foi a EI, visto que considera que os membros da família são sempre o maior apoio que as crianças possuem. Mencionou ainda como a progenitora da criança A tem sido sempre muito motivada e participante ao longo de toda a atuação, facto que se repercute na evolução positiva da criança:

“Tem um bom relacionamento e participa sempre que é solicitada, são muito interessados e então a mãe é fantástica... sempre muito presente (...) a mãe é muito preocupada e tratou logo em coloca-lo em tudo e mais alguma coisa (...), a prontidão da mãe também ajudou a que o seu filho evoluísse (...), acho que a família tem um papel fundamental, são elas o maior suporte da criança (EI)”.

Por fim, esta técnica assinalou ainda a relevância da formação dos profissionais que atuam com estas crianças sobre a problemática em questão, a PEA, visto que conhecendo melhor a doença e as suas características específicas, saberão como atuar da forma mais adequada, contribuindo assim para a otimização do seu desempenho:

“(…) estas crianças são muito especiais, bem compreendidas e orientadas podem ter muito sucesso e serem muito felizes... nós temos de fazer o nosso melhor e é necessário que estejamos familiarizadas com o problema para que possamos junto da criança fazer o melhor. Eu, por exemplo, ando sempre na net a ler coisas de autismo e Asperger... tenho aprendido imensas coisas que não fazia ideia (EI)”.

É de salientar ainda a opinião da MA neste contexto, que assinalou que tenta sempre, apesar das adversidades com que se depara no quotidiano, como a falta de

tempo, estimular o seu filho de acordo com as instruções fornecidas pelos profissionais que o acompanham, por forma a minimizar os défices manifestados pelo mesmo:

“(...) tento, claro que vou tentando, mas no dia a dia não há tempo (...), não tenho programa extra terapias, mas claro que me vão dando umas dicas (MA)”.

Resta analisar a última categoria identificada, “Resultados Obtidos”, e que diz respeito à evolução do processo de intervenção efetuado com a criança A após uns meses. Desta forma, destaca-se a opinião da TO, que referiu que a intervenção se tem desenvolvido de forma bastante positiva para a criança A e que esta alcançou progressos, nomeadamente na colaboração e realização de tarefas e no tempo que permanece a executá-las, que aumentou. Salientou também um notório avanço no seu processo de autonomia:

“No início da intervenção ele vinha muito motivado para a terapia e teve uma evolução notável durante vários meses de intervenção. Agora, porta-se muito bem nas sessões, colabora e realiza as atividades propostas, apresenta progressos na autonomia (...), no tempo de permanência em atividades (TO)”.

Ainda no que concerne a este contexto, há que ressaltar a informação obtida junto da EI, que afirmou ter verificado melhorias na hiper-reatividade demonstrada pela criança face à sensação táctil de sujar as mãos com tinta, contudo, salientou também, a criança evita esta atividade sempre que pode:

“(...) agora não, gosta, já não reage tão mal... apenas foge da atividade e finge que não é nada com ele... faz de conta (EI).

Destacaram-se ainda os progressos alcançados pela criança no que diz respeito ao seu processo de interação e comunicação social, que evoluiu favoravelmente na interação com adultos, conforme referiram a TO e a MA:

“(...) a criança A está mais comunicativa com o outro, isto é, com o adulto. A reação da criança A é tendencialmente a isolar-se e revela maior dificuldade na interação com crianças do que com adultos, mesmo assim penso que tem tido progressos (...), apresentou evoluções muito significativas, ela apresenta-se agora muito mais comunicativa e interativa com o outro (...), considero que a criança tem vindo a apresentar cada vez mais competências de interação e adaptação ao outro e ao contexto (TO)”.

“Com crianças no infantário não sei, a educadora diz que ele agora brinca ao faz de conta, com adultos (MA)”.

No que concerne à interação com crianças da mesma idade, e indo ao encontro da opinião citada acima pela TO, há que indicar que os resultados não se revelaram tão satisfatórios, apesar da criança A ter estabelecido relações sociais mais profundas com outra criança e de o ter selecionado como o amigo preferido, continuando assim a demonstrar alguma relutância em relacionar-se com as restantes crianças do grupo, que, de acordo com o constatado pela EI, tentam sempre interagir com a criança A e inclui-la nas suas brincadeiras:

“(...) no final do 2º período é que comecei a reparar que quando os amigos lhe falavam, por vezes ele sorria e respondia (...), depois no 3º período selecionou um amigo (...), é um amigo muito especial para ele (...), tornaram-se inseparáveis, sempre de mãos dadas, sentam-se sempre um ao lado do outro e brincam sempre os dois. Com o restante grupo interage, mas interage muito pouco (...), neste momento ele já conversa com os amigos... não de uma forma muito expressiva... não com grandes diálogos, mas conversa com eles... e apesar de não conversar muito com eles, nota-se que o grupo gosta muito dele (...), nenhuma criança se afasta do menino intencionalmente, nas brincadeiras os amigos acabam por brincar com ele e noto que gostam dele e até o chamam (...), ele é mais observador, não participa muito nas brincadeiras dos amigos (EI)”.

Por outro prisma, salientaram-se melhorias no processo de comunicação da criança A, tendo-se destacado uma maior consistência do vocabulário, um maior número de elementos por frase e a elaboração de um discurso mais aceitável para a sua idade, tendo-se também verificado progressos no estabelecimento de contacto ocular com os seus interlocutores:

“Atualmente a criança está com um vocabulário cada vez mais consistente, maior número de elementos por frase e um discurso mais aproximado ao que é desejável para a sua faixa etária. Para além disso, já consegue estabelecer contacto ocular com o interlocutor (TO)”.

Para além disto, há que destacar também que permaneceram ao longo de toda a intervenção, as tentativas de manipulação do contexto por parte da criança e as suas manifestações de desagrado face a contrariedades, embora com menos frequência, sendo que todos os entrevistados foram unânimes ao afirmarem que se registaram progressos relativamente a esta situação:

“(...) durante a realização das atividades, a criança tenta controlar o ambiente para satisfazer as suas vontades (...), e como também já referi anteriormente, para satisfazer

as suas necessidades emocionais e instrumentais no momento. É preciso ter em conta que estes comportamentos são considerados normativos para a idade em que se encontra (TO)”.

“(...) quando ele chegava à creche, fazia as mesmas birras que agora faz (...), mas é só por uns instantes... depois modifica completamente a birra em que está e depois vai brincar... não é nada de grave (EI)”.

“As birras temos conseguido conviver com elas, acho que não são muito graves, até o acho calminho e bem-disposto (MA)”.

Por fim, há que destacar que, apesar da evolução favorável da condição da criança após o tempo de intervenção efetuado, os défices iniciais detetados ainda se mantêm, embora em menor grau, tornando-se desta forma imprescindível a prossecução da intervenção para que a criança alcance o patamar de desenvolvimento esperado de acordo com a sua faixa etária e condição:

“(...) apesar de os progressos da criança A serem notáveis para o tempo de intervenção e dele se apresentar uma criança cada vez mais funcional nos vários contextos, ainda existem algumas dificuldades a serem ultrapassadas para que a criança apresente um desenvolvimento mais aproximado da norma (TO)”.

Finalizada a análise ao primeiro tema, proceder-se-á de imediato à análise do segundo tema, intitulado “Estágio de Desenvolvimento da Aprendizagem da criança A após a intervenção”. Neste contexto, foram apurados e classificados dados relativos à evolução da criança A no que concerne à sua aprendizagem e após a intervenção definida para ela, a saber, em três áreas: cognitiva, motora e sensorial. Assim, a primeira e única categoria designada nesta temática intitulou-se de “Aprendizagem” e foi subdividida em três subcategorias: “Cognitiva”, “Motora” e “Sensorial”.

Principiando pela primeira subcategoria, “Cognitiva”, há que ressaltar que a informação nela categorizada diz respeito ao processo de aquisição de conhecimento da criança A, e destacaram-se os progressos desta nos processos de memorização, compreensão verbal oral, desenvolvimento de linguagem escrita e nas competências de jogo simbólico (neste caso, o jogo do faz de conta) e atenção conjunta, conforme se pode constatar pelas seguintes declarações:

“(...) apresenta emergentes as competências de jogo simbólico e atenção conjunta (...), memória (...), compreensão verbal oral (TO)”.

“A linguagem... eu penso que evoluiu bastante nestes meses, as terapias também contribuíram para isso (...), já sabe identificar o nome dos amigos desde, sei lá, o

segundo período (...), ele já consegue mesmo assim escrever palavras inteiras, e ele tem uma ótima memória fotográfica (EI)”.

“Ele iniciou a terapia da fala em junho de 2015, passado um mês ou dois ele começou a construir frases... lembro-me que estávamos de férias e ele já conseguia dizer algumas palavras na mesma frase (...), e brincou ao faz de conta pela primeira vez em Janeiro deste ano, tinha 39 meses, ele estava em casa, na sala, e de repente virou-se para a irmã e disse, «olha, sou um gato»... e andou de quatro a fingir que era um gato, depois desse dia também, já cozinhava e dava a comida às manas para comer (MA)”.

Desta forma, todos os entrevistados foram unânimes ao afirmarem que foi nesta área de aprendizagem que a criança A mais progressos alcançou, e estes resultados poderão fundamentar-se no facto de que esta criança tem preferência pelas atividades relacionadas com música, números e letras, que auxiliam na estimulação do desenvolvimento cognitivo:

“(...) ele gosta de histórias e de tudo que esteja relacionado com números e letras, música (...) e gosta muito de legos (EI)”.

No que diz respeito à segunda subcategoria identificada, “Motora”, há que referir que foram apurados os dados que indicaram a fase atual de desenvolvimento motor da criança A. De acordo com a EI, infelizmente ainda se mantêm alguns défices nesta área, nomeadamente na locomoção, porque ainda revela alguma atrapalhão, e no manuseamento de determinados objetos, como os lápis:

“Penso que ainda necessita de trabalhar mais a parte motora, a sua locomoção é um pouco desajeitada, até parece por vezes um bebé grande a correr e mesmo nos trabalhos tem dificuldade em manusear, em pegar com precisão os lápis (EI)”.

Por fim, e ao invés do que se registou na subcategoria anterior, na última subcategoria designada neste tema, “Sensorial”, foram apontados progressos à criança A, nomeadamente na área de perceção visual, de acordo com a TO:

“Neste momento, a criança A apresenta como áreas fortes a perceção visual (TO)”.

Por outro prisma e como já foi indicado anteriormente, a criança A possui uma excelente audição, no entanto a EI salientou que prefere sons mais agradáveis e suaves, tais como música, em detrimento de sons fortes, como também já tinha sido mencionado, reagindo híper-reactivamente perante estes últimos:

“(...) adora música e sons suaves (EI)”.

O último tema delineado nesta análise designou-se por “Estágio dos Processos Fisiológicos da criança A após a intervenção”, e diz respeito ao desenvolvimento dos

processos de alimentação, sono e controlo do esfíncter da criança A. Desta forma, a primeira e única categoria assinalada nesta temática designou-se por “Processos Fisiológicos” e decompôs-se, tal como no tema anterior, em três subcategorias: “Alimentação”, “Sono” e “Controlo do Esfíncter”.

Relativamente à primeira subcategoria, “Alimentação”, apurou-se que, apesar das rejeições exteriorizadas pela criança face à introdução de novos alimentos na sua dieta e a despeito da sua insistência em ingerir sempre os mesmos alimentos, o seu processo de alimentação tem decorrido da melhor forma, conforme indicaram a EI e a MA:

“(…) ultimamente até anda a comer muito bem... ando a estranhar (EI)”.

“(…) aceitou bem o arroz, massa, sopa, acho que foi normal (MA)”.

Na segunda subcategoria reconhecida, “Sono”, foram também apontadas pelas duas entrevistadas anteriores, notórias dificuldades da criança A para adormecer, tanto em casa como na instituição.

“(…) inicialmente custava-lhe muito adormecer, por vezes ficava uma hora agarrado ao Mickey, acordado... depois achei bem conversar com a mãe e decidimos que ele não iria dormir mais a sesta, a mãe tinha também em casa muita dificuldade em adormecê-lo à noite, quando por acaso ele dormia na escola, ela dizia que por vezes tinha dias que era meia noite e ainda estava acordado (EI)”.

“(…) ele tem muita dificuldade em adormecer... deixou de dormir no infantário porque lá também não dormia, e quando acabava por adormecer era por pouco tempo, mas depois à noite a família toda adormecia primeiro do que ele... então deixou de dormir no infantário, mas a festa continua... adormece muito tarde, é muito difícil (MA)”.

Em relação à última subcategoria assinalada, “Controlo do Esfíncter”, há a apontar mais uma vez as declarações destas duas inquiridas, nas quais ambas ressaltaram que a criança em questão detém o controlo dos esfíncteres, mas que se recusa a urinar e evacuar sem fralda:

“(…) houve uma tentativa e o resultado foi mau, teve de ir às urgências pois reteve o dia todo... mas pelo que já investiguei, não se deve pressionar... tem de ser com muita calma (EI)”.

“(…) penso que é o facto do meu filho ainda não ter largado as fraldas, ele controlar, controla bem, por exemplo, fomos à praia já por três vezes, ele fica sem fralda e não faz nada, só quando chegamos a casa é que pede a fralda e faz, quer seja o chichi, ou cocó. E quando lhe tiro ele nunca faz, espera sempre que ponha a fralda (MA)”.

III PARTE - INTERVENÇÃO

1 - Intervenção precoce na PEA

O National Research Council (Stansberry-Brunahan&Collet-Klingenberg, 2010) expõe seis recomendações para o sucesso dos programas de Intervenção Precoce (IP) em crianças com PEA:

- 1 – A intervenção precoce deve iniciar com a maior brevidade possível a partir do momento que existem suspeitas que a criança tem uma PEA;
- 2 – Na criança com PEA, a intervenção deve incluir o envolvimento ativo da mesma em todas as sessões, tendo sempre presente o nível desenvolvimental e a idade em que se encontra para que, através de atividades significativas, os profissionais consigam atingir os objetivos que foram planejados;
- 3– Toda a intervenção que foram delineados em conjunto com a família, deve estar focada nos objetivos individuais da criança;
- 4 – A intervenção deve incluir sempre a família, incluindo também o desenvolvimento das suas capacidades em lidar com a criança com PEA;
- 5– A intervenção deve envolver avaliações sistemáticas ao programa elaborado pelos profissionais e família para que o desenvolvimento da criança com PEA, seja regularmente avaliado e também para que o programa sempre que houver necessidade seja redefinido;
- 6– O desenvolvimento da criança com PEA deve ser potenciado, com preferência nos seus contextos sociais, tendo em conta as interações naturais que acontecem com as crianças com desenvolvimento típico, e as intervenções deve incluir oportunidades inclusivas.

Qualquer se seja o programa de Intervenção Precoce (IP) na PEA deverá sustentar-se na abordagem centrada na família, pois cada família tem as suas competências, estas surgem das capacidades, dos talentos, dos valores, das suas expectativas e das suas possibilidades, sendo portanto que a decisão final, cabe exclusivamente à família em tudo que diga respeito à criança. No processo de decisão, o papel do profissional deverá ser o de facilitador da participação ativa da família e promoção das suas decisões (Dunst, 2000). Neste ponto, as decisões tomadas pela família podem variar de oportunidade para oportunidade, dependendo da percepção que a família pode ter quer dos recursos, preocupações e prioridades quer das percepções daqueles que a rodeiam. O profissional tem a responsabilidade de facilitar a disponibilização de meios através das quais essas competências sejam reconhecidas e utilizadas (Dunst & Bruder, 2006).

Têm sido propostos nos programas IP, programas que procuram diminuir as futuras dificuldades nas crianças com PEA. As diretrizes das melhores práticas de IP afirmam que esta deve iniciar o mais cedo possível, sendo a altura ideal por volta dos dois e dos quatro anos, ou logo que se saiba o diagnóstico. Devem-se ainda utilizar programas individualizados e avaliações interdisciplinares, devem ser transversais a todos os contextos: casa, Jardim-de-infância, instituição/clínica (Paynter, Scott, Beamish, Duhig, & Heussler, 2012).

2 – Abordagens utilizadas na intervenção na PEA

Segundo Rogers & Vismara (2008), o impacto de vários programas de intervenção, em idades muito precoces com crianças com PEA tem sido o foco de grande investigação nos últimos anos.

A importância em clarificar as distintas abordagens de intervenção para a PEA, tem vindo a ser estudada de modo a permitir uma opção, quer por parte dos profissionais quer pelas famílias, na escolha de um programa de intervenção (Center, 2011).

As diferentes abordagens de intervenção podem-se organizar em: *abordagens desenvolvimentais*, em *abordagens comportamentais* e por último em *abordagens com base em terapias* e *abordagens combinadas* (Magyar, (2011).

No que se refere às *abordagens desenvolvimentais*, o foco é a construção, de relações positivas e significativas por parte da criança com os outros e o seu desenvolvimento bem como, o desenvolvimento de competências sociais. São anotados os desvios ao desenvolvimento considerado típico e a criança é percecionada a partir das competências que ocorrem ao longo do tempo. Nesta intervenção, dá-se especial destaque à interação entre o ambiente que envolve a criança e as competências da mesma. Estas abordagens têm o objetivo de promover a atenção, contribuindo assim para a organização do pensamento lógico e na sua interação com os outros (Roberts & Prior, 2006).

Temos como exemplo de abordagens desenvolvimentais o programa DIR/Floortime, o programa Developmental Social Pragmatic Model (DSP) e o Programa Relationship Developmental Intervention (RDI).

As intervenções apoiadas nas abordagens desenvolvimentais, são delineadas para que os pais, e até mesmo pessoas próximas à criança, promovam diariamente um conjunto de

práticas. Alguns investigadores têm dado relevo à importância das intervenções naturalistas, metodologias de intervenção que são mediadas pelos pais, tendo melhores resultados nas crianças com PEA. Schertz & Odom (2007), na intervenção naturalista que implementaram, verificaram que duas das três crianças com PEA revelaram grandes melhorias nas capacidades de atenção conjunta. Também Moes & Frea (2002), quando foi implementado um sistema de comunicação funcional no contexto casa, verificaram nas crianças com três anos de idade um aumento das capacidades comunicativas e uma diminuição dos problemas comportamentais.

Nas *abordagens comportamentais* é feita uma análise do comportamento excessivo, alterado ou inapropriado, estando relacionadas com métodos que interligam o comportamento e contingências ambientais. O comportamento alvo é identificado e, posteriormente, é realizada uma intervenção, seguidamente, uma avaliação para verificar a adequação da intervenção.

Podemos encontrar alguns exemplos desta abordagem nos seguintes programas: Early Intensive Behavioural Interventions (EIBI/ IBI); Applied Behaviour Analysis (ABA) e o Contemporary ABA.

O conceituado Nacional Professional Development Center on Autismo Spectrum Disorders anota que em idades muito precoces, é possível aumentar os comportamentos apropriados em crianças com PEA, através da Intervenção Comportamental seguindo uma orientação teórica fundamentada na análise do comportamento (Applied Behavior Analysis) e permitindo o comportamento esperado através do reforço e análise de tarefas (Boyd et al., 2010).

Acredita-se que nas crianças com idades mais avançadas uma intervenção baseada nestas práticas comportamentais poderá ser benéfica, apesar de não haver estudos publicados que confirmem a sua eficácia (Boyd et al., 2010; Butter, Wynn, & Mulick, 2003).

Nas *abordagens com base nas terapias*, o foco da intervenção é o desenvolvimento da comunicação social ou sensorial e são um complemento de outras intervenções.

Estão também direcionadas para a comunicação como por exemplo, o programa Picture Exchange Communication System (PECS); os programas Visual Supports/ Alternative and Augmentative Communication (AAC), o Functional Communication Training (FCT) e o programa Facilitated communication (FC). Encontramos também uma outra vertente, direcionada para áreas sensoriomotoras e aqui pode-se agrupar o programa

Sensory Integration, o programa Auditory Integration Training (AIT) e também o método Doman-Delecató (Salvadó-Salvadó, et al., 2012).

Segundo Boyd et al. (2010); Wetherby et al. (2000), os suportes visuais têm sido fundamentais, tendo a pretensão de ajudar as crianças com PEA mantendo um maior envolvimento no ambiente e sendo também uma forma de estas crianças apresentarem comportamentos com melhor adaptação perante as rotinas diárias. Tem-se verificado que o uso de suportes visuais desenvolve as capacidades de jogo simbólico e da comunicação social, sendo portanto altamente recomendado mesmo em idades muito precoces em crianças com PEA.

Encontramos também os Sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (SAAC) que são sistemas utilizados quando existe comprometimento da comunicação oral. Nestes sistemas estão incluídas algumas formas de comunicação tais como: sinais, o uso de gestos, o uso de pranchas de alfabeto ou símbolos pictográficos, expressões faciais, e também o uso de sistemas sofisticados de output com voz sintetizada (Glennen & DeCoste, 1997).

Estes sistemas possibilitam às crianças com dificuldades na comunicação, nomeadamente as crianças com PEA, que encontrem uma forma alternativa e aumentativa de comunicar, permitindo-lhes a transmissão de uma mensagem ao interlocutor encontrando assim uma forma de comunicar (Wertsch, del Rio, & Alvarez, 1995).

Os sistemas mais utilizados junto das crianças com PEA são os símbolos gráficos, estes são as tabelas simples de apontar e equipamentos baseados em suportes informáticos que reúnem símbolos e ajudam à sua transmissão, sendo variável consoante as necessidades da criança com PEA. Existem particularmente duas abordagens mais utilizadas: Os Símbolos Pictográficos para a comunicação (SPC) e Picture Exchange Communication System (PECS). As diferenças que ambos apresentam residem apenas do modo como os profissionais os implementam (Thunberg, 2011).

Por último nas *abordagens Combinadas* a intervenção é direcionada para as características das PEA. Agrupam-se as estratégias desenvolvimentais comportamentais e questões sensoriais. Encontramos alguns exemplos de programas tais como: Learning Experiences: Alternative Program for Preschoolers and Parents (LEAP), o Communication, Emotional Regulation and Transactional Support (SCERTS) e o Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicaped Children (TEACCH).

Eric Shopler desenvolveu o programa TEACCH, no âmbito da inclusão da criança com PEA e em contexto escolar, e para que a criança desenvolvesse o seu perfil psico-educacional através da estruturação física, do plano de trabalho, da informação visual e de pistas facilitadoras de desempenho. A primeira sala TEACCH em Portugal na cidade de Coimbra, liderada pelo médico neuropediatra Luis Borges em 1996, e sua “equipa de tratamento do Autismo”.

O programa TEACCH surgiu devido à oposição de alguns investigadores em aceitar as anteriores teorias onde as mães das crianças com PEA eram vistas como “mães frigorífico” (Mesibov & Howley, 2003).

O ensino estruturado do programa TEACCH envolve: compreender a cultura da PEA; estruturar o ambiente físico de forma a possibilitar à criança/aluno, compreender o que se pretende; desenvolver um plano de intervenção focado na criança e na família não dando valor ao currículo standard; usar suportes visuais para auxiliar a organização sequencial das atividades do dia a dia e para que as tarefas individuais se tornem mais compreensíveis.

Tendo em conta as limitações dos instrumentos existentes, houve a necessidade de recorrer ao uso de instrumentos padronizados, instrumentos que avaliam a severidade das PEA como por exemplo o Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R), (C. Lord et al., 1994); o Childhood Autism Rating Scale (CARS), (Schopler et al., 1988) ou a Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), (C.Lord et al., 1999). Podendo assim verificar se tem um impacto significativo no evolutivo desenvolvimento da criança, atendendo neste caso à diminuição do grau de severidade das PEA (Magiati, Moss, Yates, Charman, & Howlin, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As PEA são marcadas por défices persistentes na comunicação social e interação social como também por padrões restritos e de comportamento, interesses ou atividades. Por se apresentarem dentro de um espectro, caracterizam também uma enorme classe de condições onde as dificuldades se evidenciam de variadas formas (APA, 2013; Grant & Nozyce, 2013).

Em termos de explicitação do diagnóstico e compreensão do próprio espectro, ainda continua a prevalecer a tríade de Lorna Wing, (1980) acentuando em primeiro lugar uma perturbação na interação social, em segundo, uma perturbação na comunicação e desenvolvimento da imaginação e por último, interesses limitados, rígidos e repetitivos.

Ultimamente, alguns autores dão também grande relevo ao processamento sensorial afirmando que uma ótima capacidade de processamento irá permitir ao individuo responder de um modo adaptativo ao meio ambiente e suas exigências (Humphry, 2002: Lana, Young, Baker, & Angley, 2010).

Grande parte das reações sensoriais atípicas das crianças com PEA aponta para uma “pobre” integração sensorial no sistema nervoso central, explicando assim comprometimentos ao nível da alerta e atenção (BaraneK et al., 2006; Tomchek & Dunn, 2007).

Na presença das especificidades que recentemente a investigação tem lançado no que se refere às disfunções sensoriais na PEA, comumente com a atual DSM V, neste estudo, sendo ele um estudo de caso, houve a preocupação em fundamentar através de registos fotográficos os primeiros sinais de alerta, e mediante todo o percurso que a criança teve, podemos explicar que o que foi observado é compatível com uma possível PEA.

Foram assim detetadas, tanto pela progenitora da criança como pelos técnicos que a acompanhavam, determinadas anomalias no seu processo de interação social, nomeadamente no contacto com os seus pares, tendo sobressaído a sua dificuldade em ajustar o seu comportamento face àqueles que o rodeiam e uma acentuada incompreensão de instruções simples e de cumprimento de regras de sala.

Por outro prisma, observou-se também o seu marcado défice na comunicação, especialmente no estabelecimento de contacto ocular e no entendimento de turnos

comunicativos, frisando-se ainda uma enorme dificuldade na aplicação de competências pragmáticas e um atraso notório na linguagem.

Para além disto, emergiu outro sinal de alerta congruente com uma possível PEA nesta criança: os seus comportamentos restritos e repetitivos. Observaram-se, desta forma, movimentos motores contínuos e persistentes (correr ininterruptamente de um lado para o outro e alinhar brinquedos) e o uso repetitivo de um objeto (um boneco do rato Mickey), tendo-se salientado também no início da intervenção a dificuldade da criança em aceitar rotinas, que se manifestava em birras e tentativas de manipulação do contexto.

Emergiram ainda padrões ritualizados de conduta não verbal (um sorriso constante) e hiper-reactividade a determinados estímulos sensoriais (ouvir sons fortes e sujar as mãos), bem como a sua relutância face a transições e mudanças (como a introdução de alimentos distintos na dieta).

Face a estes critérios concordantes com a suspeita de diagnóstico de PEA, foi delineada pelos técnicos uma intervenção para a criança A com o objetivo de minimizar estes défices, que consistiu basicamente na realização de sessões de terapia da fala (para colmatar as suas dificuldades na linguagem e comunicação) e sessões de terapia ocupacional (por forma a diminuir a sua dificuldade em interagir com os pares).

É importante destacar que esta criança está num Jardim de Infância onde a metodologia construtivista impera, nomeadamente os modelos curriculares de Trabalho de projeto, Movimento da Escola Moderna (MEM) e High Scope.

Depreendeu-se que é crucial a realização de um diagnóstico assertivo e atempado com o intuito de se iniciarem programas de intervenção precoce, salientando-se neste contexto a atenção dos profissionais de educação e da família no reconhecimento de sinais de alerta, concluindo-se que, quanto mais cedo surgir uma intervenção, mais positivas e extensas serão as mudanças no desenvolvimento da criança com PEA, nomeadamente na sua interação social.

Cada intervenção deverá ser desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, que permita uma atuação específica e dirigida às particularidades de cada criança. A colaboração entre todos os intervenientes deste processo também é fundamental, sendo que a participação dos pais no processo educativo/terapêutico das crianças com PEA constitui um fator de extrema importância na promoção do seu desenvolvimento. Neste estudo, observou-se que a progenitora da criança A tem sido sempre muito motivada e participante durante toda a intervenção, facto que se repercutiu, segundo os técnicos que a acompanham, na evolução positiva desta criança.

Atualmente, as abordagens educacionais realizadas possibilitam uma melhoria no desempenho e nas capacidades individuais e uma promoção da adaptação destas crianças ao meio onde estão inseridas. A organização de um ambiente educacional rico em estratégias e estímulos diversificados é imprescindível para que uma criança tenha diversas oportunidades de aprendizagem.

Desta forma, com a criança A, foram tidas em conta na delineação de técnicas e métodos de atuação, as suas especificidades individuais, como os seus défices e pontos fortes, ou o seu ritmo de aprendizagem. Assim, foram promovidas atividades que favorecessem a sua comunicação e interação com os outros em diversos contextos e com termos linguísticos adequados à sua faixa etária.

Salienta-se que a escola inclusiva possibilita ao aluno com NEE adquirir competências, superar dificuldades e proporcionar a possibilidade de interagir com os seus pares e com as experiências realizadas. Por outro lado, uma aplicação da Escala de Envolvimento da criança irá possibilitar sempre uma melhoria nas experiências de aprendizagem, bem como um nível de envolvimento com seus pares.

Podemos ainda utilizar vários modelos de intervenção com o intuito de reeducar pais, professores e técnicos, entre outros que trabalham com a criança. Ressalva-se a importância da formação dos profissionais que atuam com crianças com PEA nesta problemática, sendo que a aquisição de conhecimento sobre as características específicas desta doença e a melhor forma de atuação perante cada caso vai permitir-lhes atuar da forma mais apropriada, otimizando o seu desempenho e assegurando o sucesso da intervenção.

Concluiu-se que a criança A alcançou progressos face aos défices manifestados inicialmente. O seu processo de interação e comunicação social evoluiu favoravelmente no que diz respeito à interação com adultos, já com as crianças com quem convive diariamente os resultados não se revelaram tão razoáveis. Esta criança conseguiu estabelecer um laço de amizade profundo com outra da mesma idade, mas continua relutante no que diz respeito a interagir com as restantes, embora estas tentem sempre inclui-la nas suas brincadeiras.

Por outro lado, registou notórios progressos noutros aspetos, particularmente no seu processo de autonomia e na colaboração na realização de tarefas. Também se verificaram melhorias na sua hiper-reatividade face à sensação táctil de sujar as mãos com tinta.

No que concerne à sua comunicação, destacaram-se melhorias no estabelecimento de contato ocular e ao nível do vocabulário, que se revela mais consistente e com um maior número de elementos por frase, bem como o seu discurso se tornou mais congruente com o esperado para a sua faixa etária.

Outros progressos registaram-se relativamente às tentativas de manipulação do contexto por parte da criança e às suas manifestações de desagrado face a contrariedades, que foram diminuindo ao longo da intervenção.

Por outro prisma, foram também observadas melhorias no que alude ao processo de aprendizagem e de aquisição de conhecimento, nomeadamente no que diz respeito à memorização, compreensão verbal oral, desenvolvimento de linguagem escrita e competência de jogo simbólico, bem como atenção conjunta. Depreendeu-se que estas acentuadas melhorias estejam de alguma forma relacionadas com a preferência da criança pelas atividades relacionadas com música, números e letras, visto que estas promovem a estimulação do desenvolvimento cognitivo.

Foram ainda indicados progressos da criança A no seu desenvolvimento sensorial, especialmente ao nível da perceção visual e observou-se que possui uma excelente audição, continuando a reagir híper-reactivamente a sons fortes e aceitando sons mais suaves, como música.

Infelizmente, ainda se mantêm alguns défices na função motora, nomeadamente na sua locomoção, na qual revela alguma atrapalhação, e no manuseamento de determinados objetos, como os lápis.

Em relação à evolução manifestada nos seus processos fisiológicos, observaram-se melhorias relativamente ao seu processo de alimentação, mas mantêm-se dificuldades no que respeita ao sono e ao processo de adormecer e em relação ao controlo do esfíncter. Neste último aspeto, domina o processo, mas não lhe interessa fazê-lo sem o uso de fralda.

Desta forma, depreendeu-se que apesar dos progressos alcançados pela criança, os défices iniciais ainda se manifestam, embora a um nível inferior, tornando-se desta forma fundamental prosseguir com a intervenção delineada para que esta alcance o patamar de desenvolvimento esperado de acordo com a sua faixa etária e condição.

Assim, é emocionante constatar pequenos passos que a criança dá dia após dia, com alguns recuos é certo, mas estes serão fundamentais na sua aprendizagem, e pais, técnicos e pessoas que contactam com a criança, estarão sempre disponíveis para o acompanhar.

BIBLIOGRAFIA

Anderson, D., Lord, C., Risi, S., DiLavore, P., Shulman, C., Thurm, A., . . . Pickles, A. (2007). *Patterns of growth in verbal abilities among children with autism spectrum disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 594.

APA, (2014). *DSM-5, Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações Mentais* (5 ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Araújo, M. F. (Dezembro de 2007). *Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica*. *Psicologia - Teoria e Prática* , 9 (2), pp. 126 - 141.

Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective (3 ed., pp. 193-224). Baltimore, Maryland: Paul H Brookes Publishing Co.

Bailey, D. B., Palsha, S. A., & Simeonsson, R. J. (1991). *Professional skills, concerns and perceived importance of work with families in early intervention*. *Exceptional Children*, 58(2), 156-165.

Bailey, J. M. J. Northagel, and B. A. Wolf (1995) *Retrospectively measured individual differences in childhood sex-typed*.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3 ed.). Lisboa: Edições 70.

Baron-Cohen, S. (1990). *Autism: A Specific Cognitive Disorder of & Isquo; Mind-Blindness*. *International Review of Psychiatry*, 2(1), 81-90.

Baron-Cohen, S., & Belmonte, M. K. (2005). *Autism: A Window Onto the Development of the Social and the Analytic Brain*. *Annu. Rev. Neurosci.* , 28, 109 - 126.

Baron-Cohen, S. (2001). *Theory of Mind and Autism: A Review*. *International Review of Research in Mental Retardation* , 23, 169 - 184.

Bauman, M. L., & Kemper, T. L. (2005). *Neuroanatomic observations of the brain in autism: a review and future directions*. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23(2), 183-187.

Bertran, T., & Pascal, C. (2009). *Desenvolvendo a Qualidade em Parcerias*. Lisboa: ME - DGIDC.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos seus Métodos*. Porto: Coleção Ciências da Educação - Porto Editora

Caldeira da Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A. P., Silva, L. C., Martins, F., Roncon, P. (2003). *Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação*, baseado no Modelo DIR. *Análise Psicológica*, 21(1), 31-39.

Cavaco, N. (2009). *O Profissional e a Educação Especial - uma Abordagem sobre o Autismo*. Lisboa: Editorial Novembro.

Coelho & Aguiar, 2014, *Intervenção psicoeducacional integrada nas perturbações do espectro do autismo. Manual para pais e profissionais*. Edições Afrontamento

Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Coleção Educação Especial, nº 1. Porto Editora.

Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). *O Estudo de Caso na Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), pp. 221-244. CIED - Universidade do Minho. *Revista Portuguesa de Educação*, 15 (1), 221 – 244.

Denzin, N. (1984). *The Research Act*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall

Dunst, C., & Bruder, M. (2006). *Advancing the agenda of service coordination*. *Journal of Early Intervention*, 28(3), 175-177.

Dunst, C. (2000). *Revisiting "Rethinking Early Intervention"*. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.

Eigsti, I., Marchena, A., Schuh, J., & Kelley, E. (2011). *Language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental review*. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(2), 681-691. Ver trm rutter 2003.

Eisenmajer, R., Prior, M., Leekam, S., Wing, L., Gould, J., Welham, M., & Ong, B. (1996). *Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1523-1531.

Filipe, C. (2012). *Autismo: Conceitos, mitos e preconceitos*. Lisboa: Verbo.

Fontana, O., & Frey, J. H. (1994). *Interviewing the Art of Science*. In N. Denzin, & Y. S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research* (pp. 361 - 376). London: Sage Publications Inc

Fortin, M. (1999). *Os Objectivos de Investigação e as suas Questões ou Hipóteses - O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Frith, U. (1991). *Autism and Asperger syndrome*: Cambridge University Press.

Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell

Garcia, T., & Rodriguez, C. (1997). *Necessidades Educativas Especiais – A criança autista*. Lisboa: Dinalivro.

Gomez, G. R., Flores, J., & Jiménez, E. (1996). *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*. Malaga: Aljibe

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). *Competing Paradigms in Qualitative Research*. In N. Denzin, & Y. Lincoln, Handbook of Qualitative Research (pp. 105 - 117). Thousand Oaks: CA: SAGE Publications.

Hemmeter, M., Joseph, G., Smith, B., & Sandall, S. (2001). *DEC Recommended Practices Program Assessment: Improving Practices for Young Children with Special Needs and Their Families*. Missoula, MT: Division for Early Childhood.

Hewitt, S. (2006). *Compreender o Autismo – Estratégias para Alunos com Autismo nas Escolas Regulares*. Porto: Porto Editora.

Hobson, P. (1993). *The emotional origins of social understanding*. *Philosophical Psychology*, 6(3), 227-249.

Jordan, R., & Powell, S. (1995). *Understanding and teaching children with autism*: J. Wiley.

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

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lo-Castro, A., Benvenuto, C. G., Galasso, C., Porfirio, C., & Curatolo, P. (2010). *Autism Spectrum Disorders Associated with Chromosomal Abnormalities*. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 319 - 327.

Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2006). Decreto Lei nº3/2008. (7 de Janeiro de 2008). Lisboa: Ministério da Educação

Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2006). *Autism from 2 to 9 years of age*. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 694.

Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª ed).

Marques, C. E. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Editora Quarteto Coleção Saúde e Sociedade.

Mawhood, L., Howlin, P., & Rutter, M. (2003). *Autism and Developmental Receptive Language Disorder—a Comparative Follow-up in Early Adult Life*. I: Cognitive and Language Outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(5), 547-559.

McConachie, H., & Diggle, T. (2006). *Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review*. *Journal of evaluation in clinical practice*, 13(1), 120-129

Mora, C. E., & Fortea, I. B. (2012). *Comunicación, atención conjunta e imitación en el trastorno del espectro autista*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 49-57.

Oliveira-Formosinho, J., & Araújo, S. B. (2004). *O Envolvimento da Criança na Aprendizagem: Construindo o Direito à Participação*. *Análise Psicológica*, 1 (XXII), 81-93.

Ozonoff, S., Rogers, S., & Hendren, R. (2003). *Perturbações do espectro do autismo: perspectivas da investigação atual*. Lisboa: Cimepsi Editores.

Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L. Carmona da Mota, H. (2007). *Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions*. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(10), 726-733.

Oliveira, G. (2009). *Autismo: diagnóstico e orientação*. Parte I-Vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 40(6), 278-287.

Passerino, L. M., & Santarosa, L. C. . (2007). *Interação social no autismo em ambientes digitais de aprendizagem*. *Psicol reflex crit*, 20(1), 54-64.

Paynter, J., Scott, J., Beamish, W., Duhig, M., & Heussler, H. (2012). *A Pilot Study of the Effects of an Australian Centre-Based Early Intervention Program for Children with Autism*. *Open Pediatric Medicine Journal*, 6, 7-14.

Pereira, E. (1998). *Autismo: do Conceito à Pessoa*. Lisboa: Graforim Artes Gráficas Lda.

Pereira, M. C. (2006a). *Autismo – Uma Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Coleção Biblioteca do Professor. Edições Gailivro.

Ponte, J. P. (2006). *Estudos de Caso em Educação Matemática*. *Bolema*, 25, 105 – 132.

Prizant, B., Wetherby, A., & Rydell, P. (2000). *Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders*. In B. Prizant & A. Wetherby (Eds.).

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3 ed.). Lisboa: Gradiva

Rutter, M. (2000). *Genetic studies of autism: from the 1970s into the millennium*. *J Abnorm Child Psychol*, 28(1), 3-14.

Rutter, M. (2005). *Aetiology of autism: findings and questions*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(4), 231-238.

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

Sigman, M., Spence, S. J., & Wang, A. T. (2006). *Autism from Developmental and Neuropsychological Perspectives*. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 327 - 355.

Smith, D. D. (2008). *Introdução à Educação Especial - Ensinar em Tempos de Inclusão (5ª ed.)*. São Paulo: Artmed.

Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: CA: Sage Publications

Stansberry-Brunahan, L. L., & Collet-Klingenberg, L. L. (2010). *Evidence-based practices for young children with autism spectrum disorders: guidelines and recommendations from the national resource council and national professional development center on autism spectrum disorders*. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2, 45-56.

Stone, W. L., & Di Geronimo, T. F. (2006). *Does My Child Have Autism? – A Parent's Guide to Early Detection and Intervention in Autism Spectrum Disorders*. San Francisco: Jossey-Bass.

Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). *Language and communication in autism. Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 1, 335-364.

Tuchman, R., & Rapin, I. (2009). *Autismo: Abordagem neurobiológica*. São Paulo: Artmed.

Vigotsky, L. S. (1998). *A formação social da mente*. 6ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Klin, A. (2004). *Autism and pervasive developmental disorders*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 135-170.

Wetherby, A., Prizant, B., & Schuler, A. (2000). *Understanding the nature of communication and language impairments. Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*, 9, 109-141.

Wetherby, A., & Prutting, C. (1984). *Profiles of communicative and cognitive-social abilities in autistic children*. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 364-377.

Wolff, S. (2004). *The history of autism*. *European child & adolescent psychiatry*, 13(4), 201-208.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods (2 ed.)*. Thousand Oaks: CA:SAGE Publications.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE ANAMNESE

Estabelecimento de Ensino / Valência: IPSS

Identificação da Criança.

Nome: Criança A Data de nascimento: 4/10/1012 Idade: 23 meses

1- ANTECEDENTES FAMILIARES

| | ALCOOLISMO | DIABETES | D.MENTAIS | TUBERCULOSE | EPILEPSIA |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| MÃE | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| PAI | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Consanguinidade : NÃO Especificar: _____

Outras doenças dos Pais: Não tem

Outras doenças na Família (Doenças Neurológicas; Epilepsia; Atrasos Mentais):

Avó materna - Hipertensa;

Avô materno – Demência e Parkinson

Avó paterna – colesterol e osteoperose;

Avô paterno – Sem registo

2- GRAVIDEZES ANTERIORES DA MÃE

NÃO SIM Quantas? 2

♦ABORTOS

NÃO SIM Quantos?___

♦COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ

NÃO SIM Quais? _____

♦complicações no parto

NÃO SIM Quais? _____

3 - FACTORES DE RISCO DURANTE A GRAVIDEZ

Álcool Tabaco (5 cigarros/dia) Toxemi , Infecções
Grupo Torsh Ameaças de Aborto Gravidez Múltipla ,
Traumatismos(quedas, sustos, ...) Outros Quais? Nenhum

4 –VIGILÂNCIA DURANTE A GRAVIDEZ

Sem vigilância Com vigilância X A partir de que mês? 6 semanas

Onde foi vigiada a gravidez? Hospital privado de Alfena

5 – PARTO

♦ EUTOCICO X

♦DISTOCICO:

Forceps

Cesariana

Ventosa

APRESENTAÇÃO: cefálica

pélvica

♦ASSISTÊNCIA:

Hospital X , qual? Hospital privado de Alfena Domicílio

Idade Mãe/Pai na data de Nascimento: Pai – 42 Mãe - 38

Idade de Gestação: semanas 38 semanas

6 CONDIÇÕES AO NASCER

(na falta do APGAR)

- ♦ APGAR 1ª 9 5ª 10 ou: coloração de pele: Não
- ♦ Peso 3125 kg Choro sim
- ♦ Comprimento 51 Sucção sim
- ♦ Perímetro cefálico 39

7 – FACTORES DE RISCO NEONATAL

Icterícia (incompatibilidade RH) Icterícia fisiológica
Hemorragias convulsões cianose
Paralisias periféricas (facial; plexo braquial) outros Quais? Nenhum

8 – AMAMENTAÇÃO

Sim Até 5 meses

Não Porquê? _____

9 – ESTADO VACINAL

BCG Polio

Sem dados

Tripla Sarampo

10 – DOENÇAS

Sarampo

Doenças Respiratórias

Papeira

Primo Infecções

Varicela

Parasitoses

Rubeola

Alergias: A alimentos Quais? Leite de vaca

Otites _____

A medicamentos Quais? _____

Outras Quais?

11 – POSIÇÃO NA FRATRIA

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12 – SEPARAÇÃO DOS PAIS

Pai Temporária

Ausência

Mãe Definitiva

Idade da criança : De _____

Até _____

Porquê?

Substituto: _____

13 – HÁBITOS DE VIDA

Alimentação

Mista Artificial Desde _____

Dificuldades surgidas: Choro Habitual

Cólicas Alergias Outras Quais? Enquanto bebé sono muito tranquilo.

Desmame:

Idade: 5 meses

Dificuldades: sem dificuldades

Come só desde os 5 meses, bebe sem ajuda desde 18 meses.

Comportamento atual: É muito seletivo nos seus alimentos

Nº de Refeições em casa: 2 Horário:

Pequeno Almoço 8.45h

Almoço 13h (fim de semana) Merenda 17h Jantar 21h

sono

Habitualmente tem:

Dificuldades em adormecer **X** Agitação durante o sono

Sem gritos **X** Com Gritos

Sonambulismo Desde _____ idade

Terros nocturnos Desde _____ idade

Dorme de dia: Sim Quantas horas? _____

Não X

Habitualmente dorme 9h horas noite

Dorme: Com Chupeta

Sim

Não X

Com outro objecto Sim **X** Qual? **Mickey**

Não

De luz acesa

Sim

Não X

Em quarto Individual **X**

No quarto dos Pais

No quarto de outros Quem? _____

Hora habitual de deitar 22/23h Hora habitual de levantar 8.30h

Observações Tem muita dificuldade em adormecer, por vezes são 24h e não consegue adormecer

Controlo de Esfíncteres

Controlo de Fezes:

Diurno Não Nocturno Não

Controlo de Urina

Diurno Não Nocturno Não

Enurese

Encoprese

Observações: Ainda não controla, tentamos uma vez e não correu bem fez retenção e teve muitas dores.

Actividade Lúdica

Não Brinca Brinca só X

Brinca com outras crianças Brinca com Adultos X

Brinquedos preferidos: Mickey (urso de peluche), letras, números, legos, livros

Comportamentos relevantes: Faz birras, é teimoso, dorme muito pouco, não consegue seguir obrigatoriamente as rotinas.

14 – DESENVOLVIMENTO

postura e motricidade global

Primeiro sorriso 2 meses

Segurou a cabeça ____ meses

Sentou-se:

com apoio 6 meses

sem apoio _____ meses

virou-se na cama _____ meses

deslocou-se _____ meses

De pé:

com apoio _____ meses

sem apoio 12 meses

Andou sozinho meses

VISÃO E MOTRICIDADE FINA

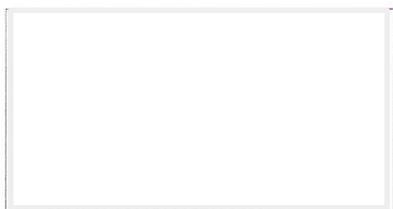
vê bem: Sim X Não

Segurou o objecto _____ meses

Preensão / Polegar – indicador _____ meses

Não me recordo, não sabia que ia ser tantas vezes questionada sobre as mesmas perguntas senão teria anotado.

ANEXO 2



Descrição: ADVANCECARE - TRANQUILIDADE

POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS

OTOEMISSIONES ACÚSTICAS

Relatório:

POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS DO TRONCO CEREBRAL

Exame realizado com a criança a dormir espontaneamente;

Limiar electrofisiológico na gama frequencial testada (2-4 kHz) de 20 dB bilateralmente.

Conclusão: Exame normal.

OTOEMISSIONES ACÚSTICAS (TEOAE)

PASS bilateral;

Conclusão: Exame normal.

Nota: Timpanograma tipo A bilateral à data dos exames.

AUDIÓLOGISTA:

Data: 09/12/2014

1. DA COSTA
C. 148103F

MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA:

Data:

ANEXO 3

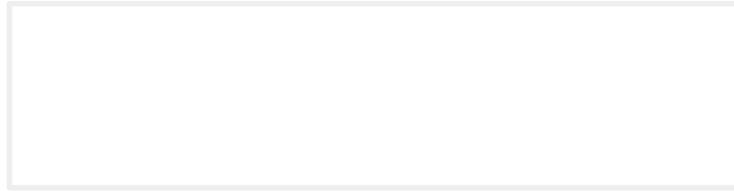
REGISTO DE INCIDENTES CRITICOS

Nome da Criança:

Data de Nascimento: 4/10/2012

| Descrição da Experiência de aprendizagem: |
|--|
| <p>Data: 5/11/2014 Incidente</p> <p>Depois da hora da sesta, levantou-se e começou a correr de um lado para o outro e sorria, ainda descalço, corre em bicos de pés, habitualmente mantém este comportamento até a auxiliar se deslocar a sua beira e o levar para vestir parecendo ignorar o chamamento da auxiliar, hoje, enquanto corria em bicos de pés, ao ouvir a chamar o seu nome, aproximou-se da auxiliar e deu-lhe a mão.</p> |
| <p>Data: 27/11/2014 Incidente</p> <p>O Diogo não gosta de ajuda para comer a comida sólida, come sozinho com as mãos, hoje permitiu que o ajudassem, foi massa a sua comida preferida, no entanto, alternadamente com a colher que o adulto segurava com a sua mão direita, a mão esquerda pegava na comida e levava à boca.</p> |
| <p>Data: 10/12/2014 Incidente</p> <p>É habitual o Diogo entrar na sala pela manhã tranquilo, mas quando a mãe o entrega ao adulto ele grita e atira a cabeça para trás “espolinhando-se”, hoje trazia um livro novo na mão, mostrou à educadora deu-lhe a mão e foi sentar-se no acolhimento.</p> |
| <p>Data: 20/12/2014 Incidente</p> <p>Hoje fomos brincar no recreio dos meninos grandes, 15 minutos depois de lá permanecemos, entraram os meninos grandes a correr e gritar eufóricos, o Diogo tapou os ouvidos e aproximou-se da auxiliar, não tirando as mãos dos ouvidos.</p> |

ANEXO 4



A/C – Médico assistente

Venho por este meio solicitar uma consulta de desenvolvimento especializada para o menino Diogo Tavares da Silva de 31 meses que frequenta a creche e pré-escolar de S. Pedro Fins e apresenta algumas características comportamentais que devem ser avaliadas tais como:

- Grita se o adulto lhe dá comida sólida (come sozinho com as mãos)
- Quando nota que o adulto o olha nos olhos por alguns segundos, tapa a cara ou desvia o olhar
- Quando contrariado, grita, tapa o rosto, por vezes atira a cabeça para trás
- Grande interesse por números e letras
- Na linguagem apenas diz algumas palavras “soltas”
- Por vezes caminha em bicos dos pés (principalmente quando anda descalço)
- É sensível aos sons (quando está muito barulho tapa os ouvidos)
- Muito tímido, não brinca/conversa espontaneamente com adultos e crianças
- Não consegue fazer pequenos recados na sala
- Brinca durante muito tempo com algum objeto que lhe agrada
- Alinha objetos muito bem estruturados

Alguns comportamentos acima mencionados, são habituais nestas faixas etárias, no entanto, quando reunidos suscitam interesse em que haja uma avaliação mais pormenorizada.

Muito obrigada pela colaboração,

A educadora responsável,



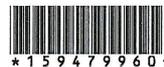
ANEXO 5



CENTRO HOSPITALAR SAO JOAO,EPE
H. SAO JOAO
ALAMEDA PROF. HERNANI MONTEIRO
4200 PORTO
Tel. : 225512100 Email:

Documento
de Trabalho

Nº Processo 13035331



* 1 5 9 4 7 9 9 6 0 *

Diogo Tavares Silva
Masculino Data Nasc: 2012-10-04 (2 anos)
TRAV DE PENAS 89
4470 MAIA Tel. : 912205011

Data de Criação : 02/06/2015 Local : C.H.S.J. H.S.JOAO-CEXT
Data de Bloqueio : Criado por : Dr.(a) ALDA MURIAS M COELHO Versão : 0

Informação Clínica

Proveniência: Consulta
Especialidade: CEX PEDIATRIA-PERTURB.ESPECTRO AUTISMO

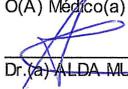
Informação Clínica

O menino Diogo apresenta perturbação de comunicação e relação com características muito sugestivas de perturbação do espectro do autismo. Beneficiaria muito com sinalização para intervenção precoce e necessita de terapia de fala a breve prazo, pelo menos duas vezes por semana, além de terapia ocupacional, sendo importante respeitar o ritmo e a motivação da criança, em articulação constante com os pais e Infantário.

Ao dispor para articulação
A médica pedopsiquiatra

PORTO, 01 de Setembro de 2015

O(A) Médico(a)


Dr.(a) ALDA MURIAS M COELHO (31025)

ANEXO 6



CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO FISOERMESINDE, LDA

Rua Bento de Jesus Caraça, 124-130 4445-345 Ermesinde
Telef: 229 721 428 Tlm: 913076660 E-Mail: cmfr.luzia.alves@gmail.com

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

– TERAPIA DA FALA –

Identificação pessoal

Nome:

Ex^{ta}. Sr^{ta}. Dr^{ta},

O Diogo, tem sido acompanhado na presente Valência desde Julho de 2015.

Após avaliação informal da Linguagem nas suas componentes compreensiva e expressiva, pode verificar-se que o Diogo apresenta um desnível linguístico relativamente à sua faixa etária, bem como uma Perturbação da Comunicação. As principais dificuldades do Diogo manifestam-se na interação com o outro, nomeadamente ao nível do estabelecimento do contacto ocular, dos turnos e funções comunicativas (satisfação de necessidades/desejos, relatar acontecimentos, expressão de sentimentos, ...). Ao nível da linguagem, apresenta um discurso com poucas palavras de conteúdo, comunicando essencialmente por palavras-chave. No entanto, a nível compreensivo, apresenta facilidade em compreender ordens simples dirigidas ao corpo e apoiadas no contexto.

Atualmente, o Diogo encontra-se a trabalhar competências básicas de comunicação/interação, no que concerne ao estabelecimento de contacto ocular, função instrumental (pedido através do dá ou do gesto) e aumento do vocabulário relevante para as atividades de vida diária. Tem vindo a evoluir positivamente, com conquistas consideráveis para os dois meses de intervenção.

Relativamente à Área Cognitiva, considero que o Diogo apresenta um desnível da percepção/atenção e concentração, que comprometem a sua funcionalidade comunicativa e a permanência em atividades de vida diária (brincar, ouvir uma história, ver um filme animado, conversação, vestir, entre outros). Contudo, o Diogo é uma criança muito colaborante e assídua, existindo uma boa colaboração parental no processo terapêutico. A boa relação existente entre terapeuta-pais-criança determinam

Terapeuta da Fala Joana Esperança C- C-044585179 | 1



um bom prognóstico para a intervenção em Terapia da Fala. Ainda assim, considero de ponderar as necessidades de acompanhamento pela valência de Terapia Ocupacional.

Sem mais de momento, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento necessário.

Com os melhores cumprimentos,

A Terapeuta da Fala,



Centro de Medicina Física e Reabilitação
Luzia Alves e Manuela Silva, Lda
Rua Bento de Jesus Caraça, 124-130
4445-345 Ermesinde
Telef: 229 721 428
Joana Esperança
(CP n.º C-044585179)

Ermesinde, 01 de Setembro de 2015



ANEXO 7



CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO FÍSIOERMESINDE, LDA

Rua Bento de Jesus Caraça, 124-130 4445-345 Ermesinde
Telef: 229 721 428 Tlm: 913076660 E-Mail: cmfr.luzia.alves@gmail.com

RELATÓRIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Identificação pessoal

Exma. Senhora Doutora,

requenta sessões de terapia ocupacional duas vezes por semana com duração de 30 minutos, desde o dia 1 de Outubro de 2015.

Após avaliação verificou-se que o Diogo apresenta dificuldades ao nível da atenção e concentração, distraíndo-se com alguma facilidade. Demonstra ainda, dificuldades ao nível da coordenação global e da coordenação óculo-mão. O Diogo é uma criança que demonstra interesse pelas atividades, participa e colabora nas sessões.

Desde que iniciou sessões nesta valência, observou-se melhorias ao nível do tempo de permanência na tarefa, consegue permanecer sentado na cadeira sem evidenciar agitação psicomotora, estabelece e mantém contato ocular por períodos curtos, foca a atenção nas atividades, mas distrai-se com facilidade com estímulos externos. Relativamente às atividades de vida diária, consegue despir o casaco de forma autónoma, mas necessita de ajuda para vestir e despir a camisola. Quanto às capacidades locomotoras, anda com confiança, pára e inicia e tem cuidado com os obstáculos: consegue subir e descer escadas sozinho mas apoiado no corrimão e salta com os pés juntos. Quanto às capacidades manipulativas, faz uma pinça correta com o lápis; consegue construir torre com os copos; copia construção de legos, necessitando de orientação passo a passo e faz encaixe de peças finas. No entanto, demonstrou dificuldades ao nível da capacidade de resolução, necessitando de orientação para encaixar copos com diferentes tamanhos. Ao nível da interação, consegue realizar perguntas e

**CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
FISIOERMESINDE, LDA**

Rua Bento de Jesus Caraça, 124-130 4445-345 Ermesinde
Telef: 229 721 428 Tlm: 913076660 E-Mail: cmfr.luzia.alves@gmail.com

responde ao que é perguntado; mostra-se ansioso quando é contrariado. No entanto, partilha brincuedos e é curioso ao que o rodeia. Relativamente à linguagem, consegue compreender instruções simples, mantém conversação e descreve acontecimentos simples. Consegue nomear, associar imagens, números, letras, animais, formas geométricas e cores. Sabe contar, organizando as imagens e identifica a função de cada objeto.

Em jeito de conclusão, o Diogo demonstrou evoluções ao nível da interação, consegue manter conversação simples e tem iniciativa. Revelou capacidade de adaptação, conseguindo estar em diferentes contextos e aceitar alterações de rotina, sem demonstrar agitação psicomotora ou ansiedade. É uma criança que consegue exprimir as suas vontades e apresenta um discurso desenvolvido. Importa frisar que esta evolução prendeu-se pelo facto de o Diogo ter tido o apoio da terapia ocupacional e da terapia da fala, bem como, do ensino especial, pelo que sugiro manter estes apoios de forma a potenciar um desenvolvimento mais individualizado e adaptado e, uma integração mais inclusiva.

Sem mais de momento, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento necessário.

Com os melhores cumprimentos,

A Terapeuta Ocupacional,



Rita Martins
(CP n.º C-040793168)

Ermesinde, 18 de Dezembro de 2015

ANEXO 8

Nº Exame: 110672

Referência: DNA6368/15

Lista das alterações encontradas (data:27-11-2015)

| Citobanda | Região cromossômica (início-fim) | Dimensão estimada (kb) | Tipo de alteração | Classificação da alteração | Genes envolvidos |
|-----------|----------------------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|---|
| 1q21.2 | 149,041,933-149,243,967 | 202 | Deleção | IV | - |
| 1q21.3 | 152,556,449-152,586,281 * | 30 | Deleção | IV | LCE3C |
| 3q29 | 195,419,168-195,444,193 | 25 | Deleção | IV | MIR570 |
| 6p11.2 | 57,540,062-58,055,076 | 515 | Duplicação | IV | - |
| 6q11.1 | 61,982,931-62,917,272 | 934 | Duplicação | IV | MTRNR2L9, KHDRBS2 |
| 17q21.31 | 44,221,743-44,345,038 | 123 | Deleção | IV | KIAA1267, LOC644246 |
| 22q11.21 | 18,894,835-19,165,016 | 270 | Duplicação | II | DGCR6, PRODH, DGCR2, TSSK2, SLC25A1, DGCR5, DGCR9, DGCR10, DGCR11, DGCR14, GSC2 |
| 22q11.23 | 24,347,959-24,390,254 | 42 | Duplicação | IV | GSTT1, LOC391322, GSTTP2 |
| Xp22.33 | 2,970,843-3,149,893 | 179 | Duplicação | IIIA | ARSF |

Legenda:

- I - Deleção ou duplicação em região associada a Síndrome de microdeleção ou microduplicação (CNVs patológicos).
- II - Deleções ou duplicações que não estão descritas na DGV até à presente data e envolvem genes codificantes conhecidos (CNVs provavelmente patológicos ou que exigem investigação dos progenitores).
- IIIA - Deleções ou duplicações que, até à presente data, estão descritas com baixa frequência na DGV ou não são sobreponíveis com as descritas na DGV, envolvendo genes codificantes conhecidos.
- IIIB - Deleções ou duplicações que, até à presente data, estão descritas com baixa frequência na DGV ou não são sobreponíveis com as descritas na DGV, não envolvendo genes codificantes conhecidos.
- IV - Deleções ou duplicações descritas em indivíduos normais na DGV.

DGV – Database of Genomic Variants (<http://projects.tcag.ca/variation/>)

ANEXO 9



CENTRO HOSPITALAR SAO JOAO,EPE
H. SAO JOAO
ALAMEDA PROF. HERNANI MONTEIRO
4200 PORTO
Tel. : 225512100 Email:

Data de Criação : 24/11/2015

Local : C.H.S.J. H.S.JOAO-CEXT

Data de Bloqueio

Criado por : Dr.(a) SARA ALMEIDA

Versão : 0

Informação Clínica

Proveniência: Consulta

Especialidade: CNM PSICOLOGIA-APOIO PEA

Informação Clínica

Avaliação Protocolo PEA
Pedido de ADI-R e QD

Veio à consulta acompanhado pela mãe.
Vive com os pais e duas irmãs (13, 17 anos)

História de Desenvolvimento:

Gravidez planeada e sem intercorrências. Parto distóxico. 38 semanas. Apgar: 9/10

Atraso num dos marcos de desenvolvimento psicomotor (linguagem). Atualmente ainda sem c. esfínteres.

O Diogo enquanto bebé ficou ao cuidado da mãe e da avó. Considerado pela mãe um bebé tranquilo e fácil. Aos 2 anos entrou no infantário, mas com difícil adaptação. "ficava quase sempre a chorar".

O Diogo foi referenciado pela educadora, pela presença de comportamentos que não eram normais, como: andar em bicos de pé; tapar os ouvidos; não interagir com os pares, foi nessa altura que surgiram as primeiras preocupações.

Atualmente, algumas das características descritas acima já não são tão evidentes. O que mais preocupa a mãe são as dificuldades que o Diogo ainda mantém ao nível da interação social, e dificuldades de auto-regulação. Não tolera balões e foguetes, ficando muito agitado.

É descrito pela terapeuta da fala que o Diogo ao nível da linguagem apresenta um discurso com poucas palavras de conteúdo. No entanto, a nível compreensivo, apresenta facilidade em compreender ordens simples dirigidas ao corpo e apoiadas no contexto.

É referido pela mãe que o Diogo tem uma ótima relação com as irmãs, que são mais velhas, brinca muito com elas, com o tio e o pai.

Interesses Particulares: números, letras, língua inglesa.

Alimentação: A mãe considera que o Diogo está a ficar mais seletivo, na escolha dos alimentos e suas preferências.

Sono: com algumas insónias. Dorme no quarto sozinho.

Atividades: música na escola, "o Diogo adora"

Apoios: Iniciou ensino especial, neste ano letivo.
Terapia da Fala

Observação em consulta:

Menino com 3 anos. Desenvolvimento estado ponderal adequado à idade.

Apresentou-se dismórfico - Macrocefalia.

Apresentou dificuldades na expressão verbal e alguns rituais. Pergunta de forma repetitiva o que é cada um dos materiais que vê no gabinete.

Manteve contacto ocular com o observador e sorri.

Caminha por vezes em bicos de pé.

Não foram observadas estereotípias.

Provas aplicadas:



CENTRO HOSPITALAR SAO JOAO,EPE
H. SAO JOAO
ALAMEDA PROF. HERNANI MONTEIRO
4200 PORTO
Tel. : 225512100 Email:

Informação Clínica

ADI - R aplicada à mãe:

A1:1 A2:4 A3:2 A4:3 Total A:10 (ponto de corte 10)

B1:3 B2:2 B3:3 B4:2 Total B:10 (ponto de corte 8)

C1:1 C2:1 C3:1 C4:0 Total C:0 (ponto de corte 3)

Total D:4 (ponto de corte 1)

Cota na dimensão A para:

Contacto ocular direto - contacto ocular definido, mas de duração curta ou inconsistente durante as interações sociais.

Jogo social de imitação - algum jogo social recíproco mas em quantidade, duração ou contextos limitados.

Interesse nas outras crianças - geralmente observa outras crianças ou revela interesse nelas aos pais/cuidadores (p.ex. apontando, vocalizando ou tentando imitar o que elas fazem, mas sem se tentar aproximar); ou aproxima-se das outras crianças sem tentar captar a sua atenção.

Resposta a abordagens a outras crianças - algumas vezes responsivo às aproximações de outras crianças mas a resposta é limitada e, de algum modo, imprevisível, ou somente dirigida a um(a) irmão(a) ou criança muito familiar.

Jogo em grupo com os pares - algum jogo interativo, mas sem iniciativa, flexibilidade, frequência ou variedade suficientes para reunir critérios para "0".

Oferecer-se para partilhar - alguma iniciativa de partilha espontânea, mas em contextos ou frequência limitados(partilha para além de comida).

Procurar a partilha de prazer com os outros - algumas iniciativas de partilha de prazer, mas em número, variedade ou espontaneidade limitados, ou com manifestação pouco clara de prazer partilhado.

Utilização do corpo de outra pessoa para comunicar - colocação ocasional da mão de outros em objetos ou uso da mão de outro como ferramenta ou para apontar, mas alguma combinação com outros modos de comunicação (já o fez).

Oferecer consolo - raramente oferece consolo ou fá-lo de um modo estranho

Cota na dimensão B para:

Assentir com a cabeça - nunca assente com a cabeça espontaneamente.

Negar com a cabeça - nega com a cabeça espontaneamente alguma vezes.

Verbalização social / Conversação - algum uso social do discurso em resposta ao cuidador ou para chamar a atenção sem qualquer outra motivação óbvia, mas limitado na frequência ou abrangência dos contextos.

Conversação recíproca - conversação recíproca ocasional, mas menos frequente que o normal ou limitado na flexibilidade ou tópicos.

Vocalizações estereotipadas e ecolalia diferida - vocalizações estereotipadas ocasionais, mas também linguagem produtiva consistente.

Imitação espontânea de ações - alguma imitação espontânea que é mais do que o uso frequente de um objeto mas sem flexibilidade ou frequência suficientes para reunir critérios para "0".

Inversão de pronomes - confusão "tu/eu" ou "ele/ela/eu" após discurso direto estabelecido, mas o "tu" ou o "ele/ela" não são usados com entoação de pergunta.

Imitação espontânea de ações - alguma imitação espontânea que é mais do que o uso frequente de um objeto mas sem flexibilidade ou frequência suficientes para reunir critérios para "0".



CENTRO HOSPITALAR SAO JOAO,EPE
H. SAO JOAO
ALAMEDA PROF. HERNANI MONTEIRO
4200 PORTO
Tel. : 225512100 Email:

Informação Clínica

Jogo imaginativo - algum jogo faz de conta, incluindo a utilização de bonecas, carros, mas em variedade ou frequência limitados.

Cota na dimensão C para:

Preocupações involuntárias - preocupação involuntária que não interfere com atividades importantes da vida familiar ou não causa comprometimento social para o sujeito.

Rituais verbais - tendência a dizer coisas de forma ritualizada, mas sem indicação de isto ser compulsivo, e para prontamente se lhe for pedido.

Outros maneirismos complexos ou movimentos corporais estereotipados - maneirismos complexos ou movimentos corporais estereotipados apenas ocasionais.

Cota na dimensão D - Alterações do desenvolvimento evidentes aos 36 meses ou antes.

Conclusão: Cota na dimensão em todas as dimensões para PEA.

Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths

Ao longo da avaliação o Diogo colaborou e foi capaz de permanecer nas tarefas que lhe eram propostas. Mostrando maior interesse e melhor desempenho nos testes de realização. Apresentou ecolália imediata. E ao nível da linguagem nomeou as cores em inglês.

Quociente Global: 100
Escala A - locomotora: 111
Escala B - pessoal social: 94
Escala C - linguagem: 75
Escala D - oculo-motora: 106
Escala E - realização: 122
Escala F - raciocínio prático: 94

Conclusão: Obteve um quociente de desenvolvimento dentro dos parâmetros esperados para a idade, à exceção da sub-escala da linguagem, conforme se verifica na dimensão A da ADI-R. O perfil de resultados é compatível com PEA de alto funcionamento.

Alta para a Pedopsiquiatria.

Psicóloga
Filipa Arrojado

PORTO, 24 de Novembro de 2015

O(A) Responsável

Dr.(a) SARA ALMEIDA

ANEXO 10



GOVERNO DE PORTUGAL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



TERCEIRO CICLO DE AGRUPAMENTO GONÇALO MENDES DA MAIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: |

Data de

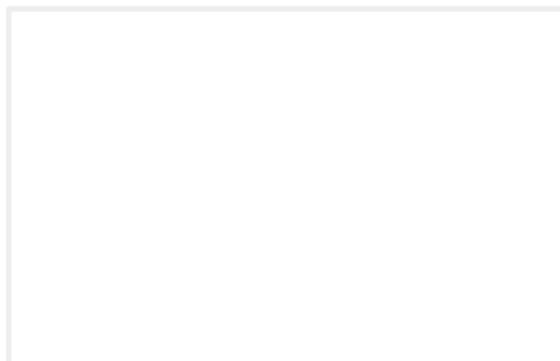
Escola: |

Avaliação da Planificação do PIIP – Carnaval 2015/2016

| Intervenção Precoce | | | Avaliação | | |
|--|---|---|-----------|--------------|---------------|
| Áreas | Objetivos Gerais | Objetivos Específicos/ Competências | Adquirido | Em aquisição | Não Adquirido |
| | | | | | |
| Formação Pessoal e Social | Promover a socialização Estimular a expressão de sentimentos e emoções Fomentar a atenção e concentração Desenvolver a autonomia | Realizar tarefas de grupo | | X | |
| | | Festas/atividades entre os grupos de jardim | X | | |
| | | Oferecer do seu bolo de aniversário | X | | |
| | | Respeitar as opiniões dos outros | | X | |
| | | Saber esperar pela sua vez | X | | |
| | | Executar tarefas | X | | |
| | | Comer sozinho | | X | |
| | | Despir-se e vestir-se sozinho | | X | |
| Expressões e Comunicação do Domínio da Linguagem | <i>Linguagem Compreensiva:</i> Corresponder aos pedidos Descrever/ identificar imagens <i>Linguagem Expressiva:</i> Desenvolver a linguagem oral Comunicar com os outros | Obedece a ordens simples/pedidos | X | | |
| | | Aponta partes do corpo em si e no outro | X | | |
| | | Associa objetos à sua imagem | X | | |
| | | Mantém a atenção a ouvir uma história | X | | |
| | | Reage a rimas/ lengalengas | X | | |
| | | Ímita sons | X | | |
| | | Repete palavras mais comuns | X | | |
| | | Faz pedidos de uma palavra (dá...) | X | | |
| | | Nomeia objetos familiares | X | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|
| Expressões e Comunicação Domínio da Matemática | Explorar noções matemáticas: seriação, classificação, conjunto, tamanho, quantidade, número, volume, cor, forma Conseguir executar jogos de encaixe e puzzles | Formar conjuntos segundo a forma geométrica | X | | | |
| | | Comparar objetos segundo algumas propriedades | | X | | |
| | | Encaixa formas redondas, quadradas e triangulares num tabuleiro de formas | X | | | |
| | | Realiza puzzles de 3 a 5 peças | X | | | |
| Expressões e Comunicação Domínio das Expressões Motora Plástica Dramática Musical | <u>Expressão Motora:</u> Desenvolver a motricidade global, a flexibilidade e a coordenação Desenvolver a motricidade fina e destreza manual | Anda em diversas posições, corridas, saltos, fazer comboio | X | | | |
| | | Joga com bola | X | | | |
| | | Controla progressivamente o lápis | | X | | |
| | <u>Expressão plástica:</u> Explorar diversos materiais, texturas e técnicas Desenhar e pintar livremente | Faz enfiamentos | X | | | |
| | | Realiza atividades de manipulação e de expressão plástica : desenho, recorte, colagem, pintura, moldagem, digitinta e carimbos | X | | | |
| | <u>Expressão dramática:</u> Promover o jogo simbólico | Imita sons de animais | X | | | |
| | | Realiza jogos dramáticos (brincar na cozinha e garagem) | X | | | |
| | | Mima canções | X | | | |
| | <u>Expressão musical:</u> Memorizar e reproduzir canções simples Desenvolver a memória auditiva | Canta com o grupo | X | | | |
| | | | | | | |
| | Conhecimento do Mundo | Desenvolver o interesse e a curiosidade | Mostra curiosidade pelo que o rodeia | | X | |
| | | | Observa com atenção o meio que o rodeia | X | | |
| Desenvolver a capacidade de observação e exploração | | Observa, escolhe e manipula objetos e materiais | X | | | |

ANEXO 11



Avaliação Global das Competências/Aprendizagens

Ano letivo 2015/2016

Nome:

Data de nascimento: 04/10/2012

Data de avaliação: 10/01/2016

ÁREA DE FORMAÇÃO PESSOAL E SOCIAL

O Diogo é autónomo em quase todas as tarefas do dia a dia. É sociável com os amigos e adultos da instituição.

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|---------------------|--|
| ÁREA DE EXPRESSÃO E COMUNICAÇÃO | DOMÍNIO DAS EXPRESSÕES | EXPRESSÃO MOTORA | Boa coordenação a nível global e motricidade fina. |
| | | EXPRESSÃO DRAMÁTICA | O Diogo brinca ao jogo do faz de conta com os amigos nas diferentes áreas da sala. |
| | | DANÇA | Gosta de dança e realiza pequenas coreografias. |
| | | EXPRESSÃO PLÁSTICA | Realiza trabalhos utilizando vários materiais. Por vezes é preciso solicitá-lo para algumas tarefas. |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| | EXPRESSÃO MUSICAL | Adora música e domina alguns instrumentos musicais. |
| DOMÍNIO DA LINGUAGEM ORAL E ABORDAGEM À ESCRITA | | |
| O Diogo apresenta pouco vocabulário, constrói frases com 2 a 3 palavras. Tem vindo a evoluir .deve continuar a desenvolver a linguagem. Os seus registos gráficos são ainda reduzidos para a idade. Deve desenvolver o grafismo. | | |
| DOMÍNIO DA MATEMÁTICA | | |
| O Diogo apresenta conhecimentos nomeadamente os números. Realiza enfiamentos ,jogos e puzzles sem dificuldades. | | |
| ÁREA DO CONHECIMENTO DO MUNDO | | |
| Tem conhecimentos do mundo que o rodeia, mas é muito tímido participando pouco em grande grupo. | | |
| APRECIÇÃO GLOBAL | | |
| O Diogo deve continuar a trabalhar ,desenvolver a linguagem e participar mais em grupo. Verbalizar e expressar mais os seus sentimentos. | | |

S. Pedro Fins, 10 de janeiro de 2016

A Educadora de Infância

O Encarregado de Educação

ANEXO 12

Autorização do estudo de caso

[] na qualidade de encarregada de educação de []
[], autoriza que o seu educando possa
participar num estudo de caso que a realizar no ano letivo de 2015/2016,
no âmbito da Pós-Graduação em Educação de Ensino Especial.

Maia, 16 Março de 2016

[]

Anexo 13 a)

Entrevista a educadora de infância:

No âmbito da unidade curricular Seminário de projeto venho por este meio solicitar a sua colaboração na recolha de alguns dados para o trabalho em curso.

1 - Há quanto tempo acompanha esta criança?

Ora, estou com a criança A desde setembro de 2015, mas já o conhecia desde a creche, estava com uma educadora que me era próxima, tinha já alguma informação, porque me cruzava várias vezes com ele...também conheço os pais por serem de cá da freguesia.

2 – Como reagiu a criança ao mudar de educadora?

Muito bem, fiquei expectante pois nunca tive um menino com esta problemática, mas reagiu bem, penso que fazia, portanto, quando ele chegava à creche, fazia as mesmas birras que agora faz...mas é só por uns instantes...depois modifica completamente a birra em que está e depois vai brincar...mas não é nada de grave...

3 – Como interage a criança com os seus pares dentro da sala?

Bem...inicialmente juntava-se nas áreas com os colegas...eu ficava a observar as suas brincadeiras e ele tinha sempre um sorriso nos lábios mas ele não comunicava com os amigos, sorria quando eles por ventura faziam alguma pergunta...depois, bem, acho que só no 2º período mas já no final do 2º período é que comecei a reparar que quando os amigos lhe falavam, por vezes ele sorria e respondia... fiquei tão feliz nesse dia...acho que passei o dia a olhar para ele...depois no 3º período selecionou um amigo, bem, nem imagina...bem tornaram-se inseparáveis, sempre de mãos dadas, sentam-se sempre um ao lado do outro e brincam sempre os dois, nem queria acreditar... com o restante grupo continuou a observa-los ainda durante algum tempo...não sei precisar bem...mas neste momento ele já conversa com os amigos...não de uma forma muito expressiva...não com grandes diálogos, mas conversa com eles...e apesar de não conversar muito com eles, nota-se que o grupo gosta muito dele.

5 – No recreio, como interage com as outras crianças e no meio envolvente?

No recreio?!? Há...gosta muito de correr de um lado para o outro, mas sempre com o seu amigo sempre por perto, e se possível de mãos dadas... gosta de colocar os brinquedos em fila...temos brinquedos que reciclamos e ele procura os que são iguais e coloca-os todos direitinhos muito bem organizadinhos...assim alinhados...

6 – A criança tem algum interesse especial por algum objeto?

Sim, tem, ele costuma andar com um urso de pelúcia, um rato mickey, ele anda sempre com ele ate vai almoçar com ele...mas já tem acontecido esquecer-se em casa e ele não reclama...a mãe só me faz sinal que ele deixou em casa...mas corre sempre bem, não pergunta por ele.

7– Brinca com os amigos?

Sim, mas apenas com um, já falamos dele...é um amigo muito especial para ele, inseparáveis... com o restante grupo bem...interage, mas interage muito pouco.

8 -Tem algum amigo em especial?

Sim tem um, como já tinha dito...um rapaz que por acaso é da mesma faixa etária e ate faz anos no mesmo mês dele é coincidência...

9 – Na sua opinião, existe inclusão por parte das outras crianças?

Sim...nenhuma criança se afasta do menino intencionalmente, nas brincadeiras os amigos acabam por brincar com ele e noto que gostam dele e até o chamam...eles são bons meninos, brincam menos com o Diogo por ele é mais observador, não participa muito nas brincadeiras dos amigos, ele gosta de “estar na dele”, sem confusões é muito observador...

10 – Na hora da sesta, como é o seu sono?

Bem, inicialmente custava-lhe muito adormecer por vezes ficava uma hora agarrado ao mickey acordado...depois achei bem conversar com a mãe e decidimos que ele não iria dormir mais a sesta, a mãe tinha também em casa muita dificuldade em adormece-lo a noite quando por acaso ele dormia na escola, ela dizia que por vezes...tinha dias que era meia noite e ainda estava acordado.

11– A nível da linguagem, como está a evoluir?

A linguagem...eu penso que evoluiu bastante nestes meses, as terapias também contribuíram para isso a mãe é muito preocupada e tratou logo em coloca-lo em tudo e mais alguma coisa...bem estou a exagerar...mas sim a prontidão da mãe também ajudou a que o seu filho evoluísse.

12 – Nota na criança alguns comportamentos repetitivos?

Sim, mas nada de muito notório, gosta de correr de um lado para o outro e sorri de alegria, só isso, quer dizer...ele também gosta de ordenar coisas por exemplo os legos ele gosta de montar e depois desmonta e monta outra vez igual...faz isto muitas vezes...

13 – Qual a atividade preferida da criança?

Pois...ora, já disse legos... e qualquer coisa que tenha números e letras.

14 – Como reage a estímulos sensoriais?

Depende, adora musica e sons suaves, mas fica perturbado quando há muito barulho, ainda nesta sexta feira aqui na paróquia, lançaram foguetes porque neste fim de semana havia festa, o Diogo tapou os ouvidos e ficou muito inquieto...e por exemplo no refeitório nos entramos primeiro para almoçar e quando vêm mais tarde cerca de 15 minutos os mais velhos ele começa logo a tapar os ouvidos...ate com o mickey na mão e tudo!!!

15 – Já adquiriu o controlo esfinteriano? Se sim, como decorreu?

Pois...ainda não, houve uma tentativa e o resultado foi mau, teve de ir as urgências pois reteve o dia todo...mas pelo que já investiguei, não se deve pressionar...tem de ser com muita calma.

16 – Nas atividades orientadas pelo educador, como reage?

Depende das atividades, ele gosta de histórias e de tudo que esteja relacionado com números e letras, musica...adora!

17 – Qual é a atividade que menos gosta?

Sujar as mãos, digitintas, pinturas com dedos e mãos, mas acho que já esta melhor...bem, mas no inicio do ano nem imagina, ele ficava tão aflito quando sujava as mãos...agora não, gosta, mas já não reage tão mal...apenas foge da atividade e finge que não é nada com ele...faz de conta.

18– Qual a que mais gosta?

Gosta de música, a tabela de presenças e até já sabe identificar o nome dos amigos desde sei lá o segundo período...e gosta muito de legos.

19 – A sua motricidade está adequada à sua faixa etária?

Penso que ainda necessita de trabalhar mais a parte motora a sua locomoção é um pouco desajeitada ate parece por vezes um bebe grande a correr e mesmo nos trabalhos tem dificuldade em manusear, em pegar com precisão os lápis, mas é estranho eu sei , mas ele já consegue mesmo assim escrever palavras inteiras ele tem uma ótima memoria fotografica...

20 – Na alimentação, tem preferências por determinados alimentos de uma forma muito particular?

Sim, não gosta de experimentar alimentos novos, gosta muito de massa... ultimamente ate anda a comer muito bem...ando a estranhar!

21 – Como a família se relaciona com o Jardim-de-infância?

Tem um bom relacionamento e participa sempre que é solicitada, são muito interessados e então a mãe é fantástica...sempre muito presente mesmo...

22 -Enquanto futuras especialistas, o que nos aconselha quando tivermos de intervir com crianças com estas características?

Ui...isso é difícil de responder...bem, estas crianças são muito especiais, bem compreendidas e orientadas podem ter muito sucesso e serem muito felizes, mas acho que a família tem um papel fundamental, são elas o maior suporte da criança. Nós temos de fazer o nosso melhor e é necessário que estejam familiarizadas com o problema para que possam junto da criança fazer o melhor. Eu por exemplo ando sempre na net a ler coisas de autismo e asperger...tenho aprendido imensas coisas que não fazia ideia...aconselho vivamente a debruçarem-se sobre o assunto...é muito fascinante.

Anexo 13 b)

Entrevista à mãe da criança A

No âmbito da unidade curricular Seminário de projeto venho por este meio solicitar a sua colaboração na recolha de alguns dados para o estudo em curso.

1 - Na família, existiram algumas doenças? Se sim, quais?

Sim, mas nada que se saiba, parecido com o problema do Diogo, a avó materna é hipertensa o meu pai tem Parkinson e Demência, a minha sogra tem o colesterol alto e osteoporose. Já conversei com a minha mãe sobre este assunto e ela disse que eram só doenças normais, mas antigamente também não havia muita informação...

2 – Como decorreu a gravidez?

Normal, apenas tive, acho que foi com 7/8 meses de gravidez uma gripe...não me recordo se com amigdalite...de resto tive uma gravidez perfeitamente normal.

3 – O parto correu como havia planeado?

Sim, correu muito bem, não me recordo de ter tido coisas menos boas...correu tudo bem.

4 – O seu filho nasceu com quantas semanas de gestação?

Nasceu com 38 semanas porque foi programado e com cesariana, como queria fazer a laqueação fiz então cesariana, não me estava a ver depois a fazer outra cirurgia para fazer só laqueação, assim fiz tudo. Mas tive as minhas filhas por parto normal.

5 – Após o nascimento foi-lhe comunicado algum problema?

Não, correu tudo dentro da normalidade, era um bebé que gostava muito de dormir, a irmã mais velha berrava dia e noite!

6 – Como era o choro do seu filho nos primeiros meses de vida?

Normal...não notei nada de diferente das irmãs...aliás elas até a mais velha era mais chorona sempre a gritar...muito mais...de noite e de dia...

7 – Como reagiu aos primeiros alimentos sólidos?

Não muito mal, mas também não muito bem, aceitou bem o arroz, massa sopa, mas tem de ser passada, fiz algumas tentativas para ele comer sem passar e não consegui...

Acho que foi normal...

8 – E agora como é o sono do seu filho?

Uiii, é um problema...ele tem muita dificuldade em adormecer...deixou de dormir no infantário porque lá também não dormia, e quando acabava por adormecer era por pouco tempo, mas depois à noite, ai...a família toda adormecia primeiro do que ele...mesmo...

então deixou de dormir no infantário, mas a festa continua...adormece muito tarde é muito difícil...

9 – Usou algum objeto transicional quando frequentou pela primeira vez a creche ou já há mais tempo?

Sim tem, ele anda sempre com o mickey, mas só começou a andar mais frequentemente quando foi para a creche aos 23 meses, pelo que sei também andava sempre com ele, mas nestes últimos meses já o deixa por vezes em casa e mesmo quando saímos não o leva...às vezes anda na mochila a semana toda sem ele pedir...

10 - Quando se foi apercebendo de que alguma coisa não estaria bem no seu desenvolvimento?

Foi quando foi para a creche, durante esse ano letivo, em simultâneo com a educadora, fui-me apercebendo das diferenças com outras crianças.

A pediatra sempre me disse que os rapazes começam tudo mais tarde, que as meninas eram mais despachadas, mais precoces que era normal os rapazes serem mais atrasados em todas as fases do desenvolvimento.

11 – No âmbito da problemática que envolve o seu filho, com que aspetos teve/tem mais dificuldades em lidar?

Acho que foi na alimentação e no sono, as birras não são tão graves assim, lidamos bem com elas, foi mais na alimentação e no sono.

12 – E quais os aspetos que considera mais fáceis de ultrapassar?

As birras temos conseguido conviver com elas acho que não muito graves, até o acho calminho e bem disposto, penso que é o facto do meu filho ainda não ter largado as fraldas, ele controlar, controla bem, por exemplo, fomos à praia já por três vezes, ele fica sem fralda e não faz nada, só quando chegamos a casa é que pede a fralda e faz, quer seja o chichi, ou cocó. E quando lhe tiro ele nunca faz, espera sempre que ponha a fralda.

13 – Quando disse as primeiras palavras?

Penso que foi aos 18 meses, não me recordo bem...se eu soubesse que me iam fazer sempre estas perguntas eu tinha registado tudo...sei que disse Bea, o nome da irmã...

14 – Quando construiu as primeiras frases?

Ele iniciou a terapia da fala em Junho de 2015, passado um mês ou dois ele começou a construir frases...lembro-me que estávamos de férias e ele já conseguia dizer algumas palavras na mesma frase...

15 – Com quantos meses brincou ao faz de conta?

Lembro-me perfeitamente desse dia...foi em Janeiro deste ano, tinha 39 meses, ele estava em casa na sala e de repente virou-se para a irmã e disse, olha Bea, sou um gato...e andou de quatro a fingir que era um gato, depois desse dia também, já cozinhava e dava a comida às manas para comer...

16– Com crianças?

Com crianças no infantário não sei, a educadora diz que ele agora brinca ao faz de conta, mas não sei precisar desde quando.

17– E com adultos?

Foi a partir de Janeiro deste ano como já tinha dito...

18 – Tenta estimular o seu filho em casa e nas vivências do dia a dia?

Não é um objetivo, não vivo em função disso, mas tento, claro que vou tentando, mas no dia a dia não há tempo.

19 – Segue algum programa específico de estimulação?

Não, só as terapias, não tenho programa extra terapias, claro que me vão dando umas dicas, mas não um programa.

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO 13 c)

Entrevista à terapeuta ocupacional

No âmbito da unidade curricular Seminário de projeto venho por este meio solicitar a sua colaboração na recolha de alguns dados para o estudo em curso.

Entrevista à terapeuta ocupacional

1 -Como chegou até si a situação da criança A?

Bem, a criança A foi encaminhado para o serviço de terapia da fala pela Dr^a Alda Coelho, médica pedopsiquiatra do hospital de São João no dia 30 de junho de 2015, tive que ver no processo pois já não tinha presente a data nem como era a criança na altura em que me chegou, são muitas as crianças que acompanho, onde referia suspeita de Perturbação do Espectro Autista.

2- Quando teve o primeiro contacto com a criança, o que achou do seu desenvolvimento?

O acompanhamento da criança foi efetuado a partir do dia 2 de julho de 2015 no Centro de Medicina Física e reabilitação a fisioErmesinde, e no início da intervenção, a criança A apresentava dificuldades comunicativas marcadas, nomeadamente no que diz respeito ao estabelecimento do contacto ocular, noção de turnos comunicativos, como também o cumprimento de regras de sala e pela aceitação do “não”. Para além disso, a criança apresentava dificuldades no cumprimento de instruções simples direcionadas ao corpo e apoiadas no contexto, bem como na utilização de competências pragmáticas. A criança apresentava nessa altura como diagnóstico diferencial uma marcada Perturbação da comunicação e um atraso no Desenvolvimento da Linguagem, congruentes com a suspeita de diagnóstico de Perturbação do Espectro Autista.

3 –E atualmente? Como situaria o seu desenvolvimento?

Ora...após 1 ano de intervenção cá na clinica, a criança apresentou evoluções muito significativas, ela apresenta-se agora muito mais comunicativa e interativa com o outro, recordo-me que quando veio, ele socorria sempre à mãe quando lhe era colocado alguma tarefa ou questão, sim a mãe inicialmente assistia às sessões, mas quando ele se adaptou...bem...começou a manipular o contexto, fazia birras e não estava a colaborar, então pedimos à mãe para deixar de assistir pois notei que a criança A tinha estagnado no seu desenvolvimento, a mãe concordou e rapidamente a criança A percebeu não podia dominar o contexto. Atualmente a criança com um vocabulário cada vez mais consistente, maior número de elementos por frase e um discurso mais aproximado ao que é desejável para a sua faixa etária. Para além disso, já consegue estabelecer contacto ocular com o

interlocutor e apresenta emergentes as competências de jogo simbólico e atenção conjunta. Contudo e apesar de os progressos da criança A serem notáveis para o tempo de intervenção e dele se apresentar uma criança cada vez mais funcional nos vários contextos, ainda existem algumas dificuldades a serem ultrapassadas para que a criança apresente um desenvolvimento mais aproximado da norma.

4 – Diga o que pensa sobre a interação entre pares relativamente à criança.

Como já disse anteriormente a criança A está mais comunicativa com o outro isto é, com o adulto, uma vez que as sessões são individualizadas, a criança não tem muita oportunidade de interagir com pares, neste contexto onde nos encontramos. Em tempos pensei, em conjunto com a terapeuta da fala, promover estes momentos, mas não foi possível, mas sempre que é possível, procuro momentos de curta duração de interação com outras crianças que se encontram a realizar intervenção com outras terapeutas. A reação da criança A é tendencialmente a isolar-se e revela maior dificuldade na interação com crianças do que com adultos, mesmo assim penso que tem tido progressos.

5 – Acha que houve evolução a nível relacional nestes últimos meses?

Sim, ao longo da intervenção terapêutica foi progredindo, pelo que considero que a criança tem vindo a apresentar cada vez mais competências de interação e adaptação ao outro e ao contexto.

6 – Que tipo de procedimentos utiliza para promover a interação social?

Tenho a preocupação em promover a comunicação/interação com o outro através de experiências lúdicas e agradáveis para que a criança se sinta motivada a comunicar com vários interlocutores e em vários contextos. Para além disso, é importante que a criança aprenda a utilizar a fala com funcionalidade comunicativa e de acordo com os padrões linguísticos adequados à sua faixa etária.

7 – Que tipo de terapias/técnicas ou atividades acha mais aconselháveis para colmatar o défice?

Mais do que técnicas é fundamental que a criança tenha uma equipa que trabalhe com ela, que conheça as suas áreas fortes e fracas e que a saiba motivar para a comunicação e para a aprendizagem. Para além disto as técnicas a aplicar vão depender da criança em questão, do seu prognóstico e das conquistas que for alcançando ao longo da intervenção terapêutica.

Penso que não existe propriamente um protocolo a seguir na intervenção, depende de criança para criança, porque cada criança tem o seu tempo e o seu ritmo de aprendizagem e nós, só temos de saber respeitá-lo, todas as crianças com Autismo são

diferentes, acredite que não posso dizer aquela criança é parecida com aquela, não, são mesmo completamente diferentes.

8 – Como se comporta habitualmente a criança nas suas sessões?

A criança A é muito cativante e motivada para a intervenção, mas nem sempre foi assim. No início da intervenção ele vinha muito motivado para a terapia e teve uma evolução notável durante vários meses de intervenção. A criança A começou a realizar terapia ocupacional e psicologia e o seu tempo de intervenção começou a ser maior. Nesta fase o Diogo começou a modificar o seu comportamento, apoiando-se na mãe para manipular o contexto em seu favor, como já referi na questões anteriores, e por esse motivo e por o seu comportamento estar a influenciar a sua progressão terapêutica, desde que a criança A começou a entrar sozinho, de modo a que as terapeutas pudessem controlar mais o contexto e o seu comportamento. Agora porta-se muito bem nas sessões, colabora e realiza as atividades propostas, apresenta progressos na autonomia, mas durante a realização das atividades, a criança tenta controlar o ambiente para satisfazer as suas vontades e revela baixa capacidade de resistência à frustração e recorre por vezes a birras, como também já referi anteriormente, para satisfazer as suas necessidades emocionais e instrumentais no momento. É preciso ter em conta que estes comportamentos são considerados normativos para a idade em que se encontra.

9 – No seu entender quais são as áreas fortes da criança?

Neste momento, a criança A apresenta como áreas fortes a perceção visual, memória, tempo de permanência em atividades e a compreensão verbal oral.

10 – E quais são as áreas fracas? Penso que já respondeu...

Sim já..

11- Tendo em conta que teve acesso ao relatório para o medico da educadora da creche, das características que a criança apresentava quando frequentava a creche, quais as que já foram superadas?

Penso que já respondi anteriormente...

12 – No que se refere ao comportamento, como reage normalmente às terapias? Bem, também já respondeu...

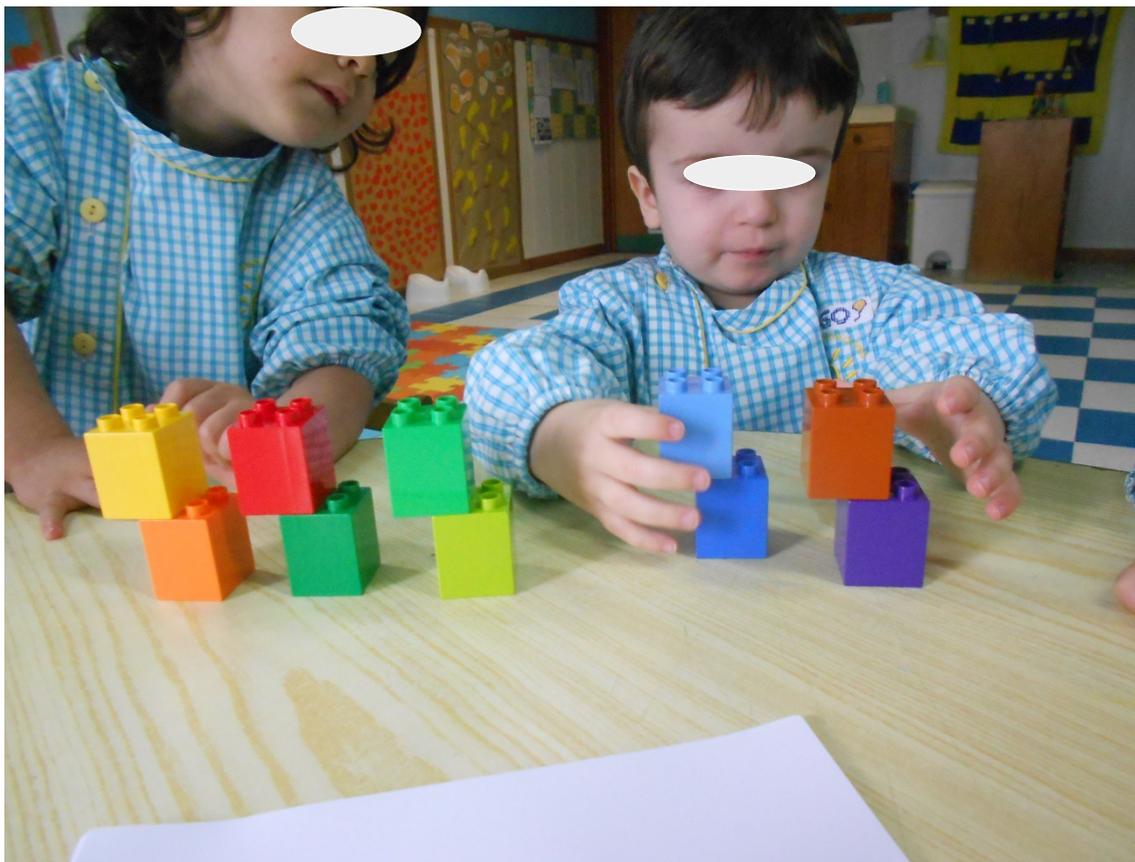
13 – Enquanto futuras especialistas, o que nos aconselha quando tivermos de intervir com crianças com estas características?

Tal como já referi anteriormente, considero que é necessário que exista uma equipa de intervenção multidisciplinar que conheça a criança, que saiba como ela lida com as diferentes situações e em diferentes contextos, que utilizem as mesmas estratégias e que promovam as mesmas competências no mesmo momento. A colaboração do

professor/educador no processo terapêutico é muito importante para o prognóstico de várias Perturbações, nomeadamente a PEA, cada vez mais as crianças passam mais tempo nas escolas, por isso é muito importante que as estratégias que são passadas aos pais sejam também aplicadas em contexto escolar, assim, é fundamental que exista uma boa colaboração entre todos os profissionais, para que estes se possam articular de modo a conseguirem, juntos otimizar o desenvolvimento da criança.

Muito obrigada pela colaboração.

ANEXO 14



A criança A passa cerca de uma hora a realizar esta construção, montando e desmontando sistematicamente.

ANEXO 15



Ficou muito aflito pois ao colar os botões em cima da cola sujou o dedo.

ANEXO 16



Não gosta de tocar na massa de farinha

ANEXO 17



A criança A no recreio selecionava os objetos iguais e ordenava-os.

ANEXO 18



Algumas crianças da sala decidiram fazer um comboio e colocaram cadeiras em fila, as restantes crianças juntaram-se ao grupo e foram buscar mais cadeiras de modo a que cada criança tivesse o seu lugar, não se esquecendo da criança A um amigo colocou uma cadeira e disse, “- Anda vem sentar!” A criança A não se sentou, mas estava tão feliz, sorria enquanto corria de um lado para o outro da sala, nunca se sentou apesar de várias tentativas de outras crianças.

ANEXO 19



A criança A desvia sempre o olhar quando alguém lhe tira fotografias

Anexo 20



Enquanto os adultos tratam da hora da sesta das crianças, a criança A dispõe o calçado dos amigos de uma forma muito organizada e quando repara que lhes estão a tirar fotografias, desvia o olhar.

ANEXO 21



A criança A não gosta de mexer em nada que seja novo e com texturas diferentes, com a ajuda da educadora colocou as mãos contrariado na mousse de chocolate e ficou muito aflito querendo limpar as suas mãos.

Anexo 22

Atividade 1

Intervenção - interação entre pares

Competência (s) a desenvolver:

- Promover a interação entre pares
- Saber esperar pela sua vez;
- Respeitar a atividade em pares;
- Promover o sentido de partilha;

Recurso(s) utilizados

Computador

Descrição-resumo da proposta de atividade:

A criança é convidada a realizar um jogo no computador, (tem um especial interesse pelas tecnologias). O jogo é constituído por seis puzzles, os quais, três são fotografias da criança com PEA e as outras três são do seu par.

Resultados/avaliação- aprendizagem da criança:

A criança reagiu muito bem à atividade proposta. Ficou bastante entusiasmada apesar de ter havido necessidade de reforçar a exemplificação das instruções, uma segunda vez. A criança teve ajuda do adulto para manusear o rato, no entanto, oralmente e apontando, direcionava o jogo de forma correta.

“A utilização de meios informáticos, a partir da educação pré-escolar, pode ser desencadeadora de várias situações de aprendizagem (...)”, (OCPE, 1998, p.72).



ANEXO 23

Atividade 2

Dia 7 de Maio:

1. Na sala dos três anos

A educadora preparou uma atividade após o acolhimento, onde o tema da atividade intitula-se “a magia do roxo”. A história (com o suporte a figuras) era muito apelativa. A criança A, manteve-se muito atenta e sorriu várias vezes. No final as crianças misturaram as 2 cores da história e verificaram que se transformou numa só cor, (roxa). A criança A sorriu e mostrou um ar de felicidade.

No seguimento da atividade, a educadora propôs ao grupo que pintassem as mãos com as cores da história, com as tintas nas mãos sugeriu que as misturassem muito bem, e o resultado final seria como o da história, sairia a cor roxa.

Praticamente todo o grupo se prontificou a realizar a atividade arregaçando as mangas das camisolas e levantando-se em direção à área das expressões. A criança A ficou sentada e o seu rosto já não tinha o sorriso, a educadora por sua vez, sorriu e manteve a ordem pedindo às crianças para se sentarem-se. Como habitualmente dividiu as crianças pelas várias áreas consoante os pedidos das mesmas e a criança A, não se manifestou, a educadora sugeriu que fosse para a cozinha (pois lá estava o seu amigo), mas reforçou que mais tarde iria para a área da “pintura” para fazer a magia.

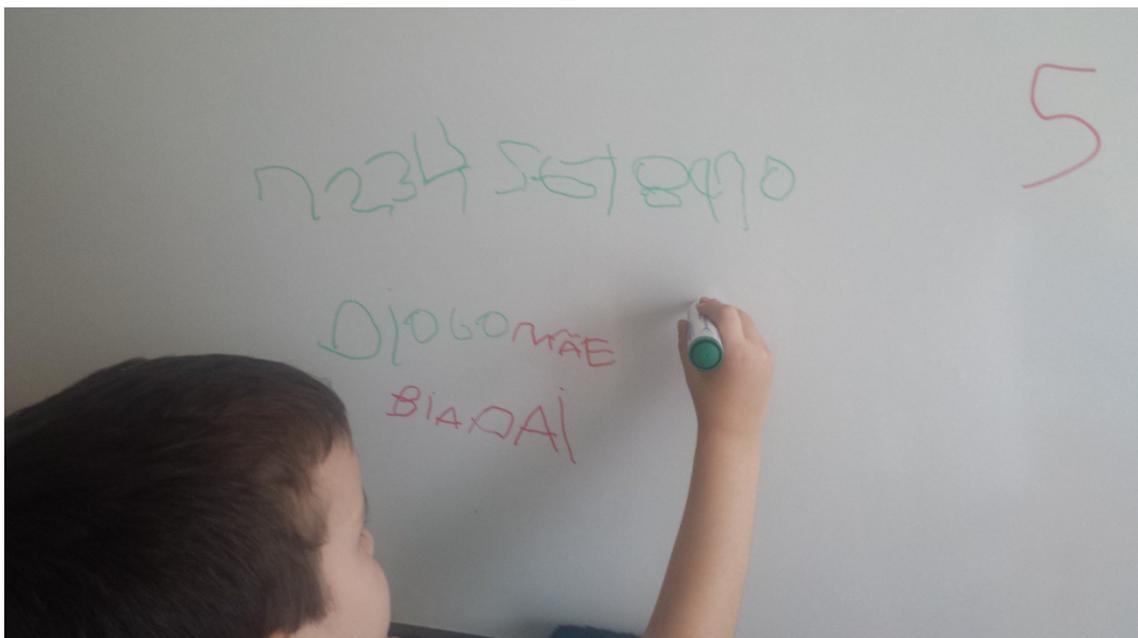
As crianças iam-se aproximando à medida que os amigos iam terminando, no entanto a criança A não mostrava qualquer interesse. Quando todos haviam realizado a “magia”, a educadora chamou pela criança A, ela aproximou-se e a sua expressão facial demonstrava que não queria realizar a tarefa. Com a ajuda da educadora e conversando com ela foi pintando as suas mãos e misturou as cores, a criança A estava ansiosa que lhes tirassem a pintura das suas mãos. (Anexo 15)

“As histórias da linguagem oral e abordagem à escrita, recontadas e inventadas pelas crianças, de memória ou a partir de imagens, são um meio de abordar o texto narrativo que, para além de outras formas de exploração, noutros domínios de expressão, suscitam o desejo de aprender” (OCPE, 1998, p.70).

“ A identificação e nomeação de cores, a mistura de cores básicas para formar outras, são aspetos da experiência plástica que se ligam com a linguagem e o conhecimento do mundo (...)", (OCPE, 1998, p.62).



Anexo 24



A criança A diverte-se a escrever números e letras, construindo inclusive palavras.

Anexo 25

Análise Conteúdo Autismo

Matrizes conceptuais de análise de conteúdo

Tabela 1 – Tema: Desenvolvimento da Intervenção efetuada com a criança A

| Categoria | Subcategoria | Sub subcategoria | Indicadores | Unidades de contexto |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|--|--|
| Identificação de Défices | Interação Social e Comunicação | | <p>Dificuldade inicial da criança em ajustar o seu comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais, nomeadamente no que concerne à compreensão e cumprimento de regras de sala e instruções simples;</p> <p>Escassa colaboração inicial nas tarefas propostas;</p> <p>Défices iniciais acentuados nas interações e comportamentos comunicativos, sobretudo no estabelecimento do contacto ocular e compreensão de turnos comunicativos, bem como na área de competências pragmáticas.</p> | <p>“(…) no início da intervenção, a criança A apresentava dificuldades comunicativas marcadas, nomeadamente no que diz respeito ao estabelecimento do contacto ocular, noção de turnos comunicativos (Terapeuta Ocupacional – TO)”.</p> <p>“(…) bem como na utilização de competências pragmáticas. A criança apresentava nessa altura como diagnóstico diferencial uma marcada Perturbação da Comunicação e um atraso no Desenvolvimento da Linguagem, congruentes com a suspeita de diagnóstico de Perturbação do Espectro Autista (TO)”.</p> <p>“(…) o cumprimento de regras de sala e pela aceitação do “não”. Para além disso, a criança apresentava dificuldades no cumprimento de instruções simples direcionadas ao corpo e apoiadas no contexto (TO)”.</p> <p>“(…) inicialmente juntava-se nas áreas com os colegas...eu ficava a observar as suas brincadeiras e ele tinha sempre um sorriso nos lábios, mas ele não comunicava com os amigos (Educadora de Infância – EI)”.</p> <p>“Foi quando foi para a creche, durante esse ano letivo, em simultâneo com a educadora, fui-me apercebendo das diferenças com outras crianças (Mãe da criança A – MA)”.</p> |

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|---|--|
| | <p>Padrões de Comportamento</p> | <p>Comportamentos restritos e repetitivos</p> | <p>Movimentos motores repetitivos (correr de um lado para o outro e alinhar brinquedos – legos);</p> <p>Uso repetitivo de objeto (boneco do rato Mickey);</p> <p>Insistência nas mesmas coisas (correr de um lado para o outro e sempre com o amigo favorito);</p> <p>Adesão inflexível a rotinas, nomeadamente no início da intervenção, com manifestações de desagrado e tentativas de manipulação do contexto;</p> <p>Padrões ritualizados de comportamento não verbal, tais como sorrir constantemente;</p> <p>Dificuldades com transições e mudanças, como a introdução de alimentos diferentes na dieta, verificando-se a insistência na ingestão dos mesmos alimentos diariamente;</p> <p>Hiper-reatividade a determinados estímulos</p> | <p>“(...) gosta muito de correr de um lado para o outro, mas sempre com o seu amigo sempre por perto, e se possível de mãos dadas (EI)”.</p> <p>“(...) gosta de colocar os brinquedos em fila... temos brinquedos que reciclamos e ele procura os que são iguais e coloca-os todos direitinhos muito bem organizadinhos... assim alinhados... gosta de ordenar coisas, por exemplo os legos ele gosta de montar e depois desmonta e monta outra vez igual...faz isto muitas vezes (EI)”.</p> <p>“(...) ele costuma andar com um urso de pelúcia, um rato mickey, ele anda sempre com ele, até vai almoçar com ele... mas já tem acontecido esquecer-se em casa e ele não reclama (EI)”.</p> <p>“(...) ele anda sempre com o mickey, mas só começou a andar mais frequentemente quando foi para a creche aos 23 meses, pelo que sei também andava sempre com ele, mas nestes últimos meses já o deixa por vezes em casa e mesmo quando saímos não o leva... às vezes anda na mochila a semana toda sem ele pedir (MA)”.</p> <p>“(...) começou a manipular o contexto, fazia birras e não estava a colaborar (...) revela baixa capacidade de resistência à frustração e recorre por vezes a birras (TO)”.</p> <p>“(...) sorria quando eles por ventura faziam alguma pergunta (EI)”.</p> <p>“(...) não gosta de experimentar alimentos novos (...) gosta muito de massa... (EI)”.</p> <p>“(...) sopa, tem de ser passada, fiz algumas tentativas para ele comer sem passar e não consegui (MA)”.</p> <p>“(...) ele fica perturbado quando há muito barulho, ainda nesta sexta feira aqui na paróquia, lançaram foguetes porque neste fim de semana havia festa, tapou os ouvidos e ficou muito inquieto... e por exemplo, no refeitório, nós entramos primeiro para almoçar e quando vêm mais tarde, cerca de 15 minutos, os mais velhos, ele começa logo a tapar os ouvidos... até com o mickey na mão e tudo (EI)”.</p> |
|--|---------------------------------|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Criança sinalizada como suspeita de possuir PEA;</p> <p>Acompanhamento realizado no Centro de Medicina Física e Reabilitação (FisioErmesinde);</p> <p>Intervenção efetuada através dos serviços de Terapia Ocupacional e Psicologia;</p> <p>Tentativa inicial de manipulação do contexto por parte da criança;</p> <p>Ausência da mãe das sessões como estratégia para minimizar essas tentativas de manipulação;</p> <p>Promoção de atividades que privilegiem a comunicação e interação entre pares em contextos diversificados e com termos linguísticos adequados à sua faixa etária.</p> <p>Atuação da equipa é fator decisivo para o sucesso: conhecer, compreender, motivar e trabalhar conjuntamente</p> | <p>“(…) a criança A foi encaminhado para o serviço de terapia da fala pela Dr^a Alda Coelho, médica pedopsiquiatra do hospital de São João no dia 30 de junho de 2015 (…) onde referia suspeita de Perturbação do Espectro Autista (TO)”.</p> <p>“O acompanhamento da criança foi efetuado a partir do dia 2 de julho de 2015 no Centro de Medicina Física e Reabilitação, a FisioErmesinde (TO)”.</p> <p>“(…) estou com a criança A desde setembro de 2015, mas já o conhecia desde a creche, estava com uma educadora que me era próxima, tinha já alguma informação, porque me cruzava várias vezes com ele… também conheço os pais por serem de cá da freguesia (EI)”.</p> <p>“(…) fiquei expectante, pois nunca tive um menino com esta problemática, mas reagiu bem (EI)”.</p> <p>“A criança A começou a realizar terapia ocupacional e psicologia e o seu tempo de intervenção começou a ser maior (TO)”.</p> <p>“(…) quando veio, ele socorria sempre à mãe quando lhe era colocado alguma tarefa ou questão, sim, a mãe inicialmente assistia às sessões (…) mas pedimos à mãe para deixar de assistir pois notei que a criança A tinha estagnado no seu desenvolvimento, a mãe concordou e rapidamente a criança A percebeu que não podia dominar o contexto (TO)”.</p> <p>“Nesta fase o A começou a modificar o seu comportamento, apoiando-se na mãe para manipular o contexto em seu favor (…) e por esse motivo e por o seu comportamento estar a influenciar a sua progressão terapêutica, a criança A começou a entrar sozinha, de modo a que as terapeutas pudessem controlar mais o contexto e o seu comportamento (TO)”.</p> <p>“(…) uma vez que as sessões são individualizadas, a criança não tem muita oportunidade de interagir com pares, neste contexto onde nos encontramos. Em tempos pensei, em conjunto com a terapeuta da fala, promover estes momentos, mas não foi possível (TO)”.</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Défices iniciais detetados ainda se mantêm, embora em menor grau;</p> <p>Evolução favorável da condição da criança após o tempo de intervenção efetuado;</p> <p>Manutenção das tentativas de manipulação do contexto e das manifestações de desagrado, mas com menos frequência;</p> <p>Colaboração e realização das atividades propostas após a intervenção;</p> <p>Evolução satisfatória da sua autonomia;</p> <p>Melhorias na sua interação e comunicação social, nomeadamente com os adultos e estabelecimento de relações sociais com uma criança da mesma idade;</p> <p>Maior interação com as restantes crianças, embora não muito significativa;</p> | <p>“(...) apesar de os progressos da criança A serem notáveis para o tempo de intervenção e dele se apresentar uma criança cada vez mais funcional nos vários contextos, ainda existem algumas dificuldades a serem ultrapassadas para que a criança apresente um desenvolvimento mais aproximado da norma (TO)”.</p> <p>“A criança A é muito cativante e motivada para a intervenção, mas nem sempre foi assim. No início da intervenção ele vinha muito motivado para a terapia e teve uma evolução notável durante vários meses de intervenção (TO).</p> <p>“Agora porta-se muito bem nas sessões, colabora e realiza as atividades propostas, apresenta progressos na autonomia, mas durante a realização das atividades, a criança tenta controlar o ambiente para satisfazer as suas vontades (...) e como também já referi anteriormente, para satisfazer as suas necessidades emocionais e instrumentais no momento. É preciso ter em conta que estes comportamentos são considerados normativos para a idade em que se encontra (TO)”.</p> <p>“(...) quando ele chegava à creche, fazia as mesmas birras que agora faz... mas é só por uns instantes... depois modifica completamente a birra em que está e depois vai brincar... mas não é nada de grave (EI)”.</p> <p>“As birras temos conseguido conviver com elas, acho que não são muito graves, até o acho calminho e bem-disposto (MA)”.</p> <p>“(...) (melhorou) tempo de permanência em atividades (TO)”.</p> <p>“(...) a criança A está mais comunicativa com o outro, isto é, com o adulto (...). A reação da criança A é tendencialmente a isolar-se e revela maior dificuldade na interação com crianças do que com adultos, mesmo assim penso que tem tido progressos (TO)”.</p> <p>“Com crianças no infantário não sei, a educadora diz que ele agora brinca ao faz de conta, mas não sei precisar desde quando (...) com adultos... Foi a partir de Janeiro</p> |
|--|--|--|---|--|

Tabela 2 – Tema: Estágio de Desenvolvimento da Aprendizagem da criança A após a intervenção

| Categoria | Subcategoria | Sub subcategoria | Indicadores | Unidades de Contexto |
|--------------|--------------|------------------|---|--|
| Aprendizagem | Cognitiva | | <p>Progresso nos processos de memorização, compreensão verbal oral, desenvolvimento de linguagem escrita e nas competências de jogo simbólico (neste caso, o jogo do faz de conta) e atenção conjunta;</p> <p>Preferência pelas atividades relacionadas com música, números e letras.</p> | <p>“(...) apresenta emergentes as competências de jogo simbólico e atenção conjunta (TO)”.</p> <p>“Memória (TO)”.</p> <p>“(...) compreensão verbal oral (TO)”.</p> <p>“A linguagem... eu penso que evoluiu bastante nestes meses, as terapias também contribuíram para isso (EI)”.</p> <p>“Depende das atividades, ele gosta de histórias e de tudo que esteja relacionado com números e letras, musica... adora (EI)”!</p> <p>“Gosta de música, a tabela de presenças e até já sabe identificar o nome dos amigos desde sei lá o segundo período... e gosta muito de legos (EI)”.</p> <p>“(...) ele já consegue mesmo assim escrever palavras inteiras, ele tem uma ótima memória fotográfica (EI)”.</p> <p>“(as primeiras palavras) Penso que foi aos 18 meses, não me recordo bem... sei que disse Bea, o nome da irmã (MA)”.</p> <p>“Ele iniciou a terapia da fala em junho de 2015, passado um mês ou dois ele começou a construir frases... lembro-me que estávamos de férias e ele já conseguia dizer algumas palavras na mesma frase (MA)”.</p> <p>“(quando brincou ao faz de conta pela primeira vez) foi em Janeiro deste ano, tinha 39 meses, ele estava em casa, na sala, e de repente virou-se para a irmã e disse, olha Bea, sou um gato... e andou de quatro a fingir que era um gato, depois desse dia também, já cozinhava e dava a comida às manas para comer (MA)”.</p> |

| | | | | |
|--|-----------|--|---|---|
| | Motora | | <p>Manutenção de défices no desenvolvimento motor, nomeadamente na locomoção e no manuseamento de determinados objetos, como os lápis.</p> | <p>“Penso que ainda necessita de trabalhar mais a parte motora, a sua locomoção é um pouco desajeitada, até parece por vezes um bebé grande a correr e mesmo nos trabalhos tem dificuldade em manusear, em pegar com precisão os lápis (EI)”.</p> |
| | Sensorial | | <p>Desenvolvimento positivo na área de perceção visual;</p> <p>Hiper-reatividade a sons fortes por parte da criança, que prefere sons mais agradáveis, como música.</p> | <p>“Neste momento, a criança A apresenta como áreas fortes a perceção visual (TO)”.</p> <p>“(…) adora música e sons suaves (EI)”.</p> |

Tabela 3 – Tema: Estágio dos Processos Fisiológicos da criança A após a intervenção

| Categoria | Subcategoria | Sub subcategoria | Indicadores | Unidades de Contexto |
|------------------------|-----------------------|------------------|--|---|
| Processos Fisiológicos | Alimentação | | Apesar das rejeições manifestadas pela criança face à introdução de novos alimentos na sua dieta e apesar da sua insistência em comer sempre o mesmo, o seu processo de alimentação tem decorrido da melhor forma. | “(…) ultimamente até anda a comer muito bem...ando a estranhar (EI)”. “(…) aceitou bem o arroz, massa, sopa, acho que foi normal (MA)”. |
| | Sono | | Dificuldade em adormecer, tanto em casa como na instituição. | “(…) inicialmente custava-lhe muito adormecer, por vezes ficava uma hora agarrado ao mickey acordado... depois achei bem conversar com a mãe e decidimos que ele não iria dormir mais a sesta, a mãe tinha também em casa muita dificuldade em adormecê-lo à noite, quando por acaso ele dormia na escola, ela dizia que por vezes... tinha dias que era meia noite e ainda estava acordado (EI)”. “(…) é um problema... ele tem muita dificuldade em adormecer... deixou de dormir no infantário porque lá também não dormia, e quando acabava por adormecer era por pouco tempo, mas depois à noite, ai... a família toda adormecia primeiro do que ele... mesmo... então deixou de dormir no infantário, mas a festa continua... adormece muito tarde, é muito difícil (MA)”. |
| | Controlo do Esfíncter | | Criança detém o controlo dos esfíncteres, mas não urina nem evacua sem fralda. | “(controlo esfíncteriano) houve uma tentativa e o resultado foi mau, teve de ir as urgências pois reteve o dia todo.... mas pelo que já investiguei, não se deve pressionar... tem de ser com muita calma (EI)”. “(…) penso que é o facto do meu filho ainda não ter largado as fraldas, ele controlar, controla bem, por exemplo, fomos à praia já por três vezes, ele fica sem fralda e não faz nada, só quando chegamos a casa é que pede a fralda e faz, quer seja o chichi, ou cocó. E quando lhe tiro ele nunca faz, espera sempre que ponha a fralda (MA)”. |

ANEXO 26

Creche e Pré-escolar de S. Pedro Fins SCMM

| Códigos | |
|-------------------------------------|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Adquirido |
| <input type="checkbox"/> | Não Adquirido |
| <input type="checkbox"/> | Adquirido com ajuda |

REGISTO INDIVIDUAL DE OBSERVAÇÕES 2 - 3 ANOS

Nome da criança: *Diogo*
 Data de Nascimento: *4-9-2012*
 Educador: *Carla Espic Rodrigues*

Ano Lectivo: *2014/2015*

| COGNIÇÃO: continuação | L.B | 1ºP | 2ºP | 3ºP | Observações |
|--|-----|-----|-----|-----|-----------------------------------|
| Empilha 4 argolas por ordem numa haste vertical | | NA | NA | NA | |
| ponta para 3 cores nomeadas | | NA | AA | A | |
| Compreende o conceito de 1, 2 e 3 | | NA | AA | A | |
| Aponta o mais alto/baixo e o mais curto/comprido | | | | | <i>Não foi proposto atividade</i> |

| LINGUAGEM: | L.B | 1ºP | 2ºP | 3ºP | Observações |
|--|-----|-----|-----|-----|-------------|
| Usa adjectivos comuns: quente, frio, grande, pequeno | | NA | A | A | |
| Descreve acções em imagens | | NA | NA | NA | |
| Combina substantivos com adjectivos (bola grande) | | NA | NA | AA | |
| Combina verbos e substantivos (bebe leite, papá vai) | | NA | NA | NA | |
| Combina nomes, verbos e adjectivos (carro grande papá) | | NA | NA | AA | |
| Diz o sexo quando se lhe pergunta | | NA | NA | NA | |
| Emprega formas regulares de plural | | NA | NA | NA | |
| Diz "eu", "mim", "meu" em lugar do seu próprio nome | | NA | AA | A | |
| Ao falar refere-se a si mesmo pelo nome próprio | | NA | AA | A | |
| Imita vozes dos animais | | NA | AA | AA | |
| Define objectos pelo uso | | AA | AA | A | |
| Reconhece 4 ou mais partes do corpo | | AA | A | A | |
| Responde a perguntas "Onde e Quem" | | NA | NA | NA | |

| SOCIALIZAÇÃO: | L.B | 1ºP | 2ºP | 3ºP | Observações |
|--|-----|-----|-----|-----|--|
| Obedece a uma ordem que implique deslocação a outra sala | | NA | NA | NA | |
| Obedece a uma série de 2 ordens relacionadas | | NA | NA | NA | |
| Escuta histórias ou músicas | | A | A | A | <i>Recentemente já se concentra na hora do conto</i> |
| Diz "por favor" e "obrigado" quando se lhe chama a atenção | | NA | NA | AA | |
| Brinca disfarçando-se com roupas de adulto | | | | | <i>Não foi proposto atividade</i> |

Creche e Pré-escolar de S. Pedro Fins SCMM

| Códigos | |
|-------------------------------------|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Adquirido |
| <input type="checkbox"/> | Não Adquirido |
| <input type="checkbox"/> | Adquirido com ajuda |

REGISTO INDIVIDUAL DE OBSERVAÇÕES 2 - 3 ANOS

Nome da criança: Diogo
 Data de Nascimento: 4-10-2012
 Educador: Carla Sofia Rodrigues

Ano Lectivo: 2014/2015

| SOCIALIZAÇÃO: continuação | L.B | 1ºP | 2ºP | 3ºP | Observações |
|---|-----|-----|-----|-----|----------------------------|
| Espera pela sua vez num jogo de grupo | | A | A | A | |
| Pede licença para mexer num brinquedo que o amigo tem | | NA | AA | AA | |
| Entende o telefone e mantém uma conversa simulada | | | | | Não foi proposta atividade |

| AUTONOMIA: | L.B | 1ºP | 2ºP | 3ºP | Observações |
|---|-----|-----|-----|-----|----------------------------|
| Pede para ir ao quarto de banho... | | - | - | - | |
| Por gestos ou mímica... | | - | - | - | |
| Mesmo quando é tarde de mais... | | - | - | - | |
| A tempo... | | - | - | - | |
| Só tem um descuido por semana | | - | - | - | |
| Não se molha durante a sesta | | - | - | - | |
| Controla o esfíncter anal | | - | - | - | |
| Quando se lhe dá uma toalha, seca as mãos sem ajuda | | AA | AA | AA | |
| Despe roupa simples já desabotoada | | AA | AA | AA | |
| Pendura o casaco num cabide à sua altura | | | | | Não foi proposta atividade |
| Desaperta molas na roupa | | NA | NA | NA | |
| Tira e calça meias | | A | A | A | tira meias |
| Tira e calça sapatos | | A | A | A | tira sapatos |
| Usa bem uma colher sem se sujar muito | | AA | AA | AA | |
| Consegue abrir uma porta | | NA | AA | A | |
| Desenrosca um frasco | | | AA | A | Não foi proposta atividade |

Creche e Pré-escolar de S. Pedro Fins SCMM

Códigos

- Adquirido
- Não Adquirido
- Adquirido com ajuda

REGISTO INDIVIDUAL DE OBSERVAÇÕES 2 - 3 ANOS

Nome da criança: Diogo

Data de Nascimento: 4-10-2012

Educador: Carla Sofia Rodrys

Ano Lectivo: 2014/2015

1º trimestre: Assinatura encarregado de educação _____

Assinatura educadora responsável Carla Sofia Rodrys

Data: 28/01/2015

2º trimestre: Assinatura encarregado de educação _____

Assinatura educadora responsável Carla Sofia Rodrys

Data: 15 Abril 2015

3º trimestre: Assinatura encarregado de educação _____

Assinatura educadora responsável Carla Sofia Rodrys

Data: 9 de Julho 2015