



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

O contributo da Intervenção Precoce nas crianças com Espetro do Autismo

Ângela Maria Torres Coelho

Porto
2011/2012



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

O contributo da Intervenção Precoce nas crianças com Espectro do Autismo

Ângela Maria Torres Coelho

Orientadora: Doutora Maria Isabel Cunha

Trabalho realizado para a disciplina de:
Seminário de Projeto

Porto
2011/2012

RESUMO

Nas crianças com Espectro do Autismo, as capacidades para desenvolverem interações sociais recíprocas são limitadas, pela ausência de iniciações sociais com os seus companheiros e falta de sensibilidade às iniciações dos outros. Evitam, frequentemente, o contacto social, isolam-se, exibem respostas negativas ou mesmo comportamentos disruptivos. Todas estas características dificultam aos seus pares o convívio e o jogo, mesmo quando estes mostram interesse em brincar com as crianças com autismo. Não admira, então, que ao longo das leituras realizadas durante a realização deste projeto, vários foram os autores que apelaram para a importância da intervenção precoce e do envolvimento das famílias na implementação dos modelos de intervenção precoce nas crianças com espectro do autismo. Face ao exposto, com esta pesquisa procurou-se aprofundar conhecimentos no que respeita ao contributo da intervenção precoce nas crianças com autismo.

De natureza quantitativa, este estudo foi desenvolvido por educadores de infância e professores de educação especial que integram a comunidade educativa e os dados foram recolhidos por meio de um inquérito por questionário construído especificamente para esse efeito. Após a análise dos dados recolhidos e discussão dos resultados, confirmou-se que a Intervenção Precoce é um veículo de estimulação para o desenvolvimento das crianças com espectro do autismo promovendo a inclusão destas crianças nas escolas do ensino regular.

De salientar que este trabalho apresenta-se como uma peça incompleta e imperfeita que requer de alterações de forma a melhorá-la e completá-la. Os dados obtidos não são muito representativos, talvez pela representatividade da amostra ser muito pequena, 30 sujeitos.

Palavras chave: Espectro do Autismo, Intervenção Precoce, Modelos de intervenção precoce.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de algum modo contribuíram para a realização deste projeto de investigação, nomeadamente:

À professora Doutora Isabel Cunha, pela sua excelente orientação, conselho, disponibilidade, ajuda e incentivo constante que sempre manifestou durante a realização deste trabalho.

A todos aqueles que preencheram o inquérito.

A todos os professores da pós graduação pelo contributo ao meu crescimento profissional e pessoal.

A todos os colegas da pós graduação que direta ou indiretamente colaboraram neste trabalho e na minha caminhada.

À minha família, pelo carinho, paciência e incentivo, por me ajudar a ultrapassar adversidades da vida.

LISTA DE ABREVIATURAS

EA – Espetro do Autismo

PEA – Perturbações do Espetro do Autismo

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD – *International Classification of Diseases*

OMS – Organização Mundial de Saúde

APA – Associação de Psiquiatria Americana

SOD – Serviço de Orientação Domiciliária

DSOIP – Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

IP – Intervenção Precoce

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

ABA – *Applied Behavior Analysis*

PECS – *Picture Exchange Communication System*

DIR – *Developmental, Individual Difference, Relationship-based*

SRP – *Son-Rise Program*

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

PEI – Plano Educativo Individual

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO-----	10
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 – ESPETRO DE AUTISMO-----	14
1.1. Definição de Espectro do Autismo-----	14
1.2. Prevalência-----	15
1.3. Etiologia-----	16
1.3.1. Teorias Psicogenéticas-----	16
1.3.2. Teorias Biológicas-----	17
1.3.3. Teorias Psicológicas-----	18
1.3.4. Teorias Afetivas-----	19
1.4. Características Gerais da Problemática-----	20
1.5. Diagnóstico e Avaliação-----	22
CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO PRECOCE-----	26
1.1. Intervenção Precoce em Portugal-----	26
1.2. Conceito de Intervenção Precoce-----	27
1.2.1. O Decreto-Lei n.º 281/2009-----	29
CAPÍTULO 3–INTERVENÇÃO PRECOCE NO ESPETRO DO AUTISMO-----	31
3.1. A importância da intervenção precoce no Espectro do Autismo-----	31
3.2. A importância da família na intervenção precoce-----	32
CAPÍTULO 4–MODELOS DE INTERVENÇÃO NO ESPETRO DO AUTISMO-----	35
4.1. Programa Portage-----	35
4.2. Modelo ABA (Applied Behavior Analysis)-----	36
4.3. Modelo PECS (Picture Exchange Communication System)-----	37
4.4. Modelo DIR (Developmental, Individual Difference, Relationship – based / <i>Floortime</i>) -----	39
4.5. Son-Rise (Son-Rise Program)-----	40
4.6. Teacch (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children)-----	43
PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA	
1. DEFINIÇÃO DO MÉTODO DE ESTUDO-----	45
1.1. Definição do objeto de estudo-----	45

2. FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES-----	47
3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA-----	47
4. METODOLOGIAS E TRATAMENTO DE DADOS-----	50
5. MODELO E TRATAMENTO DE DADOS-----	54
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS-----	54
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	77
BIBLIOGRAFIA-----	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo dos inquiridos-----	48
Gráfico 2 – Idade dos inquiridos-----	48
Gráfico 3 – Habilitações dos inquiridos-----	49
Gráfico 4 – Tempo de serviço dos inquiridos-----	50
Gráfico 5 – Tempo de serviço em Educação Especial-----	50
Gráfico 6 - Situação profissional dos inquiridos-----	51
Gráfico 7 – Já trabalhou com crianças com EA?-----	56
Gráfico 8 – Quem sinaliza os casos para IP?-----	56
Gráfico 9 – Quem participa na conceção do PIIP das crianças com EA?-----	57
Gráfico 10 – Qual é a idade mais adequada para se dar início a um PIIP nas crianças com EA?-----	58
Gráfico 11 – O PIIP é articulado com o PEI?-----	58
Gráfico 12 – A escola incentiva a participação da família na conceção do PIIP?-----	59
Gráfico 13 – De que forma a escola incentiva a participação da família na conceção do PIIP?-----	60
Gráfico 14 – A IP contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com EA?-----	60
Gráfico 15 – As razões que contribuem para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com EA na perspetiva dos professores de educação especial.-----	61
Gráfico 16 – As razões que contribuem para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com EA na perspetiva dos educadores de infância.-----	62
Gráfico 17 – Articulação entre todos os elementos da equipa de IP.-----	62
Gráfico 18 – Analisa em equipa as mudanças necessárias para o processo?-----	63
Gráfico 19 – Regularidade das reuniões no processo do PIIP-----	64
Gráfico 20 – Regularidade das reuniões com os outros intervenientes-----	64
Gráfico 21 – Opinião acerca das regularidades das reuniões-----	65
Gráfico 22 – A IP traz vantagens para a inclusão das crianças com E.A?-----	65
Gráfico 23 – Vantagens da IP para a inclusão-----	66
Gráfico 24 – Os modelos de intervenção que mais utilizam nas crianças com EA.-----	66
Gráfico 25 – Preferência do modelo de intervenção-----	67

Gráfico 26 – Costuma ponderar sobre a eficácia dos modelos de intervenção-----	67
Gráfico 27 – Os modelos mais eficazes-----	68
Gráfico 28 –Colaboração dos pais na implementação do(s) modelo(s) de intervenção-----	68

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de diagnóstico para a perturbação autista DSM-IV-TR-----	23
Quadro 2 – Critérios de Diagnóstico para o Distúrbio Autista ICD-10-----	24
Quadro 3 – Princípios centrados na família-----	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Construção do questionário-----	53
Tabela 2 – Conhecimento do espectro do autismo-----	54
Tabela 3 – Intervenção precoce nas crianças com espectro do autismo-----	55

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Inquérito por questionário-----	82
--	----

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito da disciplina de seminário de projeto, na Pós Graduação em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor no ano letivo de 2011/2012, orientado pela Professora Doutora Maria Isabel Cunha.

O Espectro do Autismo é uma perturbação que afeta o desenvolvimento da criança, colocando algumas dificuldades à sua educação e integração social sobre o qual ainda permanecem algumas dúvidas e divergências no campo científico.

Nos últimos anos têm ocorrido um aumento de investigações sobre o autismo, em especial nas áreas da psicologia e da biologia. Porém, esta patologia tem tido reconhecimento acrescente devido à necessidade de um diagnóstico diferencial e que exige também ele, um foco específico na intervenção, nomeadamente em termos de educação.

Esta perturbação do desenvolvimento manifesta-se tipicamente antes dos três anos de idade e prolonga-se para toda a vida. O autismo manifesta-se a nível comportamental tendo por base a tríade de défices, a “Tríade de Wing”: perturbações na comunicação, interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos e interesses.

O autismo intriga e angustia a família, normalmente temos uma criança bonita, sem sinais óbvios de lesão, que mostra uma falta de recetividade e um repertório de atividades e interesses restritos. Desta forma, a família têm alguma dificuldade em adaptar-se às tensões provocadas pela presença de um filho com autismo. Cada uma delas tem o seu modo de lidar com a situação, o que depende de muitos fatores. A patologia, as especificidades e as exigências de uma criança com espectro do autismo implicam sucessivas adaptações e reorganizações por parte da sua família, mais concretamente dos seus pais. O seu desenvolvimento depende, também, da forma como os pais organizam o meio educacional que a rodeia, na medida em que, embora o grau de dificuldade varie muito de indivíduo para indivíduo, em grande parte, depende da qualidade da intervenção precoce realizado nessas crianças.

Face a tantos e tão significados benéficos fica-nos a ideia de que quanto mais cedo se iniciar o caminho da inclusão, mais extensas e positivas serão as mudanças no desenvolvimento destas crianças.

Desta forma, o presente trabalho intitula-se de “O contributo da intervenção precoce nas crianças com espectro do autismo”. Neste trabalho, abordamos educadores de infância e professores de educação especial.

Tendo em conta problemática em estudo, foram definidos os seguintes objetivos específicos: verificar o contributo da intervenção precoce no desenvolvimento nas crianças com espectro do autismo; perceber se os educadores e professores de educação especial avaliam a eficácia dos modelos de intervenção pedagógica aplicada a crianças com espectro do autismo para melhorar a sua inclusão. Desta forma, torna-se indispensável alicerçar as seguintes hipóteses para a problemática em estudo: a intervenção precoce contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança com espectro do autismo; os modelos de intervenção pedagógica utilizados na intervenção precoce são eficazes para melhorar a inclusão das crianças com espectro do autismo nas escolas do ensino regular; na perspetiva dos educadores de infância e professores de educação especial a colaboração dos pais é fundamental para a eficácia dos modelos de intervenção pedagógica numa face precoce.

Este projeto de investigação está dividido em duas partes. Na primeira parte apresentamos uma breve fundamentação teórica, de modo a enquadrarmos o problema em estudo. Ao longo desta primeira parte iremos redigir quatro capítulos.

No decorrer do primeiro capítulo, apresentamos diferentes definições de espectro do autismo, a sua prevalência, bem como a etiologia, embora sem respostas concretas e definitivas. As características gerais da problemática, onde abordamos a tríade de défices, de seguida o diagnóstico e avaliação. No segundo capítulo, abordamos acerca da intervenção precoce, apresentamos uma retrospectiva histórica do que é a intervenção precoce, bem como a definição deste conceito. No terceiro capítulo, abordamos acerca da importância da intervenção precoce nas crianças com espectro do autismo, bem como a participação e colaboração da família. No quarto capítulo, apresentamos alguns modelos de intervenção em crianças com espectro do autismo, dado que, a participação e colaboração dos pais no processo educativo das crianças com necessidades educativas especiais, é um fator decisivo na promoção do seu desenvolvimento.

Na segunda parte do projeto de investigação é uma parte de base prática. Nesta parte, consta a pergunta de partida para o problema, bem como os objetivos de estudo, a caracterização da amostra e do instrumento de recolha. Ainda expomos as opções metodológicas e os procedimentos de investigação. Apresentamos ainda uma análise dos resultados obtidos e terminamos com algumas considerações finais que não pretendo ser conclusivas apenas apontam pistas para o futuro.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - ESPETRO DE AUTISMO

1.1. Definição de Espectro do Autismo

Do ponto de vista etiológico, o termo “*autismo*”, provém da palavra grega “*autos*”, que significa “*próprio*” ou em “*si mesmo*”, acrescido do sufixo “*ismo*” que remete para uma ideia de orientação ou estado. Daqui resulta o termo autismo que, em sentido lato, pode ser definido como uma condição ou estado de alguém que tem tendência para se abstrair da realidade exterior, a par de uma atitude de permanente concentração em si próprio. (Marques, 2000: 25)

De acordo com Oliveira (2007), o autismo é um distúrbio orgânico que resulta de disfunção cerebral precoce, com sequelas crónicas, manifestando-se clinicamente como anomalias no neurodesenvolvimento e no comportamento. Caracteriza-se por uma tríade semiológica de alterações na interação social, na comunicação e no comportamento.

Para Frith 1989, (citado por Borges 2000:14),

“O Autismo é uma deficiência mental específica, suscetível de ser classificada nas perturbações perversivas do desenvolvimento que afeta qualitativamente as interações sociais recíprocas, a comunicação verbal e não verbal, a atividade imaginativa e expressa-se através de um repertório restrito de atividades e de interesses”

Já o DSM - IV –TR (2002), define autismo como sendo um transtorno do desenvolvimento em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, de comunicação, e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas. O transtorno no desenvolvimento social é caracterizado por dificuldade na interação social recíproca e espontânea, imitação e brincadeira simbólica com outras crianças, afetando, entre outros aspetos, o desenvolvimento de amizades. O défice na comunicação é também acentuado e persistente e atinge tanto as aptidões verbais como as não verbais.

Nos dias que decorrem, segundo Schwatzman et al (1995), citado por Borges (2000:29), podemos considerar que o Espectro do Autismo é uma síndrome comportamental com muitas etiologias e com um curso de um desenvolvimento,

caracterizado por um deficit na interação social, combinado com deficits de linguagem e alterações de comportamento.

Em sùmula, o universo do autismo é uma realidade complexa que engloba conceitos distintos, mas que se cruzam em determinados pontos. A evoluçãõ que se tem verificado ao longo do tempo relativamente à sua terminologia tem convergido para um melhor esclarecimento da patologia, embora seja necessário ter em conta que as características identificadas não estão presentes em todos os indivíduos, nem se manifestam sempre do mesmo modo.

1.2. Prevalência

Ao longo do tempo, a avaliação da taxa de incidência tem sofrido algumas oscilações, dependendo da definição do Espectro de Autismo.

O primeiro estudo epidemiológico (Lotter, 1986), apontava para uma prevalência de cerca de 4 indivíduos com autismo em cada 10 000.

- A adaptação de definições mais amplas de autismo (reconhecimento do autismo como um espectro de condições);
- Maior consciencialização sobre as diferentes manifestações do autismo;
- Melhor deteção de casos sem deficiência mental (Ex: Síndrome de Asperger);

Segundo Valvez (2005), a taxa de frequência da PEA é mais acentuada em casos do sexo masculino do que feminino. O mesmo autor afirma ainda que a prevalência da mesma é cinquenta vezes maior em irmãos de crianças já portadoras de autismo do que na população em geral.

Todavia, ainda não está claro porque as mulheres têm uma menor representação na faixa sem déficit cognitivo. Uma possibilidade é que os homens possuam um limiar mais baixo de disfunção cerebral do que as mulheres, ou, ao contrário, de que um prejuízo cerebral mais grave poderia ser necessário para causar esta perturbação na menina. De acordo, com essa hipótese, quando o autismo atinge uma pessoa do sexo feminino, essa terá maior probabilidade de apresentar um déficit cognitivo mais grave. Outras hipóteses foram propostas, a possibilidade do autismo ser uma condição genética ligada ao cromossoma X (o que torna os homens mais lesáveis), no entanto os dados ainda são limitados para se fazer conclusões (Klin, 2006).

O investigador Kanner (1943) observou que o autismo era mais frequente nos homens do que nas mulheres e sugeriu-se tratar-se de uma perturbação das famílias de elevado nível socioeconómico. Todavia essa teoria revelou-se incorreta. Hoje, sabe-se que o autismo apresenta a mesma prevalência em qualquer grupo social, cultural e socioeconómico da população.

1.3. Etiologia

Vários têm sido os estudos desenvolvidos na tentativa de contribuir para a explicação da etiologia do autismo, não havendo, contudo, consenso nem certezas.

Da consulta efetuada foram encontradas várias teorias que procuram explicar o problema da etiologia ou causa do quadro clínico do autismo, porém serão apenas abordadas algumas das hipóteses que se mostraram mais relevantes. Destas salientam-se as Teorias Psicogenéticas, Teorias Biológicas e Teorias Cognitivas.

1.3.1. Teorias Psicogenéticas

Kanner em 1943 considerou o autismo como uma perturbação do desenvolvimento constitucionalmente determinada, sugerindo a possibilidade de existência de uma componente genética que com o passar do tempo se revelou correta (Marques, 2000:54). Porém, foi o próprio Kanner quem especulou a possibilidade dos pais contribuírem para o distúrbio.

Esta perspetiva fundamenta-se nas teorias psicanalíticas que defendem que crianças com autismo são normais quando nascem, mas que, devido a fatores familiares (frieza emocional, perfeccionismo e rigidez dos pais), o desenvolvimento afetivo destas crianças fica afetado, provocando, assim, um quadro de autismo (Marques, 2000:54).

Vários autores como Boatman e Suzek 1960 e Bettelheim 1967, sugeriram que o autismo poderia resultar da falta de estimulação, rejeição parental, ausência de calor parental ou existência de conflitos intrapsíquicos, resultantes de interações desviantes da família (citado por Marques, 2000:55).

Em 1967 Bettelheim desenvolveu a teoria das “*mães frigoríficos*”, no qual se entendia que as crianças se tornavam autistas como uma resposta adaptativa a um ambiente ameaçador e não carinhoso por parte da mãe (Marques, 2000:55).

Em meados da década 70 surgiram outros estudos que não favoreciam esta teoria e não confirmava os resultados então obtidos. São os casos de crianças que eram vítimas de maus-tratos, bom como atos de negligência, em que se verificou que as experiências vivenciadas por essas crianças não davam origem a um quadro clínico de autismo (Clark & Clark, 1976; Happé, 1994, citado por Marques, 2000)

Não desprezando o facto de esta leitura psicanalítica ter trazidos contributos para a análise da etiologia do autismo, atualmente considera-se que a mesma foi devastadora para a família dessas crianças que carregaram a culpabilidade de serem os autores de tais alterações nos filhos (Borges, 2000; Duarte et al, 2001). Como resultado deste descontentamento e da ineficácia desta abordagem surgiram múltiplas críticas. Começou-se a questionar a validade dessas asserções, relativizando as suas conclusões acerca da possível influência negativa dos pais, por não existirem meios credíveis que os pudessem confirmar.

Outra crítica diz respeito que a maioria dos investigadores desta abordagem psicogenética se limitava a observar as relações entre pais e as crianças, depois de a criança estar diagnosticada como autista, desta forma, não há um suporte empírico para a noção de que o autismo seja originado pelos padrões das interações familiares e desviantes.

1.3.2. Teorias Biológicas

É notório que atualmente apontar os pais como uma causa provável do Espectro do Autismo já não é viável, pois os pais são elementos fundamentais da equipa de tratamento. “É agora perfeitamente claro que o Espectro de Autismo é uma perturbação biológica e não é causado por deficiências do comportamento educativo dos pais ou por outros fatores sociais” (Ozonoff et al, 2003:41).

Segundo Marques (2000:58) as investigações atuais em torno desta perturbação abandonaram todos os argumentos psicogenéticos tendentes a encontrar os fatores que

dão origem ao autismo. Sendo assim, defendem que existe uma origem de ordem neurológica de base.

Frith (1995) citado por Coelho (2003:20) considera que,

“Existe, não uma causa, mas uma cadeia de causas, um conjunto de fatores que provocam danos no sistema nervoso o que, por sua vez, pode produzir alterações no desenvolvimento de sistemas cerebrais específicos, relacionados com os processos cerebrais superiores (linguagem, atenção, memória).”

Assim sendo, as investigações realçam para a componente genética como um fator importante no desenvolvimento desta perturbação. As investigações demonstram também como é um transtorno herdado por anomalias de um único gene. Na verdade, o gene responsável por ativar o Espectro do Autismo pode produzir várias incapacidades, sendo associado a outras anomalias cromossómicas, por exemplo, o Síndrome X-Frágil, Síndrome de Down,....

Todavia, segundo Ozonoff et al (2003:41), considera que o Espectro do Autismo não seja uma perturbação puramente genética e que outras causas possam influenciar o seu desenvolvimento e a sua gravidade, uma vez que se desconhece o modo como essa anomalia pode afetar o desenvolvimento do cérebro.

Trevartthen (1996), citado por Coelho (2003:23), defende que o Espectro do Autismo seria provocado por um desenvolvimento anormal do cérebro, iniciado desde o nascimento, mas que demonstra os seus efeitos no comportamento durante a infância e no momento da aprendizagem da linguagem.

Com os avanços do estudo do cérebro houve lugar para o desenvolvimento progressivo de estudos biológicos acerca do autismo, o que tem vindo a alterar as teorias etiológicas. São estudos que incidem em áreas diversas como a genética, com famílias de gêmeos, na neurofisiologia, sobre a disfunção cortical e subcortical, na neuroquímica, sobre os neurotransmissores, nos estudos metabólicos, nos fatores imunológicos e nas complicações pré-natais, peri e pós-natais (Marques, 2000:58-69).

1.3.3. Teorias Psicológicas

Ainda que o autismo seja definido em termos comportamentais, certo é que nos últimos 30 anos se tem assistido à primazia das características cognitivas sobrepondo-se aos sintomas afetivos e comportamentais (Wing, 1997, citado por Marques, 2000:69).

Contudo, só nos anos 70 com os trabalhos elaborados por Hermelin e O'Conner deram o impulso definitivo nestas investigações, pretendendo identificar o défice cognitivo básico subjacente às alterações fundamentais no autismo. Na perspetiva destes autores, as pessoas com autismo armazenavam as informações verbais de forma neutra, sem as analisar, atribuir significado ou reestruturar, pelo que os seus estudos lhes permitiram evidenciar uma das deficiências mais importantes e específicas do autismo que é a incapacidade de avaliar a ordem e a estrutura e de reutilizar a informação (Marques, 2000:70). Assim,

“os autistas são incapazes de extrair regras ou de estruturar experiências tanto nos domínios verbal como não verbal, o que torna compreensível a sua notória dificuldade em realizar tarefas orientadas por leis complexas como a linguagem e as interações sociais” (Happé, 1994 citado por Marques:2000:70).

Em meados da década 80 surgiu uma nova teoria psicológica explicativa do autismo: a Teoria da Mente, de autoria de Uta Frith, Alan Lesli e Simon Baron Gohen. Esta teoria procurou identificar os défices fundamentais responsáveis pelos défices sociais presentes no autismo: a falha no mecanismo mental “metacognição” (Marques, 2000:71-74)

Segundo esta teoria, os autistas apresentam um atraso no desenvolvimento da competência de comungar com o pensamento de outras pessoas surgindo, deste modo, limitações nas competências sociais, comunicativas e imaginativas (Pereira, 2006:29)

1.3.3. Teorias Afetivas

A tese de Kanner de que as crianças com autismo sofriam de uma inabilidade inata de se relacionarem emocionalmente com outras pessoas foi retomada por Hobson em 1993. Esta teoria sugere que o autismo se origina de uma disfunção primária do sistema afetivo, qual seja, uma inabilidade inata básica para interagir com os outros, o que levaria a uma falha no reconhecimento de estados mentais e a um prejuízo na habilidade para abstrair-se e simbolizar (Borges, 2000). Sendo assim, as dificuldades das crianças relacionarem-se com os outros vai originar o não desenvolvimento de estruturas cognitivas fundamentais para a compreensão social. Assim, os comportamentos tornam-se repetitivos e estereotipados e os interesses restritos e obsessivos.

1.4. Características Gerais da Problemática

Pereira (1996:55) refere que a pessoa com Espectro do Autismo não aceita viver num mundo frustrado sendo possível mesmo, opor-se a este mundo com a ira e a violência. Vive-se escondido por detrás de uma fachada de um vazio desconcertante, não se relacionando com os outros, encontrando unicamente a ira e a renúncia contra tudo e todos.

É sabido que as crianças com esta patologia revelam graves problemas de comportamento social, não conseguindo interagir com as outras pessoas, preferindo a solidão e o silêncio, às tentativas de contacto. Sendo assim, estamos perante crianças que são tipicamente não-afetivas.

O autismo surge antes dos três anos de idade, em dois possíveis períodos de pico. A grande parte das crianças começa a manifestar alterações no desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida. Mas há casos que poderá ocorrer depois dos dois anos de idade, mas nunca depois dos três anos de vida. Os sintomas presentes nesta perturbação são, essencialmente, comportamentos estereotipados e repetitivos, normalmente só começam a estabilizar ou declinar na idade escolar. É de salientar que a maioria dos sujeitos com esta problemática evolui com a passagem do tempo. Os sintomas de autismo, essencialmente os comportamentos repetitivos e estereotipados, parecem aumentar durante alguns anos após o início, acaba por atingir um pico na idade pré-escolar, é na fase da idade escolar que a criança com autismo começa a estabilizar ou declinar esses comportamentos (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003).

A criança com EA., por norma, apresenta um aspeto físico normal, no entanto esta é descrita como estranha, pois raramente reage à companhia da mãe e, aparentemente, não necessita de estimulação. Sendo considerada uma criança sossegada. Todavia, pode acontecer o oposto: a criança com EA manifesta-se irritável e reage exageradamente a qualquer estímulo, demonstrando atitudes agressivas (Pereira, 2005).

Segundo Wetherby & Prizant (2000), o autismo é caracterizado por défices significativos na comunicação e na interação social, assim como comportamentos estereotipados e repetitivos.

Segundo Jordan (2000) o autismo é caracterizado pela presença de uma tríade de perturbações, a tríade de Wing (1998). Sendo assim, esta síndrome apresenta

comprometimentos em três importantes domínios de desenvolvimento humano: na interação social, na comunicação e na imaginação e compreensão social:

De seguida, passamos à explicação pormenorizada da tríade de Lorna Wing.

As perturbações na interação social referem-se ao comprometimento na habilidade de reconhecer os outros seres humanos como sendo características mais interessantes e, potencialmente, mais gratificantes do que o ambiente físico. A perturbação varia de tentativas para evitar e ignorar o contacto físico ou social com os outros, em que as pessoas procuram ativamente o contacto social, porém de forma unilateral e inadequada.

Já as alterações da comunicação dizem respeito às dificuldades de emissão e de compreensão de sinais sociais não verbais, pré-verbais e verbais, diminuição do prazer de conversar e, num nível mais complexo, diminuição da intenção de falar sobre sentimentos e de trocar experiências.

Relativamente às diminuições na habilidade da imaginação e compreensão social, estão confrontadas com a inability de identificar o sentido e o objetivo dos comportamentos dos outros. Sendo assim, a imitação dos comportamentos sociais, quando ocorre, tende a ser mecânica e extremamente associada ao contexto em causa. Este comprometimento vai interferir também na capacidade de desenvolver a brincadeira do faz de conta (jogo simbólico), pois esta implica o ato de imaginar-se em lugares e papéis diferentes, onde existe um papel imaginário. Devidas as essas dificuldades, a brincadeira faz de conta da criança com autismo assume padrões estereotipados e repetitivos.

Na generalidade, esta tríade de perturbações está associada a padrões repetitivos de atividade, sendo crucial esta recorrência para o diagnóstico de uma perturbação no espectro do autismo. Refere-se a padrões incomuns de atividades escolhidas, repetidamente, pela própria criança. As manifestações variam muito, mas as alternativas são limitadas, com tendências para atividades estereotipadas. No entanto, há ainda a salientar que a ocorrência de comportamentos repetitivos isoladamente, não é suficiente para se diagnosticar uma criança com autismo.

Outra característica presencial nas crianças com Espectro do Autismo é que elas possuem um fascínio completo por determinados objetos, manipulando-os de um modo estereotipado, mas em movimentos precisos. As ligações especiais a determinados

objetos vão dificultar os contactos sociais da criança e o interesse por outras estimulações alternativas, ajudando a perpetuar o comportamento.

1.5 Diagnóstico e Avaliação

Para uma avaliação diagnóstica correta da qual resulte um adequado conhecimento da criança em causa e uma otimização das suas potencialidades, será essencial iniciar um processo mais ou menos moroso que conta com o apoio de diversos instrumentos de diagnóstico e avaliação (Marques, 2000:46).

Só com a definição dos critérios clínicos presentes no DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2002*) e o ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10th Edition, OMS, 1992*) foi possível elaborar um diagnóstico correto e universal. Ambos os sistemas de classificação aceitam que existe um espectro da condição de autismo que consiste numa perturbação do desenvolvimento diagnosticada com base na Tríade de Perturbações de Lorna Wing.

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), o Espectro do Autismo envolve limitações nas reações sociais, na comunicação verbal e não-verbal e na variedade de interesses e comportamentos. Existem cinco diagnósticos característicos do Espectro do Autismo. Estes incluem a Perturbação Autista, a perturbação de Asperger, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação.

Para se preencher os critérios de perturbação autista, o sujeito tem de manifestar, pelo menos, seis dos doze sintomas, assim como, pelo menos dois na área social e um para cada uma das áreas da comunicação e padrões de comportamento e interesses. De acordo com APA (2002), pelo menos um dos sintomas manifesta-se antes dos 36 meses de idade.

De seguida, serão apresentados ambos os sistemas classificativos, assim, no quadro 1 serão apresentados os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR e no quadro 2 os critérios definidos pelo sistema ICD-10.

Quadro 1 – Critérios de diagnóstico para a perturbação autista DSM-IV-TR

1- Défice qualitativo na interação social manifestado, pelo menos, em duas das seguintes características:

- a) Acentuado défice no recurso a múltiplos comportamentos não-verbais, tais como: o contacto ocular, a expressão facial, a postura corporal e os gestos reguladores da interação social;
- b) Incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, integrados no mesmo nível de desenvolvimento;
- c) Ausência espontânea de partilha com outros prazeres, interesses ou objetivos;
- d) Falta de reciprocidade social ou emocional.

2- Défice qualitativos na comunicação, manifestados pelo menos, numa das seguintes características:

- a) Atraso ou ausência total do desenvolvimento na linguagem oral;
- b) Acentuada incapacidade na competência de iniciação ou de manutenção de diálogo com os outros, nos sujeitos com um discurso adequado;
- c) Uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
- d) Ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo, adequado ao respetivo nível de desenvolvimento.

3- Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados, que se manifestam, pelos menos, numa das seguintes características:

- a) Preocupação com um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam de anormais, ao nível do objetivo e da intensidade;
- b) Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;
- c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos;
- d) Preocupação extrema com partes de objetos.

Quadro 2 – Critérios de Diagnóstico para o Distúrbio Autista ICD-10

Anomalia qualitativa da interação social recíproca, manifestada em pelo menos dois dos quatro sintomas seguintes:

- 1) Incapacidade de usar, adequadamente, o olhar, a expressão facial, gestual e os movimentos corporais, ao nível das interações sociais;
- 2) Incapacidade de estabelecer relações com os pares, que impliquem uma partilha mútua de interesses, atividades e emoções;
- 3) Recurso esporádico aos outros em busca de conforto e afeto, em caso de ansiedade, desconforto, ou sofrimento;
- 4) Inexistência de procura espontânea para a partilha de alegrias, interesses ou de sucesso com os outros
- 5) Ausência de reciprocidade social e emocional, expressa em respostas perturbadas ou anormais face às emoções dos outros, ou ausência de modulação do comportamento, consoante o contexto social.

Problemas qualitativos de comunicação, manifestados em pelo menos um dos seguintes sintomas:

- 1) Atraso ou ausência total do desenvolvimento da linguagem falada, não acompanhada por uma tentativa de compreensão com outras formas de comunicação gestual ou mímica;
- 2) Ausência do jogo espontâneo do “faz de conta” ou do jogo social imitativo;
- 3) Incapacidade de iniciar ou manter uma conversa;
- 4) Utilização estereotipada e repetitiva da linguagem, bem como utilização idiossincrática das palavras e frases.

Comportamentos, interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas, manifestadas em pelo menos um dos quatro sintomas seguintes:

- 1) Ocupação obsessiva por um ou vários centros de interesses estereotipados e limitados;
- 2) Adesão, aparentemente compulsiva, a hábitos e rituais específicos e não funcionais;
- 3) Preocupação persistente e não funcional com partes de objetos, elementos ou peças de um jogo.

Ao analisarmos os dois quadros verificamos que as diferenças entre eles são pouco significativas, o que reflete nos esforços desenvolvidos para a procura de um diagnóstico consensual, dentro deste domínio.

O diagnóstico deve indicar aos pais não só o que está errado, mas também o que eles poderão fazer em termos de tratamento. Assim, o diagnóstico faz surgir o tratamento e este atende a diferentes tipos de serviços que, durante o processo, podem vir a mudar consoante a evolução da criança. Este tem por base o comportamento, sendo realizado através da interpretação da significação do desvio, da ausência ou do atraso em determinado comportamento.

Apesar de termos critérios de diagnóstico não implica que o seu conhecimento seja mais fácil ou simples. É de salientar que estas crianças têm uma aparência física normal, o que faz com que as pessoas menos familiarizadas com esta perturbação dificilmente consigam acreditar na extensão e gravidade das suas limitações.

Destacamos ainda para a importância do diagnóstico precoce, pois este é um passo importante para que a criança possa iniciar a intervenção educacional especializada o mais rapidamente possível e ser auxiliada, a adquirir as classes de comportamentos que lhe são deficitários, para que a sua inserção no meio seja mais efetiva e com menor custo para todos, criança e familiares (Aiello, 2002).

Porém, não devemos esquecer que o diagnóstico precoce deve ser efetuado por uma equipa transdisciplinar, envolvendo todos os elementos que interagem com a criança (pais, técnicos de saúde, terapeutas, entre outros convenientes). A aplicação de instrumentos específicos de diagnóstico e a planificação conjunta da intervenção são cruciais para melhorar a inclusão dessas crianças e famílias na sociedade em que vivem.

Além do diagnóstico temos de salientar a importância da avaliação, pois esta torna-se num complemento ao diagnóstico. Segundo Marques (2000:46), a avaliação acontece em dois momentos distintos:

“Um primeiro tempo, será aquele no qual se tenta delimitar um diagnóstico preciso da perturbação que se nos depara. É preciso de delimitar fronteiras com outras perturbações semelhantes. O segundo tempo, será aquele em que se avalia para se intervir eficazmente.”

A avaliação para a intervenção é um momento importante e determinante do sucesso da intervenção. Inicialmente começa-se por uma avaliação detalhada da criança ao nível de desenvolvimento funcional, dificuldades e limitações, a seguir passa-se pelo principal problema que preocupa os pais. A análise comportamental, que é um precursor

importante para a intervenção, já que possibilita ter uma noção de como os fatores ambientais afetam os comportamentos da criança (Marques, 2000:49).

A avaliação comportamental é a parte de uma avaliação de autismo que requer maior especialização. Existem duas formas fundamentais de recolher informação de ordem comportamental. A primeira através da observação informal e não estruturada e a segunda é através da observação estruturada e estandardizada (Siegel, 2008).

CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO PRECOCE

1.3. Intervenção Precoce em Portugal

Para abordarmos a atendimento a crianças com necessidades educativas especiais entre os 0 e 6 anos – IP- temos de recuar, também até aos anos 60, altura que foi criado pelo Instituto de Assistência de Menores do Ministério da Saúde o Serviço de Orientação Domiciliária (SOD) com o intuito de apoiar o nível nacional pais de crianças cegas entre os 0 e os 6 anos. Até 1972, o SOD tinha um âmbito nacional e era levado a cabo por enfermeiras, que prestavam apoio domiciliário, aos pais e às crianças. Desta forma, as crianças com deficiência visual e as suas famílias eram apoiadas por programas que decorriam sob a forma de visitas domiciliárias.

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

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

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

Em finais dos anos 80 a DSOIP, a Associação Portage e o Hospital Pediátrico de Coimbra em colaboração começou a desenvolver o Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) com resultados bastante positivos. No seguimento dos resultados obtidos por este projeto, dos apoios financeiros que foram sendo atribuídos a projetos deste tipo, entre outros fatores, assiste-se ao longo dos anos 90 à proliferação de projetos de Intervenção Precoce em todo o país. Encontramos, hoje, por todo o país projetos que desenvolvem programas de intervenção junto de famílias com crianças com necessidades educativas especiais.

1.4. Conceito de Intervenção Precoce

Atualmente, em Portugal, não existe unanimidade sobre o que se entende por Intervenção Precoce. Uma realidade que se justifica porque o conceito tem sido frequentemente aplicado a diferentes modelos e práticas muito diversas. Algumas vezes, as práticas privilegiam determinados aspetos: ou com carácter de prevenção (prevenção primária), procurando atuar antes que surjam situações problemáticas, essencialmente condições de risco (gravidez de risco, mães adolescentes, populações em desvantagem sócio económica, etc.). O enfoque deste tipo de intervenção centra-se na redução da incidência de situações problemáticas, ou seja, diminuir o número de novos casos relativamente a um problema ou condição identificada (Simeonsson, 1994); ou com carácter de remediação intervindo numa situação problemática no sentido de evitar o seu agravamento através da obtenção de competências ou comportamentos compensatórios (prevenção secundária). Neste caso, o enfoque estará na redução do número de casos e também na redução da prevalência de problemas ou condições manifestadas na população (Simeonsson, 1994); através da diminuição da expressão de sequelas existentes em situações já diagnosticadas (prevenção terciária). Aqui o enfoque estará numa intervenção reabilitativa incidindo nessas situações (Simeonsson, 1994:56).

Outro fator que distingue as práticas está relacionado com o leque etário abrangido pelos programas de Intervenção Precoce. A intervenção precoce deverá abarcar crianças dos 0 aos 6 anos, preferencialmente dos 0 aos 3 anos.

Sendo assim, há programas de Intervenção Precoce que atendem crianças com idades muito diversificadas, abarcando um leque etário que se estende desde o período que se segue imediatamente ao nascimento, até aquele em que a criança já frequenta o jardim-de-infância. Verifica-se, ainda, a existência de alguns programas de intervenção com a família no período pré-natal.

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

Os conceitos que referimos, precocidade e prevenção, inerentes à prática de Intervenção Precoce são também comuns a outro tipo de práticas. Nesses casos, ao contrário do que acontece na Intervenção Precoce, não está subjacente a questão da faixa etária sobre o qual se pretende intervir, mas a necessidade de agir antes que uma determinada situação se agrave. No entanto, muitos destes conceitos, confundem-se frequentemente com o de Intervenção Precoce. Bach (1983) identifica alguns deles:

- Deteção Precoce - esta geralmente ligada a estudos epidemiológicos, que utilizando diferentes metodologias tentam referenciar populações de risco;
- Diagnóstico Precoce – refere-se à recolha de dados em determinados grupos, que possam servir de base à aplicação de um conjunto de respostas diferenciadas e individualizadas;
- Terapia Precoce – diz respeito, muitas vezes, aos aspetos bio-desenvolvimentais e implica, sobretudo, a melhoria do estado físico e psicológico geral. Reporta-se a um conjunto de medidas essencialmente terapêuticas;
- Educação Precoce – diz respeito à intervenção ao nível educacional, no sentido de estabelecer um conjunto de medidas que ajudem a criança a adquirir o maior número possível de competências, tendo em vista o seu desenvolvimento;
- Estimulação Precoce – reporta-se a um conjunto de ações que podem ser terapêuticas e educativas, refletindo diretamente na criança, no sentido de

estimular os processos de aprendizagem no âmbito sensorial, motor, da linguagem, emocional e social.

Os conceitos acima mencionados, por vezes subjacentes às práticas desenvolvidas e próximos do que se entende por Intervenção Precoce, não devem ser confundidos com esta. A Intervenção Precoce, embora envolvendo práticas que têm frequentemente a ver com a terapia, a educação e a estimulação precoces, implica uma intervenção muito mais abrangente.

Citando Leitão (1989),

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

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

A IP organiza-se numa base comunitária, descentralizada, coordenada e flexível, de modo a privilegiar uma atuação dos serviços e instituições envolvidos. A IP tem carácter transversal e multifacetado, enquanto medida de apoio integrado dirigida a crianças nos primeiros anos de vida com deficiência ou em risco e às famílias que assenta num sistema organizativo de partilha de responsabilidades e de coordenação intersectorial em colaboração com entidades privadas, é, pois, indispensável um estreito trabalho de parceria entre as diversas entidades públicas e privadas, incluindo a comunidade científica, aos diferentes níveis - local, regional e nacional (SNRIPD, 2005).

1.4.1. O Decreto-Lei n.º 281/2009

O Despacho Conjunto n.º 281/2009, de 6 de Outubro, tem como objetivo a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). A experiência do despacho n.º 891/99 revelou o quanto importante é a intervenção precoce

mas, evidenciou uma distribuição territorial das respostas não uniforme, consoante as assimetrias geodemográficas. A experiência do despacho anterior diz-nos que o método é bom mas necessitava de melhorias. É desta forma que surge este novo decreto (nº 281/2009).

O cumprimento do princípio da Universalidade implica que todos os casos sejam identificados e sinalizados o mais rápido possível, isto pressupõe um sistema de interação entre as famílias e as instituições, principalmente as da saúde. Este plano individual deve orientar as famílias, tendo em conta não só a problemática mas também o potencial desenvolvimento da criança e as alterações no meio ambiente necessárias para que tal potencial se possa afirmar.

Sendo assim, as equipas locais multidisciplinares, após a identificação e sinalização, elaboram um plano de intervenção tendo em conta as necessidades da família.

Desta forma, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância consiste:

“num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir as condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento”.

Este decreto-lei define ainda a Intervenção Precoce na Infância como: “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na Infância e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”.

Para além da definição de IP o Decreto-Lei n.º281/2009 menciona também os objetivos, sendo eles: “Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional; Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; Intervir após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, da saúde e da educação; Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social”.

CAPÍTULO 3 – INTERVENÇÃO PRECOCE NO ESPETRO DO AUTISMO

3.1 A importância da intervenção precoce no Espectro do Autismo

Até ao momento, foi feita uma descrição mais aprofundada das alterações existentes em crianças com Espectro do Autismo que podem ser identificadas numa fase precoce do desenvolvimento das mesmas. Isto deve-se ao facto de se querer demonstrar o quão importante é a atribuição precoce de um diagnóstico para que desde cedo estas crianças possam ser acompanhadas em unidades especializadas.

Segundo Dunst & Bruder (2002) citado por Pimentel (2004:1), a Intervenção Precoce é de definida como

“conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para responder, quer às necessidades das suas famílias no que respeita à promoção do desenvolvimento da criança”

Em Portugal as unidades de Intervenção Precoce destinam-se a crianças com deficiência ou risco de atraso grande de desenvolvimento, de idades compreendidas entre os zero e os seis anos. Porém, é dada a particular importância a este apoio de crianças até aos três anos pretendendo-se assim, eliminar ou diminuir tanto quanto possível os atrasos destas crianças dentro de um período ótimo para a aquisição de determinadas competências (Crais et al, 2003).

Atualmente sabe-se que o desenvolvimento da linguagem é um fator determinante no desenvolvimento global da criança, da sua capacidade cognitiva e consequentemente do seu sucesso académico (Nelson, 2006 citado por Peixoto, 2007:114). Assim, estudos levados a cabo por McLean e Cripe demonstraram a eficácia da IP em crianças com graves alterações de comunicação sobretudo, quando é iniciada na fase pré-linguística (Peixoto, 2007).

Pelo que foi supramencionado e, atendendo a que uma área afetada no E.A. é a comunicação, torna-se evidente a importância de intervir desde cedo com estas crianças na tentativa de minimizar as dificuldades por elas apresentadas bem como, de permitir que consigam chegar à oralidade (Acquarone, 2007).

Um dos fatores que limita a possibilidade da IP em crianças com esta perturbação é o facto de atualmente ainda se verificar algum atraso no diagnóstico da mesma, ou seja, apesar de efetivamente haver estudos que comprovam que esta patologia se manifesta antes dos três anos de idade, a verdade é que só a partir dessa idade se costuma atribuir tal diagnóstico (Siegel, 2008).

Apesar do que já foi mencionado anteriormente, está claro que a intervenção em crianças com EA. assenta alguns princípios básicos (Accardo & Saphiro, 2008; Acquarone, 2007; Charman & Stone, 2006; Peixoto, 2007, Siegel, 2008):

- Direção do olhar
- Turn-talking (Vir a falar)
- Atenção conjunta;
- Intenção comunicativa

Todas as competências acima mencionadas são desenvolvidas numa fase precoce do desenvolvimento dito normal. Desta forma, quanto mais cedo forem estimuladas em crianças com atrasos, mais rápida e eficaz será a evolução espetável (Adamson, 2008).

3.2. A importância da família na intervenção precoce

Ao longo dos últimos anos tem-se vindo a verificar uma preocupação no desenvolvimento do conceito de Intervenção Precoce por se acreditar no quão é benéfico para o prognóstico de crianças com atrasos a nível do desenvolvimento. Desta forma, se na fase inicial a IP tinha o foco de exclusivamente a criança hoje isso não se verifica, estando também a família envolvida neste conceito, pelo que se torna impossível falar de IP sem referir a família das crianças com atraso de desenvolvimento (Correia & Serrano, 2000; Landa, 2007; Pimentel, 2004).

Por volta dos anos 60 a família tinha um papel mais passivo na educação das crianças, acreditando-se que os restantes educadores e profissionais de saúde é que seriam os responsáveis pelo desenvolvimento das crianças. Porém, essa ideia foi posta de parte, pois percebeu-se que são sobretudo, os pais quem podem desempenhar um papel fundamental na evolução dos seus filhos necessitando desta maneira, de também

serem orientados de forma a perceber de que modo devem e podem ajudar (Correia & Serrano, 2000). Um dado que veio a ser corroborado por Semeroff & Chandler no qual menciona

“a família é a componente essencial do ambiente em que a criança se desenvolve, a qual influencia e é influenciada pela criança num processo contínuo e dinâmico, resultando em aspetos diferenciados para a família e para a criança em cada momento da interação que se estabelece” (Simeonsson & Bailey, 1990 citado por Correia, 2000:18)

Atualmente as práticas de intervenção centradas na família regem-se por alguns princípios básicos como se poderá verificar no quadro 3.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Encarar a família como unidade de prestação de serviços;▪ Reconhecer os pontos fortes da criança e da família;▪ Dar respostas às prioridades identificadas pela família;▪ Individualizar a prestação de serviços;▪ Dar respostas às prioridades, em constante mudança, das famílias;▪ Apoiar os valores e o modo de vida de cada família. |
|--|

Quadro 3 – Princípios centrados na família (Crais et al, 2003:11)

A primeira referência que qualquer criança tem é a família, mesmo tratando-se de uma criança diagnosticada com autismo. Desde logo, o envolvimento da família torna-se crucial no processo de intervenção.

É natural que o bebé com esta perturbação não responda à voz dos familiares, não peça colo por livre iniciativa, nem solicite a atenção dos pais quando necessite de consolo ou afeto (Bautista, 1997:252). Os sentimentos de solidão, frustração, exaustão, até mesmo, de culpa poderão apoderar-se da família, em conjunto com o fato de não saber como lidar com esta perturbação.

É um facto que “as primeiras relações que a criança estabelece na família, serão determinantes na atitude que ela assumirá perante outros mundos – pessoas, lugares, acontecimentos” (Marques & Rau, 1987:77). Logo, é imprescindível que a família obtenha ajuda para poder enfrentar e lidar com o problema. É também importante compreender o choque que é para a família descobrir que o seu filho tem EA. Se numa fase inicial os pais acabam por culpabilizar-se com a perturbação do seu filho torna-se crucial dar a perceber a estas famílias que efetivamente a culpa não é delas, mas que estas podem ter um papel decisivo no posterior desenvolvimento do seu filho (Acquarone, 2007; Chawarska et al, 2007).

De acordo com Lord & McGee (2002), é fundamental envolver os pais no processo de intervenção. Inicialmente deve-se explicar aos pais quais são as características típicas do EA e, posteriormente, qual a forma como os pais, irmãos ou outros cuidadores próximos deverão atuar. Estes referem ainda que a equipa responsável da criança com autismo deixe claro aos pais que as necessidades da mesma irão ser mutáveis ao longo do tempo, isto é, se numa fase inicial da intervenção a família deverá estar alerta para atuar de forma a promover as capacidades da criança quer ao nível social e académico.

Em súpula, a intervenção precoce deve decorrer, sempre que possível, no ambiente onde a criança vive. Por outro lado, quanto mais cedo for a intervenção maior será o desenvolvimento da criança, mais se ajuda e apoia a família em todos os sentidos e, sobretudo, tanto a criança como a família beneficiam do apoio social a que têm direito. Então, os processos pelos quais se deve realizar a intervenção precoce são: primeiramente, a sinalização por parte dos pais, hospitais, creche, jardim-de-infância ou pela própria família; a avaliação e diagnóstico e, por fim, a implementação do programa.

Neste sentido, pode-se afirmar que a intervenção precoce deve ser centrada na família, visto que, a intervenção não é só centrada na criança, mas sim feita com a família, para que esta desenvolva competências para lidar com a criança. Segundo Dunst & Deal (1994) este pressuposto implica determinados procedimentos, nomeadamente: a identificação das necessidades da família; a localização de suportes e recursos informais e formais, no sentido de responder a essas necessidades e apoiar as famílias de modo a que (re)conheçam e utilizem as suas forças e competências, para poderem ser elas próprias a acederem, de modo autónomo, aos recursos de que necessitam para que “fortaleçam” o seu funcionamento; de base comunitária, pois a intervenção deve funcionar na área de residência da criança, para que os pais não tenham que percorrer grandes distâncias para obterem os recursos. Por este motivo defende-se a criação de estruturas abrangentes, operacionalizadas em equipas interdisciplinares, de forma a responderem de forma mais eficaz e eficiente à diversidade das necessidades das crianças e respetivas famílias (Gallagher & Tramill, 1998).

CAPÍTULO 4 – MODELOS DE INTERVENÇÃO NO ESPETRO DO AUTISMO

Os modelos de intervenção e de terapias aplicadas às pessoas com Espectro do Autismo têm sido muito variados.

Segundo Pereira (1996:53) “desde os anos setenta até aos anos noventa, usam-se métodos, psico-educacionais com base em variadas teorias da psicologia de aprendizagem, mas sobretudo as teorias de aprendizagem vicariante e operante”.

Seguidamente proceder-se-á a uma análise sucinta dos principais tipos de intervenção precoce que têm assumido grande relevo na atualidade.

4.1. Programa Portage

É um sistema de ajuda à educação de crianças com atraso de desenvolvimento, que se concretiza a nível domiciliário ou em quaisquer outros contextos (escolas, hospitais). Foi criado nos E.U.A, no final dos anos 60, para ajudar na educação das crianças em idade pré-escolar com necessidades educativas especiais. Surgiu em Portugal, no ano de 1992, baseado na versão inglesa e desempenha um papel importante no domínio da intervenção precoce, que com a atual publicação do Dec. Lei 281/2009 ganha o destaque necessário e importante para esta área de intervenção.

Segundo Marques (2000:93)

“(...) os pais são envolvidos, desde início, no processo de seleção das áreas de intervenção. Regra geral, pretende-se fomentar uma espécie de «negociação» entre as prioridades dos pais e as necessidades que o «visitador» domiciliário considera relevantes para a criança. Em casa, é deixado um quadro de referências, de recomendações e metas a atingir, que será alvo de análise na visita seguinte. A filosofia de base é tornar os pais mais competentes para lidar, eficazmente, com os problemas do seu filho”.

Sendo assim, o grande objetivo deste programa é de levar os serviços às crianças, estabelecendo também uma relação entre os pais da criança e o visitador domiciliário que avalia a criança, através de uma lista de registo de comportamentos do programa Portage. Após esta etapa recorre-se às fichas de atividades onde existem sugestões para o ensino das novas competências. O programa Portage abrange seis áreas distintas sendo elas: Estimulação do bebé, Socialização, Linguagem, Autonomia, Cognição e Desenvolvimento Motor.

Neste sentido, é importante ter conhecimento que a Intervenção Precoce se destina a crianças até à idade escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais.

4.2. Modelo ABA (Applied Behavior Analysis)

De acordo com Zachor, Ben-Itzhak, Rabinovich, & Lahat (2007:305) —o modelo *Applied Behavior Analysis* (ABA) é baseado nos princípios científicos do comportamento (Skinner, 1979), e foi direcionada para amenizar os défices nucleares no autismo (Comunicação social e os atrasos). Nessa altura, entendia-se que este tipo de intervenção poderia ajudar a melhorar as capacidades das pessoas com autismo e auxiliá-las na aquisição de competências como a linguagem, a autonomia e as competências sociais. Deste modo, procurava-se ensinar às crianças as competências necessárias e adequadas ao seu desenvolvimento.

Vismara & Rogers (2010) referem que este modelo surgiu com o Dr. Ivar Lovaas, pioneiro da intervenção comportamental autista. Estes autores salientam que existem evidências sobre a eficácia do modelo de tratamento ABA com trabalhos de Wolf, Risley e Lovaas, nos anos 60, utilizando paradigmas operantes de aprendizagem muito estruturados e que construíram repertórios comportamentais que melhoraram os comportamentos adaptativos das crianças com autismo (por exemplo, Baer, et al. 1968; Lovaas et al. 1966, 1967.; Risley, 1968, referidos por Vismara & Rogers, 2010: 448).

De acordo com Stone & Di Geronimo (2006), neste modelo, o grau de complexidade e de exigência é aumentado gradualmente, consoante as competências que vão sendo adquiridas, sendo este treino intensivo com cerca de 40 horas de treino por semana, durante sensivelmente dois ou mais anos. Às crianças são ensinadas competências, incluindo a atenção, a discriminação de base, linguagem e comunicação, vida diária, socialização, reprodução, coordenação motora fina e grossa. Na opinião destes autores, para existir sucesso neste tipo de intervenção era necessário a participação dos pais, uma vez que, estes teriam de proceder a utilização deste método de forma persistente e sistemática em casa e, para tal acontecer, os pais eram sujeitos a um curso de treino na utilização das técnicas comportamentais. Os pais assumiam uma

postura didática, onde tinham a função de transmitir os conhecimentos adquiridos (Marques, 2000).

Vismara & Rogers (2010) referem que o modelo ABA exige uma avaliação cuidadosa de como os acontecimentos ambientais interagem para influenciar o comportamento do indivíduo. A avaliação consiste em fatores contextuais, tais como o ambiente no qual um comportamento ocorre, variáveis motivacionais, tais como a necessidade de alcançar algo, acontecimentos antecedentes que levaram à ocorrência de um comportamento, como um pedido para fazer alguma coisa ou uma pergunta de outra pessoa, e se as consequências ou acontecimentos a seguir ao comportamento dizem se é provável que este ocorra novamente.

Para o modelo ABA a intervenção precoce é importante para se moldar todos os comportamentos e aprendizagens desde pequenos, sendo mais fácil a até mais rápida a reabilitação. Sugerem que programas de intervenção são realmente benéficos para as crianças com autismo (Rogers & Vismara, 2008).

4.3. Modelo PECS (Picture Exchange Communication System)

PECS é um sistema de comunicação de intercâmbio de imagens, criado há mais de 12 anos por Delawer Autistic Program e foi desenvolvido pelas dificuldades ao longo dos anos com outros programas de comunicação. PECS é uma forma de comunicação aumentativa e alternativa, que utiliza imagens invés de palavras com o intuito de ajudar a criança com autismo a comunicar-se e a melhorar a sua interação social (Brony & Frost, 1994).

Segundo Silva (2005:39) este sistema é utilizado primeiramente com indivíduos que não se comunicam ou que possuem comunicação mas a utilizam com baixa eficiência.

O PECS tem como recurso básico a utilização de imagens que são próprias deste sistema, apesar de por vezes os terapeutas utilizarem outros tipos de imagens. Sendo assim, o cerne do PECS está na comunicação através de troca, isto é, a criança aprende a utilizar a imagem como forma de solicitar o objeto que deseja e o qual está representado nessa mesma imagem (Aguilera et al, 2006; Brito et al, 2010).

Apesar de ser fácil de intervir com este sistema, ele obedece a seis passos básicos. Posteriormente, serão apresentados de forma sucinta (Brondy & Frost; Carter & Preston, 2009):

- 1- a criança aprende a utilizar uma única imagem para os objetos que quer;
- 2- a criança aprende a utilizar a mesma imagem em diferentes contextos
- 3- a criança aprende a usar frases simples utilizando uma imagem que tem representado um símbolo que representa “eu quero”, apresentando de seguida a outra imagem que contém o objeto desejado. Esta fase vai evoluindo até que a criança consiga aumentar a complexidade da estrutura frásica passando a usar adjetivos, preposições e outros verbos;
- 4- a criança aprende a responder à pergunta “O que queres?”;
- 5- a criança começa a ser capaz de responder a perguntas que envolvam sentimentos, por exemplo, “o que sentes?”, usando o verbo na sua resposta.

Todos estes passos têm um tempo próprio de aprendizagem que dependerá da evolução de cada criança e, por vezes, pode nem ser possível chegar às etapas finais.

A partir da terceira fase, as imagens deixam de estar dispersas e passam a estar inseridas num caderno próprio criando individualmente para cada criança em função das suas atividades nos diferentes contextos, no qual as imagens são colocadas com velcro num caderno para que facilmente se consigam destacar as mesmas (figura 1).



Figura 1 – Caderno de símbolos PECS

O PECS apresenta como vantagens: o seu baixo custo e, portanto, a sua acessibilidade à maioria das pessoas; facilmente transportável o que possibilita que a criança possa levá-lo para qualquer lado e, assim, utilizá-lo em diferentes contextos; ser constituído por símbolos pictográficos que se tornam facilmente perceptíveis a qualquer parceiro comunicativo e promove a iniciativa comunicativa da criança (Almeida et al, 2005)

4.4. Modelo DIR (Developmental, Individual Difference, Relationship-based /Floortime)

O modelo DIR é um “modelo baseado no Desenvolvimento, nas diferenças individuais e na relação, sendo um modelo de intervenção que foi desenvolvido por Standley Greenspan e Serena Wieder e apoia-se na teoria de que crianças com autismo podem vivenciar uma grande variedade de desafios biológicos nas áreas de processamento sensorio-motor que as impede de interagir, comunicar e aprender. Este modelo ajuda a promover um desenvolvimento emocional da criança usando este modelo de relação, no qual os pais e outros adultos interagem com a criança para aumentar o seu desenvolvimento cognitivo e comunicativo de forma emocional e social (Stone & Di Geronimo, 2006).

Greenspan & Wieder (2000, referidos por Lampreia 2007), mencionam que este modelo tem como objetivo permitir que a criança se torne num indivíduo intencional, interativo e que desenvolva as capacidades linguísticas e sociais. Estes autores mencionarem ainda que,

“este modelo considera como habilidades a desenvolver: a atenção, relacionamento social, comunicação não-verbal, afeto, resolução de problemas, comunicação simbólica, pensamento abstrato e lógico. Essas competências são chamadas de processos emocionais funcionais por terem como base as interações emocionais iniciais. A intervenção visa ajudar a criança a estabelecer a sequência de desenvolvimento que foi prejudicada e ajudá-la a tornar-se em interação intencional e afetivamente” (Greenspan & Wieder, 2000, citados por Lampreia 2007:109).

Este modelo intensivo e global que engloba a abordagem *Floortime* com o envolvimento da família, com diferentes abordagens terapêuticas (Terapia da Fala e Integração Sensorial) e a articulação e integração nas estruturas educacionais (Peixoto e Varela, 2009, citado por Peixoto e Rocha, 2009).

A abordagem *Floortime* constitui uma componente essencial, pois é num período de 20 a 30 minutos, no qual os pais vão para o chão com a criança e jogam com ela, seguem os seus movimentos, elaboram os seus jogos e estabelecem uma interação positiva e acolhedora (Stone e Geronimo, 2006). Lampreia (2007), refere que estas interações com os pais visam encorajar a iniciativa com a criança e o comportamento intencional, assim como aprofundar a atenção conjunta, desenvolver as capacidades simbólicas através do jogo faz-de-conta e conversações. Além da programação em casa, são proporcionados programas terapêuticos específicos como terapia da fala, terapia ocupacional de integração sensorial e um programa educacional.

Já Vismara & Rogers (2010) salientam que este modelo, em vez de focar unicamente comportamentos isolados, integra uma abordagem de desenvolvimento emocional e funcional de diferenças, que subjacentes a sintomas e comportamentos específicos, estabelece uma relação interativa que cria oportunidades de envolvimento afetivo.

4.5. Son Rise (Son- Rise Program)

“No programa Son-Rise, a aceitação da pessoa com autismo, associada a uma atitude positiva, de entusiasmo e esperança, em relação ao potencial de desenvolvimento desta pessoa, são princípios básicos para o tratamento” (Tolezani, 2010:9).

O modelo "Son-Rise" foi criado por pais, para outros pais e também para profissionais e já existe há várias décadas nos Estados Unidos. Este método valoriza a relação entre as pessoas e consiste em ensinar a criar e implementar programas e ações centradas nas crianças, que se tornam em participantes ativas. Os pais aprendem a interagir de uma forma divertida e dinâmica com os filhos, encorajando, desta forma, o desenvolvimento social, emocional e cognitivo.

Segundo Houghton (2008), o Autism Treatment Center of America utiliza o Programa Son-Rise (SRP), com famílias desde 1983 de forma a atender esta necessidade. O SRP foi desenvolvido por um casal de pais – Barry e Samahria Kaufman - em 1976, que experimentavam maneiras de chegar até seu filho Raun, diagnosticado com autismo severo e um QI abaixo de 40. A ciência naquela época, não oferecia orientação alguma para facilitar o desenvolvimento social de crianças com Autismo.

Desde que Raun melhorou, após três anos de trabalho intensivo, os Kaufman têm oferecido o SPR a várias famílias internacionalmente. Até o momento, ainda não se realizou nenhum teste longitudinal rigoroso quanto à eficácia do SRP embora se possa ver que os princípios-chave desta abordagem contam com o apoio da literatura de pesquisa atual.

Houghton (2008) refere que o SRP contorna a limitação da sala de aula ao empregar um quarto (normalmente na casa da criança) que é especificamente projetado para diminuir a estimulação sensorial. Apenas cores neutras são utilizadas e as cores com grande contraste ou os padrões com altos níveis de distração são evitados. Não há painéis visuais com alto nível de distração e só é empregada iluminação natural ou incandescente. Todos os brinquedos e objetos são mantidos fora do chão em prateleiras nas paredes de forma a propiciar uma área no chão para se brincar que seja livre de distrações. Mais importante ainda é que durante as sessões de brincadeiras no quarto de brincar está apenas um adulto e uma criança. Isso significa que os únicos barulhos ou movimentos existentes na sala serão os dela. As crianças, nos Programas Son-Rise baseados em casa, frequentemente tomam a iniciativa de ir para o quarto de brincar, brincam ali mesmo quando estão sozinhas e conversam sobre o quanto gostam de seu quarto especial.

Quanto mais tempo a criança passa envolvida com um adulto, mais a criança aprende. Observa-se que as crianças com autismo que demonstram mais atenção, alcançam níveis mais altos de desenvolvimento linguístico (Mundy et al, 1990; Sigman e Rusky, 1997; Dawson et al, 2004 referidos por Houghton, 2008).

Os facilitadores e pais que utilizam o SRP fazem da interação social o seu foco primário quando trabalham individualmente com uma criança com autismo, reconhecendo que a exclusão da experiência social é o ponto principal do desafio da pessoa com autismo.

De acordo com Houghton (2008), existem duas maneiras nas quais uma abordagem centrada na criança torna a interação social motivadora.

a) Seguir a criança: motivar a criança. O SRP trabalha com objetos e atividades com os quais a criança está motivada. Esta abordagem baseada em brincadeira começa com a área de motivação da criança (ex.: pular na cama elástica). O adulto junta-se a essa brincadeira até que a criança, espontaneamente, se relaciona com o adulto (ex.:

contacto visual, contacto físico ou uma tentativa para falar). Esta manifestação espontânea de interesse social por parte da criança é então correspondida pelo adulto de uma forma destinada a ser motivadora para a criança (baseada nos interesses e padrões de resposta anteriores, individuais da criança), por exemplo, pular na cama elástica enquanto finge ser um macaco. Quaisquer respostas subsequentes às expressões de interesse da criança são ajustadas para se tornarem motivadoras para a criança. Portanto segue-se um ciclo de intercâmbio social, recíproco dentro da área de motivação da criança. O SRP propõe que esta abordagem aumente o nível de relevância da interação social ao unir as motivações internas da criança à interação social.

b) Dar controlo: ser responsivo e sensível à criança. O segundo fator que facilita o aparecimento de um interesse espontâneo e genuíno é dar controlo ou empregar um estilo responsivo de interação (Beckwith e Cohen, 1992, referidos por Houghton, 2008).

O SRP é centrado na criança. Isso significa que: o tema da brincadeira provém dos interesses individuais da criança; e a criança escolhe quando quer começar e terminar aquela interação. Isto é crítico e é justamente o ponto em que as abordagens tradicionais à educação de portadores de necessidades especiais tendem a divergir (Houghton, 2008).

Trivette (2003) definiu este estilo responsivo de interação envolvendo dois componentes importantes. Primeiro, o adulto responde apenas à produção de um comportamento da criança. Isto significa que o adulto responde apenas após a criança fazer um gesto físico (ex.: acenar, sorrisos, toques), um som vocálico (ex.: balbuciar, uma palavra) ou uma ação (ex.: jogar a bola, pegar num brinquedo). Segundo, a resposta do adulto a esta ação é sensível, ou seja, apropriada no seu nível de intensidade. Uma resposta sensível é aquela em que o nível de intensidade está de acordo com o nível de desenvolvimento e humor da criança. Por exemplo, se a criança está a chorar o adulto pode cantar uma música calma, se a criança está contente e a sorrir, o adulto pode dançar com ela.

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

O TEACCH foi concebido para as crianças com PEA de todas as idades e tinha como objetivo principal que estas trabalhassem o mais autonomamente possível, —(...) em casa, na escola ou no local de trabalho (Marques, 2000:91). O modelo pretende também ensinar os pais destas crianças a lidar com elas essencialmente ao nível comportamental. Segundo Marques (2000), este modelo baseia-se em sete princípios fundamentais: adaptação do meio às limitações do indivíduo; elaboração de um programa de intervenção personalizado; estruturação do ensino, nomeadamente das atividades, dos espaços e das tarefas; aposta nas competências emergentes sinalizadas na avaliação; abordagem de natureza cognitivo-comportamental; treino dos profissionais para melhor trabalharem com a criança e a família e a colaboração parental, continuando em casa o trabalho iniciado nas estruturas de intervenção.

Em síntese, são vários os programas e os modelos de intervenção precoce de pais com as crianças, estes programas apresentam a possibilidade de melhorar a qualidade da relação pai-filho, exigindo dos pais a prática de novas atividades com o seu próprio filho. Vários estudos demonstram que a utilização dos modelos e programas de intervenção oferecem ambientes caseiros que proporcionam à criança com espectro do autismo não só uma melhoria da sua comunicação como o seu desenvolvimento social. É importante salientar que os professores e as escolas que atendem crianças com esta patologia tenham presente que estas famílias enfrentam dificuldades acrescidas.

PARTE II - COMPONENTE EMPÍRICO

Nesta segunda parte, iniciamos a apresentação do estudo com a problemática, sendo delineados os objetivos e questões de investigação, assim como os procedimentos metodológicos na seleção da amostra, formulação de hipóteses e instrumentos de avaliação utilizados.

Para Quivy e Campenhoudt (1998), “cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como sejam a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe ou o contexto institucional em que se inscreve o seu trabalho”.

Qualquer investigação requer um trabalho de preparação cuidado, considerando todas as condições e meios que contribuem para a uma correta realização do mesmo. Por outro lado o investigar deve delinear a metodologia a seguir para que, deste modo, atinja os objetivos propostos.

1. DEFINIÇÃO DO MÉTODO DE ESTUDO

A formulação de um problema de investigação, segundo Freixo (2009:157), “consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de ideias, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender”.

A melhor forma de iniciar um trabalho de investigação, segundo Quivy e Campenhoudt (1998), é formular um problema recorrendo a uma pergunta de partida, pois é a partir desta que exprimimos o que pretendemos saber e esclarecer. Para os autores (1998:44) esta pergunta deverá apresentar “qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência”. Neste capítulo iremos definir o nosso problema e a nossa pergunta de partida para, posteriormente, podermos definir os objetivos e dar continuidade à investigação.

1.1. Definição do objeto de estudo

O objeto de estudo da investigação que nos propusemos realizar, consistirá, em saber se a intervenção precoce é um meio de estimulação para o desenvolvimento da criança com Espectro do Autismo e se esta favorece a inclusão destas crianças em escolas do ensino regular. Com esta investigação, pretendemos também saber se as

metodologias usadas pelos programas de intervenção são eficazes para a criança com Espectro do Autismo e se os pais dessas crianças estão envolvidos na implementação desses programas. Sendo assim, o foco essencial deste trabalho é: **“Em que medida a intervenção precoce contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com Espectro do Autismo?”**

Este estudo pretende ainda entender quais os modelos de intervenção utilizados pelos Educadores e professores de Educação Especial têm ao seu alcance e de que forma ajudam a desenvolver as capacidades das crianças com Espectro do Autismo.

Tendo em conta problemática em estudo, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- Verificar o contributo da intervenção precoce no desenvolvimento nas crianças com Espectro do Autismo;
- Perceber se os educadores de infância e professores de educação especial avaliam a eficácia dos modelos de intervenção pedagógica aplicada a crianças com Espectro de Autismo para melhorar a sua inclusão;

Objetivos específicos:

- Analisar as vantagens da intervenção precoce em crianças com autismo.
- Apurar se a intervenção precoce traz vantagens para a inclusão das crianças com EA;
- Verificar se os educadores e professores de educação especial consideram relevante o apoio dos pais, aliado a um apoio especializado, para minimizar ou superar algumas das dificuldades presentes nas crianças com EA;
- Apurar se os educadores e docentes de educação especial têm conhecimento dos diferentes modelos de intervenção precoce nas crianças com Espectro de Autismo;
- Verificar quais são os modelos mais utilizados na intervenção precoce nas crianças com Espectro de Autismo;
- Entender se os pais conhecem o(s) modelo(s) de intervenção pedagógica aplicado à criança em questão;
- Perceber se os educadores e professores de Educação Especial integram a família na implementação desses modelos.

- Averiguar se os educadores e professores de Educação Especial consideram que a intervenção precoce é importante para a inclusão das crianças com EA. nas salas do ensino regular;

2. FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES

A etapa que se segue à formulação do problema e dos objetivos que pretendemos atingir é a formulação de uma hipótese ou hipóteses.

Entendemos que hipóteses são suposições colocadas como respostas plausíveis que tentam responder ao problema de pesquisa. São provisórias porque poderão ser confirmadas ou refutadas no desenvolvimento da pesquisa. As hipóteses devem fornecer à investigação um fio condutor eficaz, tendo como objetivo orientar o planeamento dos procedimentos metodológicos, necessários à execução da pesquisa, e fazer compreender facilmente os fatos (Quivy et Campenhoutdt, 1998).

Desta forma, torna-se indispensável alicerçar as seguintes hipóteses para a problemática em estudo:

Hipótese 1 – A Intervenção Precoce contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança com Espectro do Autismo.

Hipótese 2 – Os modelos de intervenção pedagógica utilizados na Intervenção Precoce são eficazes para melhorar a inclusão das crianças com Espectro do Autismo nas escolas do ensino regular.

Hipótese 3 - Na perspetiva dos educadores de infância e professores de educação especial a colaboração dos pais é fundamental para a eficácia dos modelos de intervenção pedagógica numa fase precoce.

3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para Fortin (1999:41) a amostra é considerada “uma réplica em miniatura da população alvo, deve ser por isso representativa da população estudada, possuindo as suas características”.

Para fundamentar este estudo, foi escolhida uma amostra de educadores de infância e professores de educação especial com a intenção de se poder apurar a problemática em estudo.

A sua caracterização foi realizada de acordo com a informação recolhida e tem origem nas respostas dadas a um inquérito por questionário realizado aos elementos que integram a amostra. A primeira parte do questionário remete-se para os dados biográficos dos professores de educação especial e educadores de infância (sexo, idade, habilitações, tempo de serviço e situação profissional), de forma, a conhecer melhor a respetiva amostra.

Sendo assim, colaboraram no estudo 30 sujeitos, dos quais 63% da amostra representam os educadores de infância e 37% são professores de educação especial.

Ao analisarmos o gráfico 1 podemos verificar de imediato que todos os educadores de infância pertencem ao género feminino (100%) e nenhum ao género masculino (0%).

Quanto aos professores de educação especial foram inquiridos 18% do sexo masculino e 82% do sexo feminino.

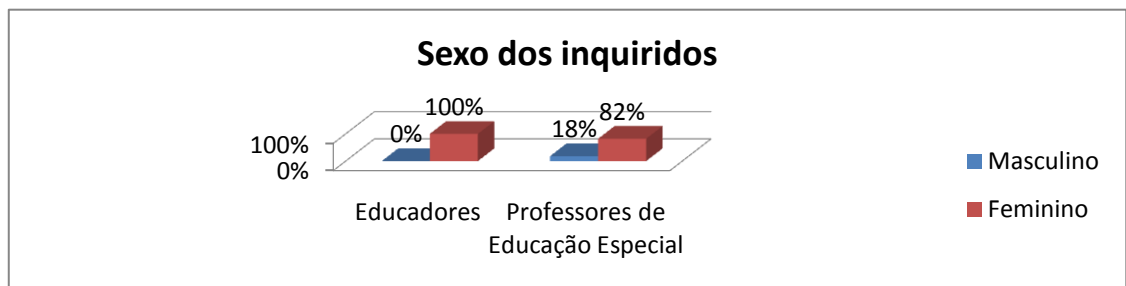


Gráfico 1 – Sexo dos inquiridos

Tal como se pode verificar no gráfico 2, 0% dos educadores inquiridos têm idade inferior a 25 anos, 42% têm idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos, 37% entre os 36 e os 45 anos e 21% têm idade superior a 45 anos.

No que concerne à amostra dos professores de educação especial, 9% têm idade inferior a 25 anos, 64% têm idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos, 9% entre os 36 e os 45 anos e 18% têm idade superior a 45 anos.

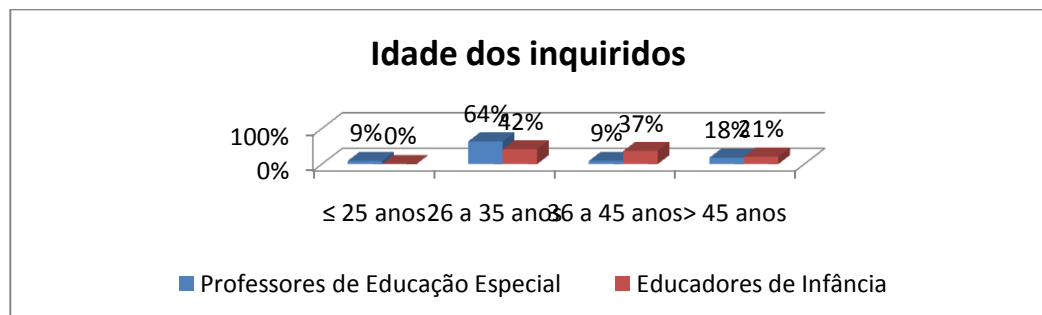


Gráfico 2 – Idade dos inquiridos

Em termos de habilitações, e analisando o gráfico 3, podemos evidenciar que a maioria dos educadores de infância inquiridos 84% possuem licenciatura, 5% mencionou ter bacharelato, 11% possuem mestrado e nenhum dos inquiridos mencionou ter doutoramento.

Em relação aos professores de educação especial, podemos verificar que a sua maioria possui licenciatura 82% e 18% mencionaram ter mestrado. Todavia, todos os docentes de educação especial mencionaram que possuem formação especializada, no domínio cognitivo e motor. Isto surge, pois só podem concorrer ao grupo de recrutamento 910 quem obter a pós graduação/especialização em Educação Especial: Domínio cognitivo e motor.

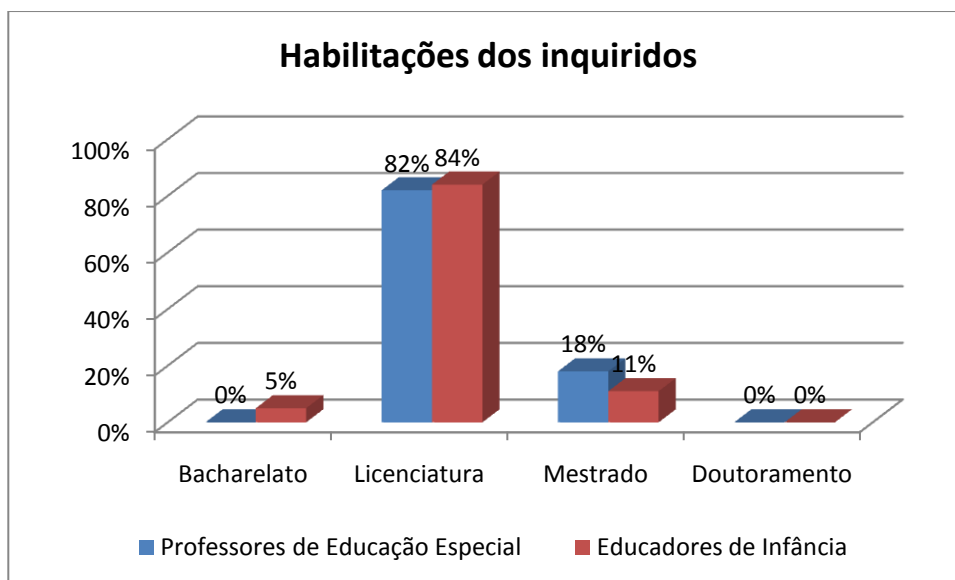


Gráfico 3 – Habilidade dos inquiridos

No que diz respeito ao tempo de serviço dos profissionais de Educação, e tal como demonstra o gráfico 4, podemos referir que 58% dos educadores inquiridos têm entre 6 a 15 anos de experiência, 32% têm entre 16 a 25 anos de experiência e 10% têm mais de 25 anos de tempo de serviço, sendo que nenhum possui menos de 5 anos de tempo de serviço. O que significa que os educadores de infância possuem muitos anos de serviço sobre o processo ensino-aprendizagem, visto que já trabalham e convivem com crianças há muitos anos.

No que diz respeito ao tempo de serviço dos professores de educação especial podemos dizer que a grande maioria tem entre 6 a 15 anos de tempo de serviço, 58%,

18% entre 16 a 25 anos, 18% menos de 5 anos de experiência em educação especial e nenhum com mais de 25 anos.

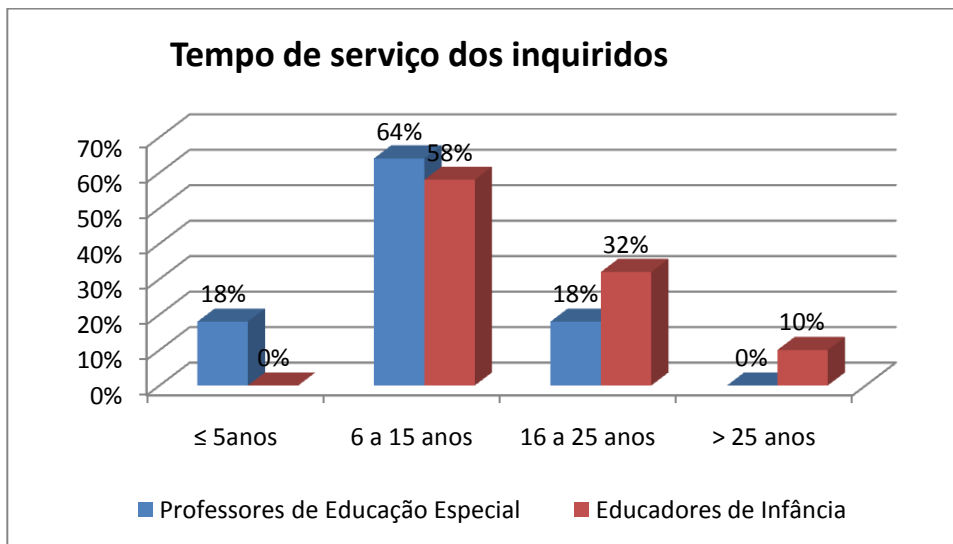


Gráfico 4 – Tempo de serviço dos inquiridos

Para além do tempo de serviço que os profissionais têm, pretendemos saber há quantos anos os professores de educação especial trabalham na área da sua especialização, domínio cognitivo e motor. Neste sentido, no gráfico 5, verificamos que 82% dos inquiridos trabalham em Educação Especial há menos de 5 anos, 9% entre os 6 a 10 anos, com a mesma percentagem as idades compreendidas entre 10 a 15 anos, sendo que nenhum dos inquiridos possui mais de 15 anos de tempo de serviço em educação especial. Deste modo, podemos mencionar que os professores de educação especial não têm muito tempo de serviço, isto deve-se ao facto de a pós graduação / especialização em educação especial ser recente para se poder concorrer.

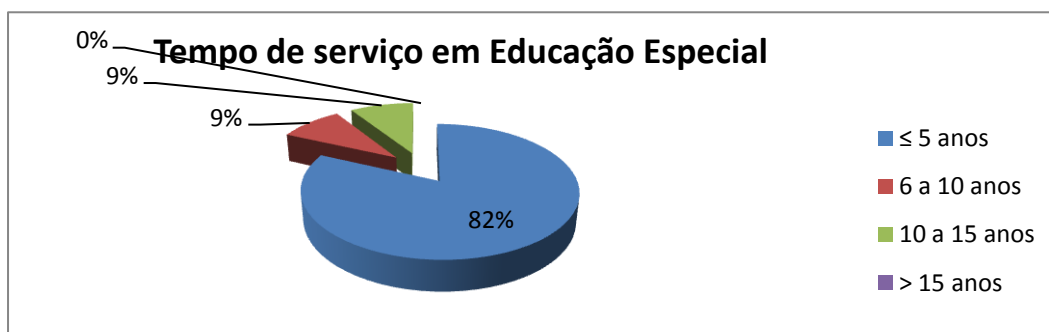


Gráfico 5 – Tempo de serviço em Educação Especial

No que concerne à situação profissional dos educadores inquiridos, verificamos que 21% dos sujeitos são contratados, 5% são do quadro da zona pedagógica e nenhum na situação de desempregado e 74% dos inquiridos são professores do quadro do agrupamento.

Quanto aos professores de educação especial podemos mencionar que 73% são contratos, 18% são professores do quadro do agrupamento, nenhum encontra-se na situação de professor do quadro da zona pedagógica e 9% encontram-se no desemprego.

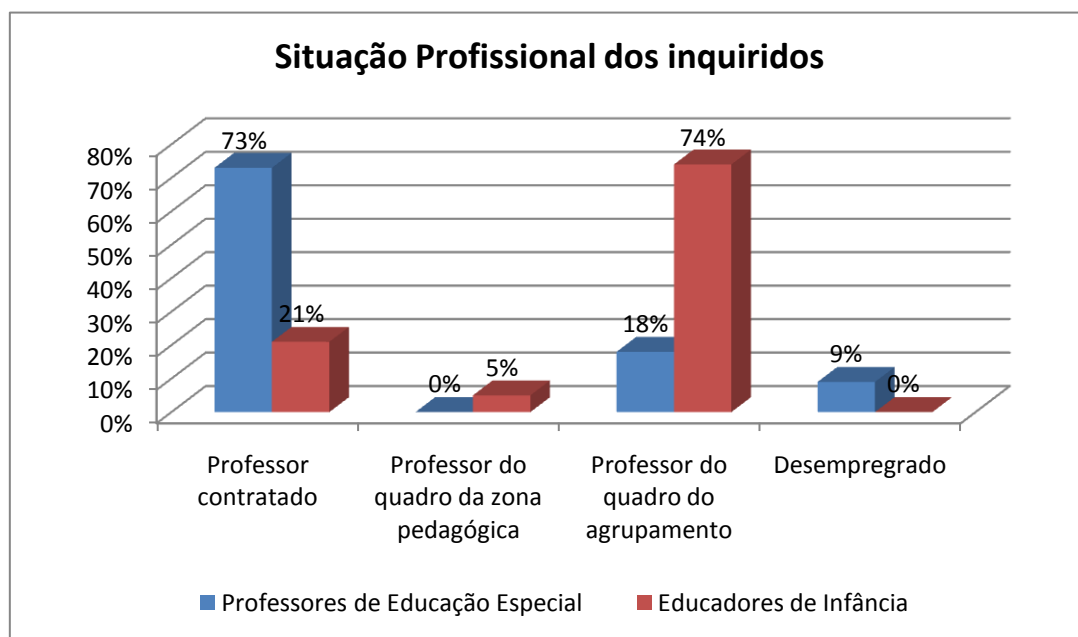


Gráfico 6 - Situação profissional dos inquiridos

4. METODOLOGIAS E PROCEDIMENTOS

Tendo em conta a nossa problemática, recorreremos ao método quantitativo para a análise de uma informação objetiva, em condições controladas. A utilização desta metodologia permite-nos apresentar o resultado do estudo através de procedimentos estatísticos. Segundo o autor Freixo (2009) refere que o método quantitativo relaciona-se com a matemática, com os números, o que permite uma “precisão; uma maior objetividade; a comparação e a reprodução; a generalização para situações semelhantes; a inferência”.

A metodologia que utilizamos na investigação consiste numa pesquisa quantitativa, com um design correlacional, visto que o principal objetivo visa estabelecer relações entre algumas variáveis, permitindo trabalhar com uma amostra relativamente grande. Utilizamos como principal técnica: o inquérito por questionário que constitui uma técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental. O inquérito por questionário, tal como qualquer outra técnica de recolha de dados, apresenta vantagens e desvantagens. As suas principais vantagens são a garantia de anonimato, condição necessária para a autenticidade das respostas, a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises. Como desvantagem refere-se a superficialidade de algumas respostas que impedem a análise de determinados processos e a sua inautenticidade.

Em função dos objetivos e das hipóteses formuladas deu-se início à construção do questionário. Este é constituído por 22 perguntas agrupadas em cinco dimensões, como apresenta a tabela 1. A primeira dimensão da tabela 1 já foi analisada, porque corresponde à caracterização da amostra. O questionário é constituído por perguntas abertas e fechadas, embora predominem as fechadas. Optou-se por colocar algumas perguntas abertas por se entender que poderiam fornecer aos inquiridos um meio de anonimamente expressar os seus pontos de vista, podendo daí resultar uma recolha de informação mais rica, sendo também esta uma das vantagens atribuídas ao inquérito por questionário (May, 2004).

Tabela 1 - Construção do questionário

Dimensões	Indicadores	Itens
I- Identificação dos inquiridos	- Dados biográficos dos respondentes.	1 a 7
II- conhecimento da temática	- Conhecimento da patologia EA e de intervenção precoce;	8, 9 e 10
III- Encaminhamento e organização da intervenção precoce	- Intervenientes no processo Plano Individual de Intervenção Precoce e o seu grau de envolvimento; - A idade mais adequada para dar início a um plano de intervenção precoce nas crianças com EA.; - Articulação do PIIP com PEI.	11,12; 13; 14, 14.1;
IV- Envolvimento familiar	- Participação da família na conceção do PIIP;	15, 15.1;
V- Contributo da intervenção precoce e os modelos de intervenção nas crianças com espectro de autismo	- O desenvolvimento das capacidades das crianças com EA.; - Articulação entre todos os elementos da equipa de IP; - As vantagens da IP para a inclusão das crianças com EA. - A implementação dos mesmos modelos e o seu grau de preferência. - Avaliação da eficácia dos modelos de intervenção; - Colaboração dos pais na implementação dos modelos de intervenção	16, 16.1; 17, 17.1; 18, 18.1; 19, 19.1; 20; 21, 21.1; 22.

Quando à distribuição do questionário começámos por entregá-lo em mão e estar presente durante o seu preenchimento, mas não foi possível fazer isto a todas as pessoas inquiridas, devido à incompatibilidade de horários, falta de disponibilidade por parte do inquirido, entre outros fatores. Mas apesar de todos os inconvenientes que foram surgindo durante o preenchimento e recolha dos dados podemos mencionar que a sua adesão foi boa, por parte dos educadores de infância e professores de educação especial.

5. MODELO DE TRATAMENTO DE DADOS

Uma vez realizado o apuramento dos dados recolhidos pelos inquiridos por questionário, estes foram submetidos a tratamento informático. Para o efeito foi utilizado o Excel 2010, para a elaboração de gráficos que permitem a visualização das percentagens decorrentes desse processo. A análise estatística foi de cariz essencialmente descritivo, atendendo à preocupação de extrair tendências e informações representativas a partir da análise dos dados.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Iremos, em seguida, apresentar o tratamento de dados, seguindo a ordem das dimensões apresentadas para a construção do inquérito por questionário.

II – Conhecimento da temática

Na questão aberta relativa ao que entende por espectro de autismo, foram tido em conta três grandes itens: dificuldade nas competências sociais, nas capacidades comunicativas e exibição de atividades estereotipadas. Tal como indica a tabela 2 - conhecimento de espectro do autismo, 36% professores de educação especial e 42% educadores de infância referiram 1 item, 28% professores e 26% educadores mencionaram 2 itens, 36% professores e 11% educadores referiram 3 itens e 21% educadores não responderam ou afirmam não saber o conceito de espectro de autismo.

N.º de itens mencionados	Professores de Educação especial	Educadores de Infância
0	0%	21%
1	36%	42%
2	28%	26%
3	36%	11%

Tabela 2 – Conhecimento do espectro do autismo

Na questão aberta número 10, o que pensam acerca da intervenção precoce nas crianças com espectro de autismo, consideramos três grandes itens: incentivar a criança para a aprendizagem, promover o desenvolvimento da criança e possibilitar que as famílias obtenham um papel ativo no desenvolvimento da criança (envolvimento familiar). Observamos na tabela 3, 73% professores de educação especial e 53% educadores de infância referiram 1 item, 27% professores e nenhum educador mencionaram 2 itens e nem os professores de educação especial e educadores responderam aos 3 itens. Muitos dos sujeitos inquiridos mencionaram apenas que a intervenção precoce era muito importante e fundamental para estas crianças. Mas houve quem respondesse da seguinte forma: intervenção precoce é “*fundamental para o desenvolvimento da criança, e suporte para os pais, para os ajudar a lidar não só com o turbilhão de emoções que sentem, mas também para os ajudar a perceber e lidar com o filho.*”; “*é importante preparando os alunos para uma melhor integração na sociedade*”; “*é garantir condições de desenvolvimento em crianças com atraso no desenvolvimento até aos 6 anos de idade*”. Desta forma, consideramos que nenhum dos sujeitos respondeu à questão com todos os itens mencionados anteriormente.

N.º de itens mencionados	Professores de Educação especial	Educadores de Infância
0	0%	47%
1	73%	53%
2	27%	0%
3	0%	0%

Tabela 3 – Intervenção precoce nas crianças com espectro de autismo

Para além dos conhecimentos abordados neste projeto de investigação também procuramos saber se estes sujeitos da educação já tinham trabalhado com crianças com Espectro do Autismo. Averiguamos o seguinte, conforme o gráfico 7, 79% dos educadores de infância já teve nas salas de aula crianças com espectro de autismo, mas 21% dos educadores não obtiveram grande experiência com crianças com esta patologia.

Quanto aos professores de educação especial, verificou-se que a maioria já trabalhou com crianças com espectro de autismo (82%). Os restantes (18%) ainda não trabalharam com estas crianças.

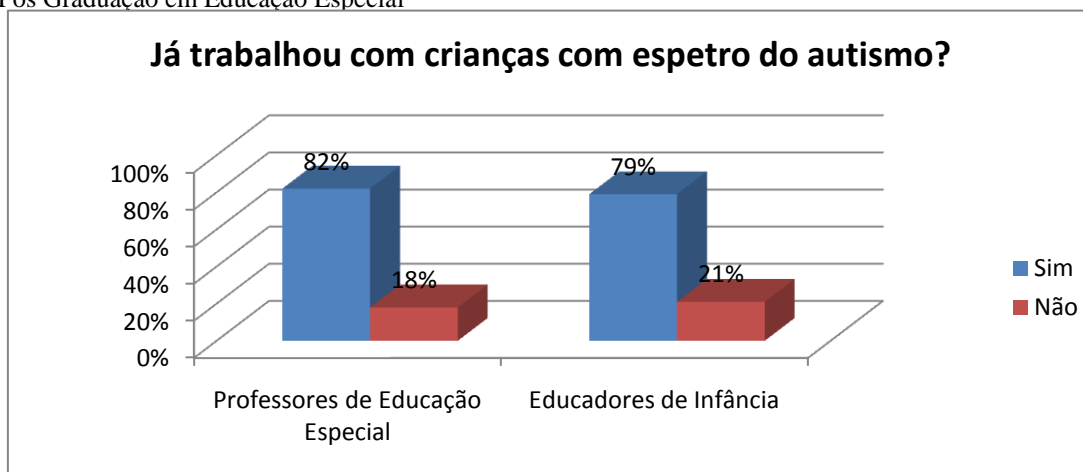


Gráfico 7 – Já trabalhou com crianças com EA?

III – Encaminhamento e organização da intervenção precoce

No que se refere ao encaminhamento e organização dos casos de intervenção precoce interessava-nos saber se por detrás deste encaminhamento existe uma equipa interdisciplinar que toma esta decisão ou se esta é uma decisão unipessoal.

Neste sentido, e no que diz respeito à questão n.º 11 “Habitualmente quem sinaliza os casos para a Intervenção Precoce?” verificamos o seguinte, conforme o gráfico 8, os professores de educação especial referiram 55% são encaminhados pelo educador, 36% pelo pediatra e 9% por outros (centro de saúde/segurança social). Os educadores de infância mencionaram que 63% são eles quem sinalizam, 21% os professores de educação especial, 36% o pediatra e 9% outros.

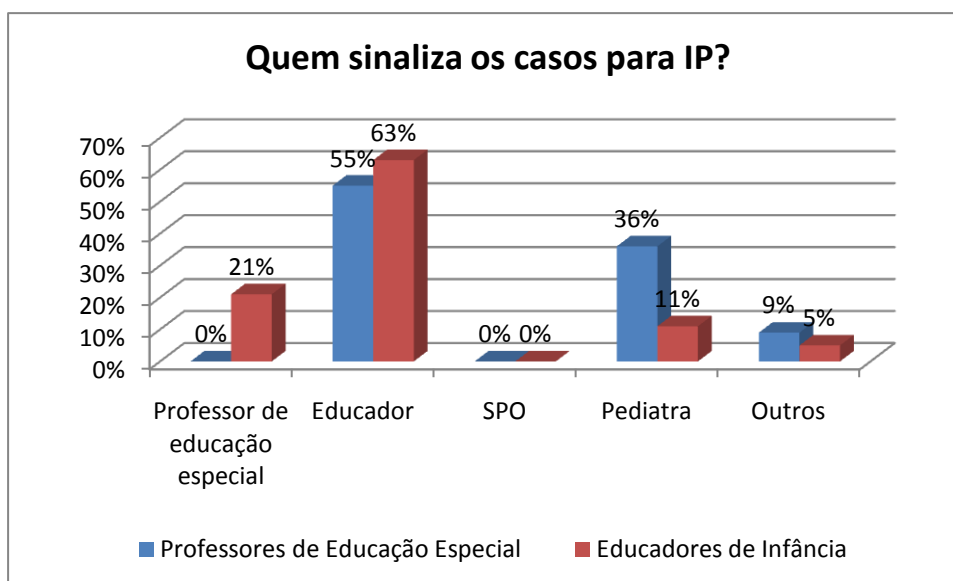


Gráfico 8 – Quem sinaliza os casos para IP?

Na questão n.º 12 procuramos saber “ quem participa na conceção do plano individual de IP (PIIP) das crianças com espectro do autismo?” e grau de envolvimento com o que faz, tendo sido obtidos os seguintes resultados (gráfico 9):

Relativamente à participação na conceção dos programas educativos analisamos o seguinte: 100% dos professores de educação especial referiram que participam muito na elaboração dos PIIP, 64% dos professores de educação especial consideraram que os educadores participam muito, 36% pouco participativos e 0% nada participativos. 18% dos professores de educação especial mencionaram ainda que os serviços de psicologia e orientação participam pouco na elaboração e 64% nada. Quanto à participação do pediatra, 17% referiram que participa pouco na conceção do PIIP e 64% nada.

No que concerne à opinião dos educadores de infância, 100% referiram que os professores de educação especial participavam muito, 42% dos educadores participavam muito na elaboração, 58% pouco e 0% nada. Em relação ao SPO, 10% dos educadores referiram que participam muito, 37% pouco e 53% nada. Quanto ao pediatra e outros 100% dos educadores mencionaram que não participam em nada.

É de referir, nalguns casos, a participação dos pediatras ou terapeutas que acompanham as crianças, dão algumas indicações consideradas importantes para a conceção do PIIP.

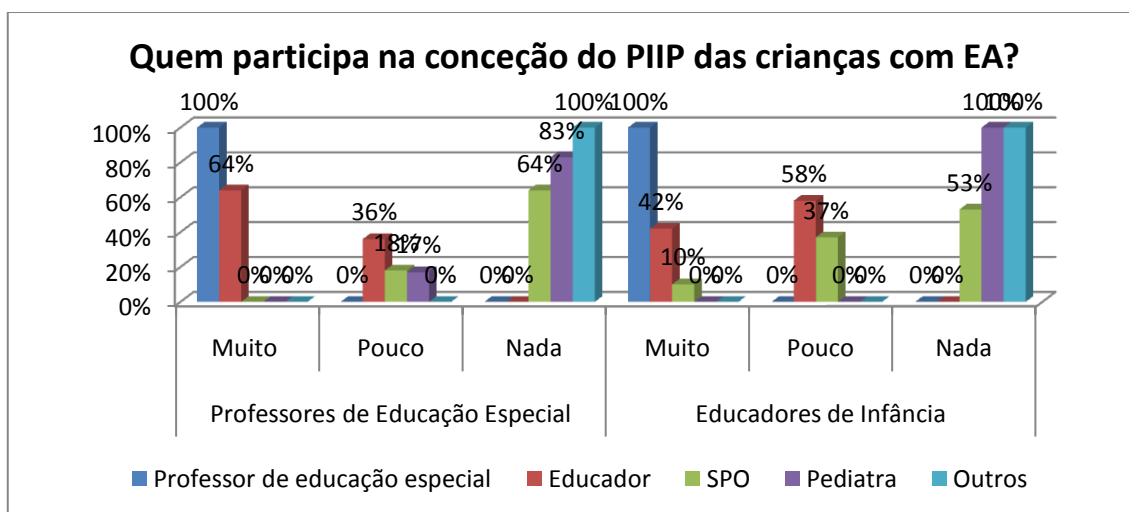


Gráfico 9 – Quem participa na conceção do PIIP das crianças com EA?

Na questão 13, “Qual é a idade mais adequada para se dar início a um plano individual de intervenção precoce nas crianças com espectro do autismo?” pela análise

do gráfico 9 podemos constatar que 47% dos educadores consideram a idade ideal para se iniciar a intervenção precoce é dos 2 aos 3 anos. Dos 0 aos 18 meses indicaram 11%, dos 19 aos 24 meses 26%, dos 3 aos 5 anos 16% e superior aos 5 anos 0%. Porém, 46% dos professores de educação especial consideram ser dos 0 aos 18 meses a idade ideal para se iniciar a intervenção precoce. Dos 19 aos 24 meses, consideram 27% dos inquiridos, 9% dos 2 aos 3 anos, 18% dos 3 aos 5 anos e 0% acima dos 5 anos. De acrescentar que a maioria considera que a intervenção deve ser iniciada antes dos 3 anos de idade, 82% dos professores de educação especial e 46% dos educadores.

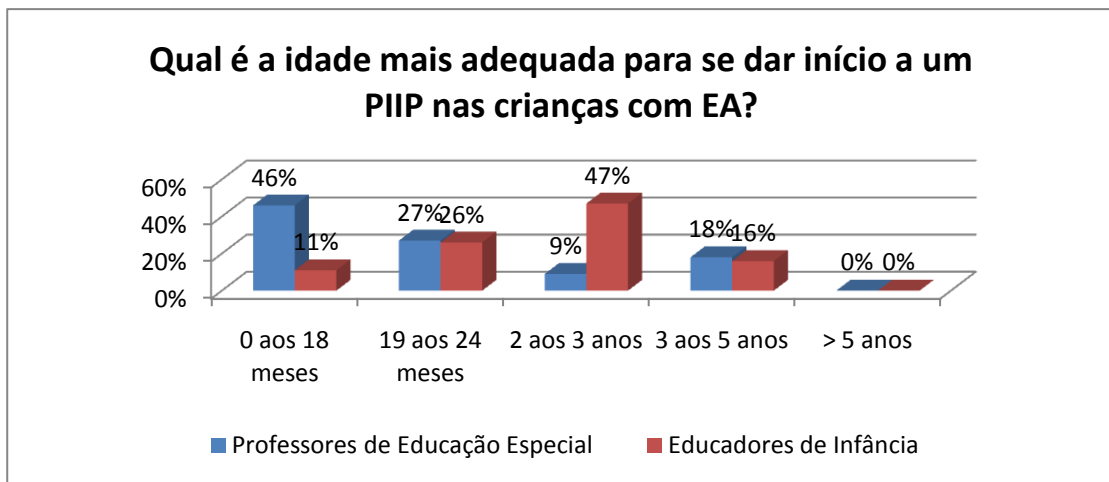


Gráfico 10 – Qual é a idade mais adequada para se dar início a um PIIP nas crianças com EA?

Relativamente à questão 14, na qual se questiona se o plano individual de intervenção precoce deve ser articulado com o plano educativo, todos os inquiridos responderam que “Sim”. Deste modo, 100% dos inquiridos responderam de uma forma homogénea, tanto os educadores de infância e os professores de educação especial, não havendo qualquer divergência de opinião.

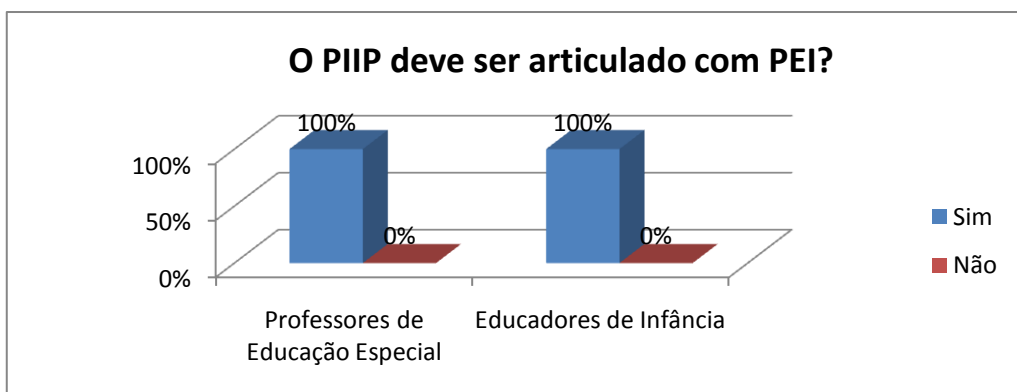


Gráfico 11 – O PIIP deve ser articulado com o PEI?

Na questão 14.1 pretendíamos saber de que forma os inquiridos costumam articular o PIIP com o PEI, averiguamos que 55% inquiridos não responderam à questão aberta e dos que responderam de uma forma geral mencionaram o seguinte: através da partilha de informações por contactos informais, outros salientaram reuniões no início do ano letivo com o professor titular de turma.

IV – Envolvimento familiar

Relativamente à questão 15 procuramos saber se a “escola incentiva a participação da família na conceção do PIIP”. Todos os inquiridos consideram que a escola incentiva à participação dos pais na elaboração do PIIP, 100% responderam que “Sim”(ver gráfico 12).

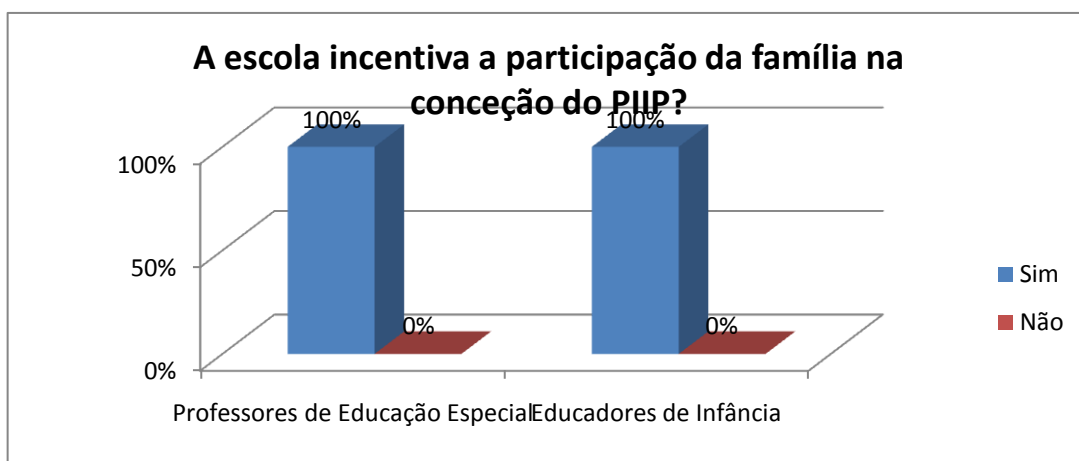


Gráfico 12 – A escola incentiva a participação da família na conceção do PIIP?

Quisemos ainda saber na questão 15.1 “de que forma a escola incentiva a participação da família na conceção do PIIP”, tendo obtido os seguintes resultados (gráfico 13):

Quanto aos professores de educação especial, 9% dos professores incentivam a participação das famílias/pais através de reuniões pontuais, 55% através de reuniões periódicas, 18% através de contactos informais e 18% através de outras formas, salientando que costumam usar todas as formas mencionadas anteriormente.

Quanto à opinião dos educadores de infância, 11% dos inquiridos mencionaram através de reuniões pontuais, 62% através de reuniões periódicas, 11% contactos informais e 16% através de todas as formas mencionadas anteriormente.

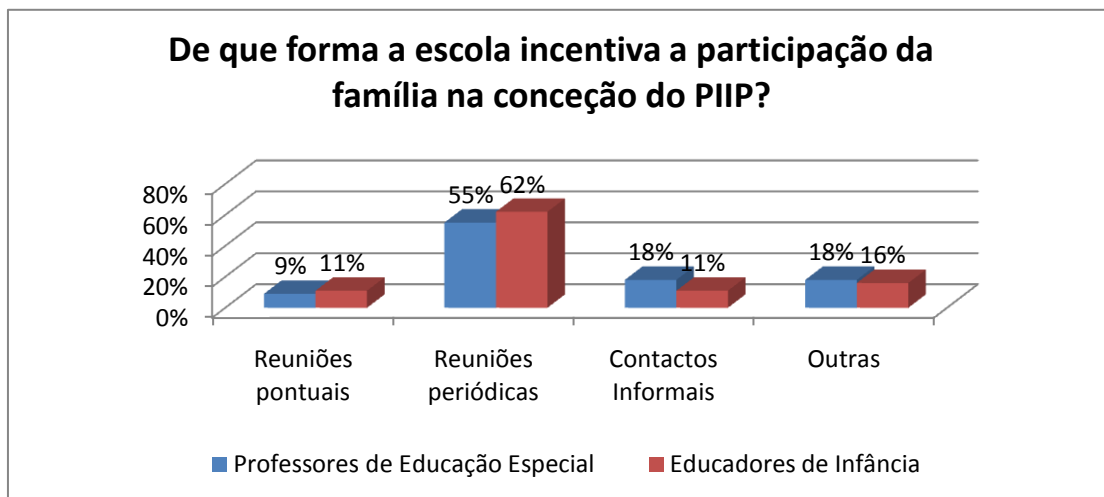


Gráfico 13 – De que forma a escola incentiva a participação da família na conceção do PIIP?

V- O contributo da intervenção precoce e os modelos de intervenção

Na questão 16, interessava-nos saber se a intervenção precoce contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com espectro do autismo, tendo-se obtido os seguintes resultados, tal como indica o gráfico 14: todos os educadores de infância e professores de educação especial responderam de forma unânime (100%) que a intervenção precoce é um meio de estimulação para o desenvolvimento da criança com espectro do autismo.

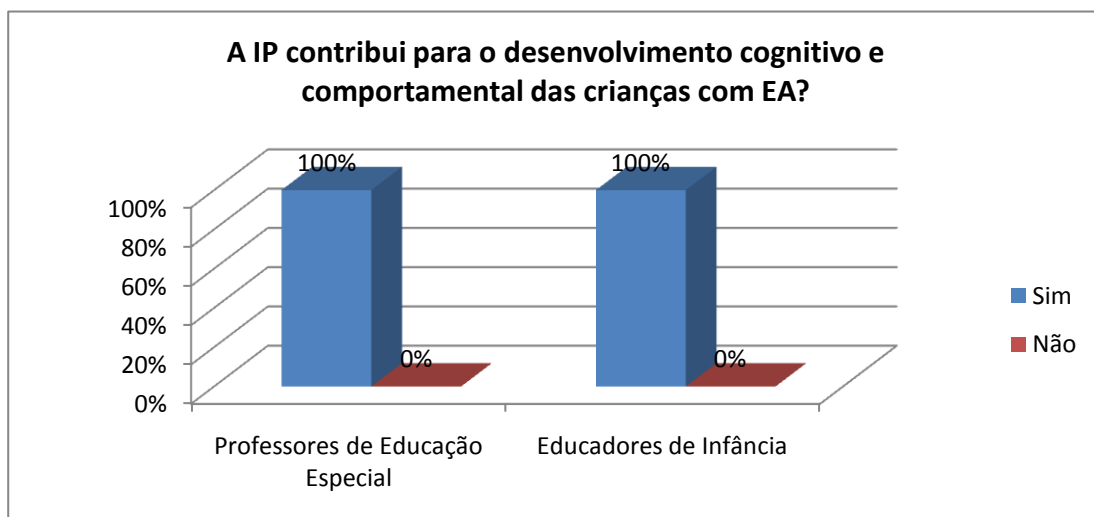


Gráfico 14 – A IP contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com EA?

Para fundamentar a resposta positiva, os inquiridos numerando por ordem as razões que contribuíam para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com espectro do autismo. Tendo-se obtido os seguintes resultados (gráfico 15):

Na perspetiva dos professores de educação especial, podemos averiguar que é a socialização que está em primeiro lugar (36%), apontaram como razão em que a intervenção precoce mais favorece as crianças com EA. Para segundo lugar a 37% mencionaram também a socialização e 18% a autonomia, logo de seguida a comunicação (28%). Para terceiro lugar, 28% dos professores de educação especial referiram. O quarto lugar é atribuído à comunicação com 36% dos inquiridos, sendo o último lugar para o nível cognitivo. Salientamos ainda que ninguém colocou a hipótese outra.

Após uma breve descrição dos dados podemos referir que a ordem pela qual os professores de educação especial enumeraram as razões em que a IP mais favorece as crianças com EA é: 1.º socialização, 2.º autonomia, 3.º comunicação, 4.º autoestima e 5.º cognitivo.

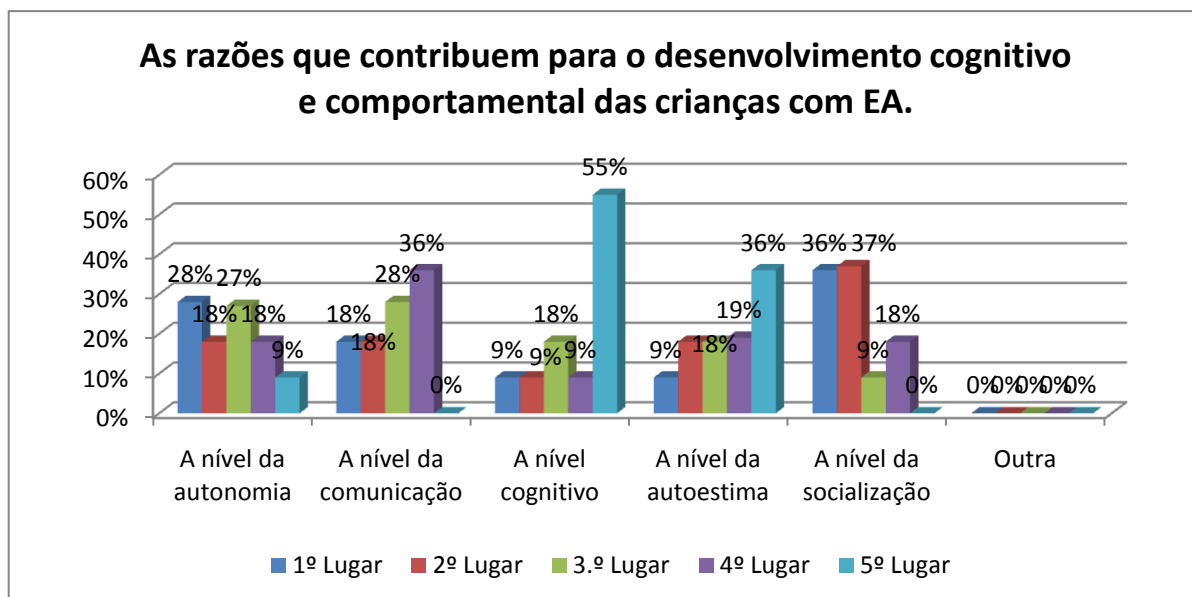


Gráfico 15 – As razões que contribuem para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com EA na perspetiva dos professores de educação especial.

Relativamente à opinião dos educadores de infância, podemos verificar, após a análise do gráfico 16, que é a autonomia que os educadores de infância apontam para

primeiro lugar com 42% dos inquiridos. Para segundo lugar com 21% a socialização e a comunicação, de seguida, surge a comunicação e a autoestima com 26%. Para quarto lugar elegeram a comunicação com 32% e, por último, no quinto lugar ficou o nível cognitivo com 58%. De acrescentar que ninguém colocou a hipótese outra.

Em súpula, podemos referir a ordem pela qual os educadores de infância enumeraram as razões em que a intervenção precoce mais favorece as crianças com espectro do autismo é: 1.º autonomia, 2.º socialização, 3.º comunicação, 4.º autoestima e 5.º cognitivo.

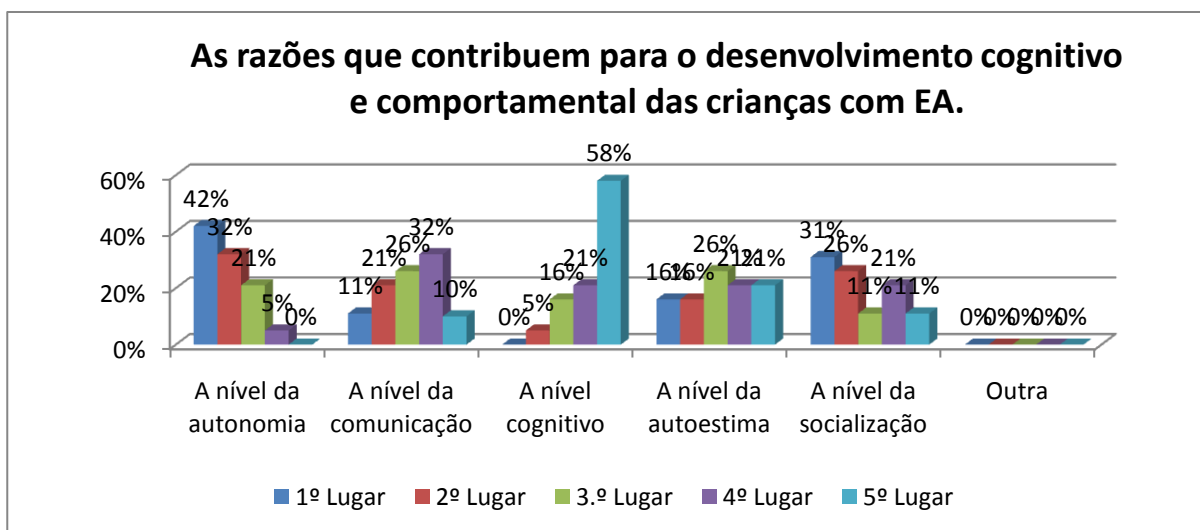


Gráfico 16 – As razões que contribuem para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com EA na perspetiva dos educadores de infância.

No que concerne à questão 17, no qual se questiona se acha pertinente uma boa articulação entre todos os elementos da equipa de IP, 100% dos inquiridos (professores de educação especial e educadores de infância) mencionaram que sim, sendo que nenhum respondeu que não.

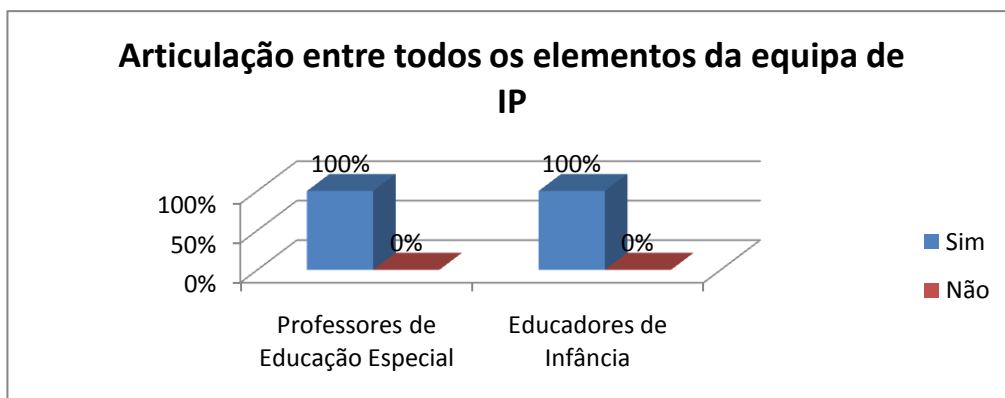


Gráfico 17 – Articulação entre todos os elementos da equipa de IP.

Na questão 17.1 pretendíamos saber se a equipa de intervenção precoce costuma analisar as mudanças necessária para o processo, mas devemos considerar que esta questão está relacionada com a questão anterior, a articulação entre todos os elementos, tendo-se obtido as seguintes respostas (gráfico 18): 9% dos professores de educação especial mencionaram nunca, 55% raramente e 36% às vezes. Podemos referir ainda que esta contradiz um pouco a resposta anterior, uma vez que todos professores de educação especial referiram que existe uma boa articulação com a equipa de intervenção precoce, sendo que 9% responderam que nunca analisam em conjunto o processo da criança com espectro de autismo.

No que concerne às respostas dos educadores de infância, 11% mencionaram que nunca, 57% raramente e 32% às vezes, podemos dizer que aconteceu o mesmo que os professores de educação especial.

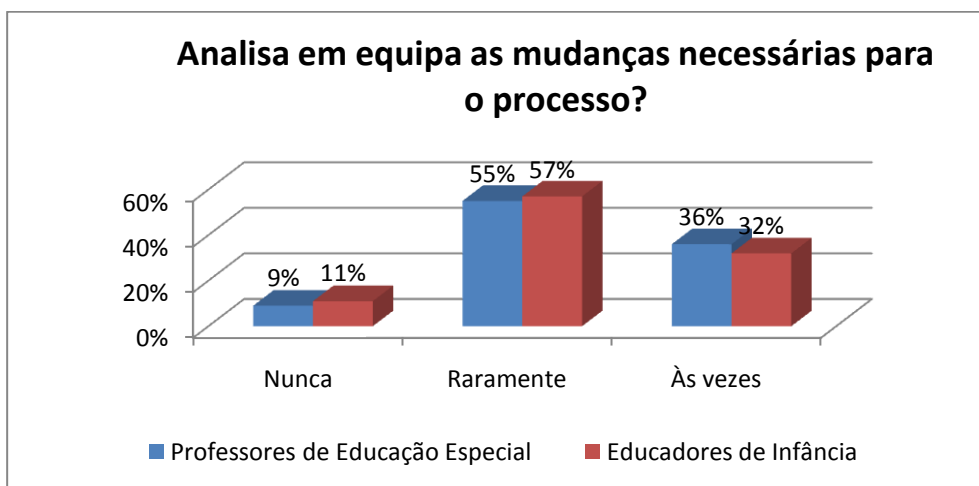


Gráfico 18 – Analisa em equipa as mudanças necessárias para o processo?

Pretendíamos saber, na questão 18, se existiam reuniões regulares entre os intervenientes no processo de implementação do PIIP destas crianças, tendo-se verificado, segundo o gráfico 19, o seguinte: 79% dos professores de educação especial aferiram que existem reuniões regulares entre os intervenientes no processo de implementação no PIIP, 19% não responderam e 0% mencionaram que não.

Quanto à opinião dos educadores de infância 73% mencionaram que sim, 0% que não e 27% não responderam à questão.

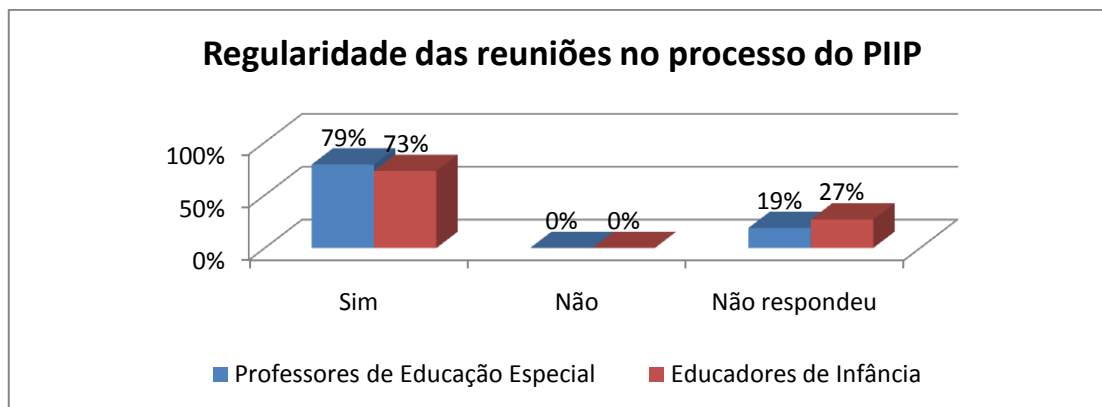


Gráfico 19 – Regularidade das reuniões no processo do PIIP

Posteriormente quisemos saber com que frequência os inquiridos se reúnem com os outros profissionais de educação que trabalham com a criança e apurámos que os professores de educação especial e educadores de infância referiram a mesma resposta para a opção semanalmente e quinzenalmente 0%. 40% dos professores de educação especial referiram mensalmente e 60% trimestralmente. Os educadores mencionaram 15% mensalmente e 85% trimestralmente.

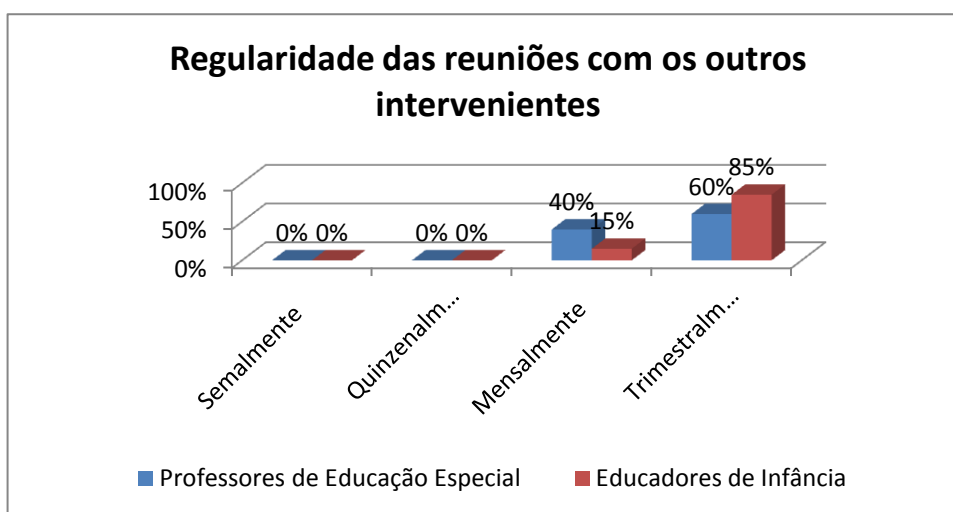


Gráfico 20 – Regularidade das reuniões com os outros intervenientes

Na questão 18.2 pretendíamos saber se os profissionais da educação consideravam se as reuniões realizadas eram suficientes ou insuficientes, tendo-se verificado o seguinte, tal como indica o gráfico 21: 20% dos professores de educação especial consideram suficientes, 60% insuficientes e 20% não responderam à questão.

podemos ainda analisar a opinião dos educadores de infância, 23% consideram suficientes, 31% insuficientes e 46% não responderam à pergunta.

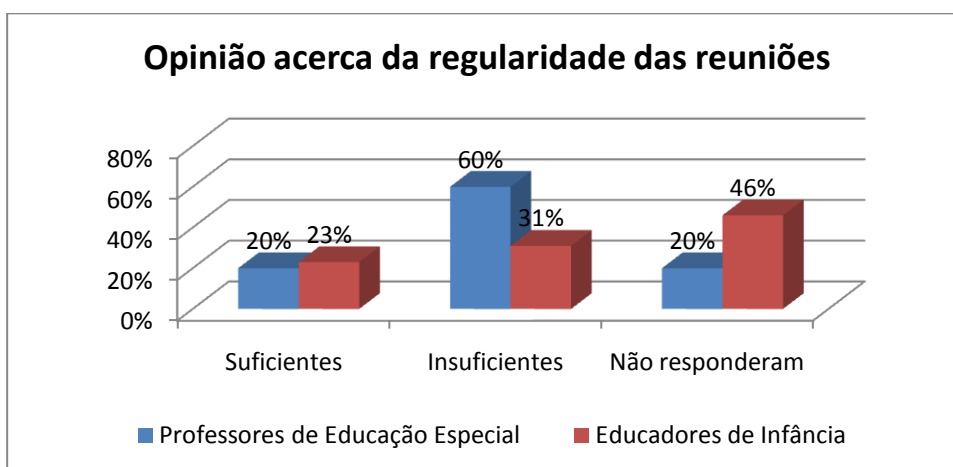


Gráfico 21 – Opinião acerca das regularidades das reuniões

Após a análise do gráfico 22, podemos dizer que 100% dos inquiridos concorda com a afirmação, que a intervenção precoce traz vantagens para a inclusão destas crianças, assim constatamos uma uniformidade de opiniões, tanto os educadores como os professores de educação especial consideram que a Intervenção Precoce traz vantagens para a inclusão destas crianças no ensino regular.

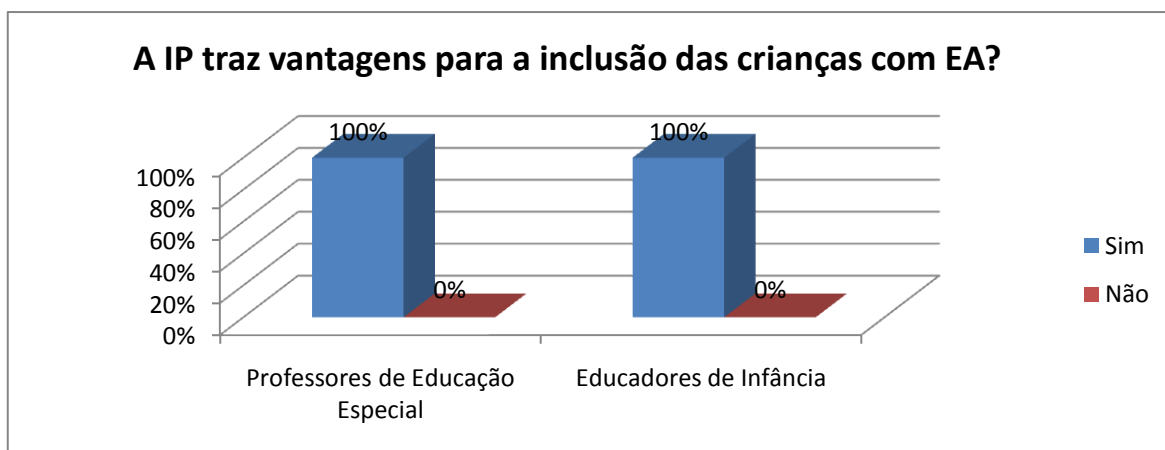


Gráfico 22 – A IP traz vantagens para a inclusão das crianças com E.A?

Na questão 19.1 pretendíamos saber quais as vantagens numeradas pelos inquiridos, tendo-se verificado o seguinte: 43% dos educadores e 11% dos professores de educação especial não responderam, os restantes sujeitos apelaram para desenvolvimento da autonomia, da socialização, autoestima, comunicação e

possibilidade de adquirirem mais conhecimentos, desenvolvimento cognitivo. No gráfico 23 podemos observar as percentagens para cada uma das vantagens mencionadas pelos inquiridos.

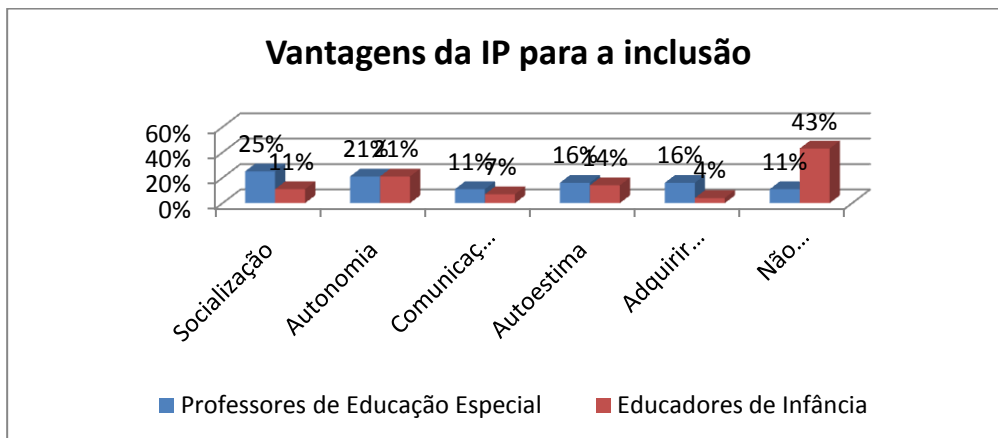


Gráfico 23 – Vantagens da IP para a inclusão

A questão 20 tinha como objetivo saber qual ou quais os modelos de intervenção precoce que mais utiliza nas crianças com Espectro do Autismo. Através da análise do gráfico 24, verificamos que 38% dos professores de educação utilizam o PECS, 31% o programa portage, 23% outros, nomeando o programa Teacch, 0% o ABA e DIR/Flortime e 8% não responderam. Podemos ainda analisar as respostas dadas pelos educadores de infância: 22% educadores referiram que utilizam o Son-Rise, 22% outros (Teacch), 15% o PECS, 3% ABA, 0% DIR/Floortime e 19% não responderam. Importa salientar que alguns dos profissionais selecionaram mais do que uma das opções.

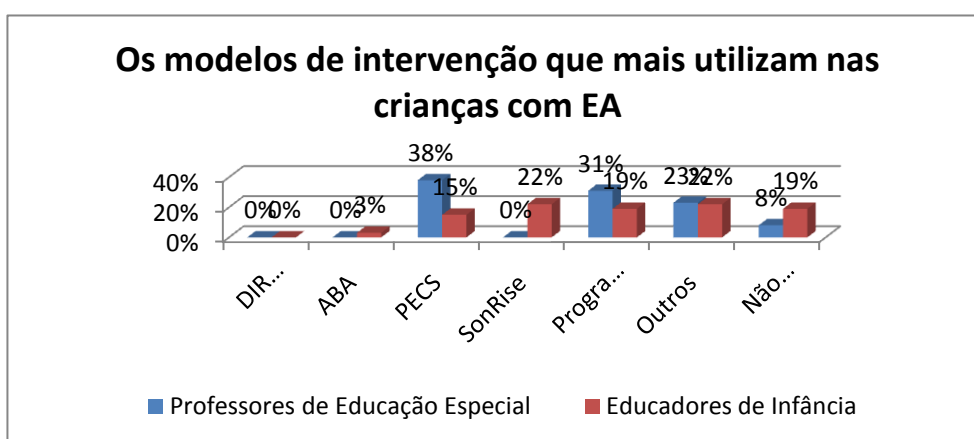


Gráfico 24 – Os modelos de intervenção que mais utilizam nas crianças com EA.

Na mesma questão pretendíamos saber qual o modelo de intervenção que os profissionais preferem utilizar. Tal como indica o gráfico 25, 27% dos professores de educação especial referiram o PECS, 27% programa portage, 18% Teacch, 0% DIR/Floortime e ABA e 27% não responderam. 16% dos educadores de infância mencionaram PECS e o Programa Portage, 21% Son-Rise, 5% Teacch e 42% não responderam.

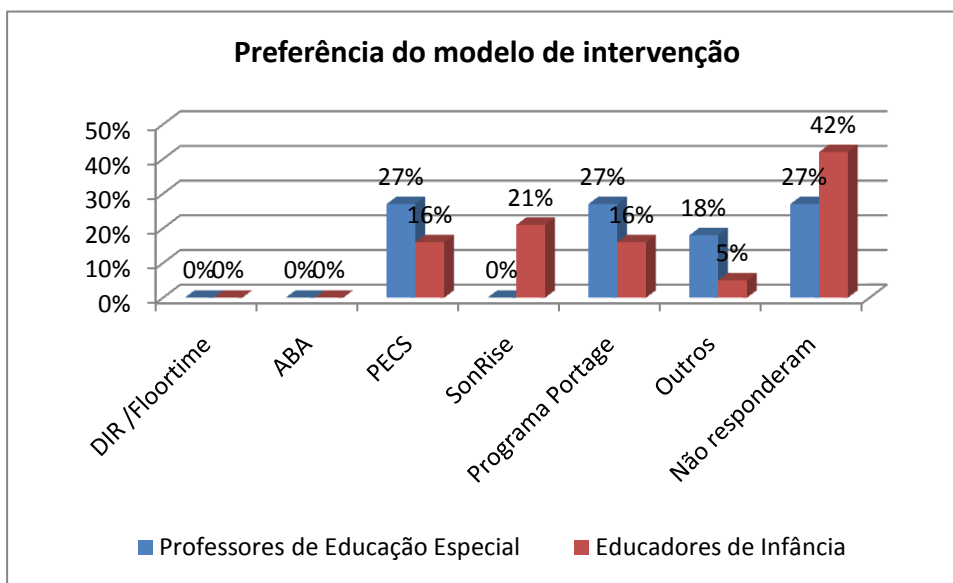


Gráfico 25 – Preferência do modelo de intervenção.

No que concerne à questão 21, pretendíamos saber se os sujeitos inquiridos costumam ponderar sobre a eficácia dos modelos de intervenção, tendo-se verificado o seguinte: 100% dos inquiridos responderam positivamente “Sim”, assim constatamos uniformidade nas opiniões dos professores de educação especial e dos educadores de infância.

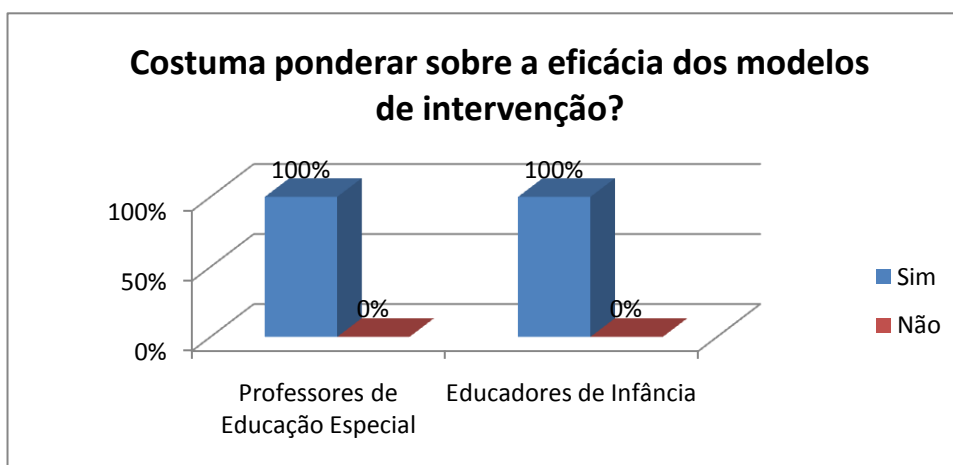


Gráfico 26 – Costuma ponderar sobre a eficácia dos modelos de intervenção?

Com a questão 21.1 pretendíamos saber qual a opinião dos inquiridos em relação à eficácia dos modelos de intervenção precoce. Sendo assim, no gráfico 27, constatamos que 54% dos professores de educação especial não responderam, 25% indicaram o PECS, 17% programa portage, 8% teacch. Também verificamos que 54% dos educadores de infância não responderam, 15% referiram PECS, 12% programa portage e 19% teacch.

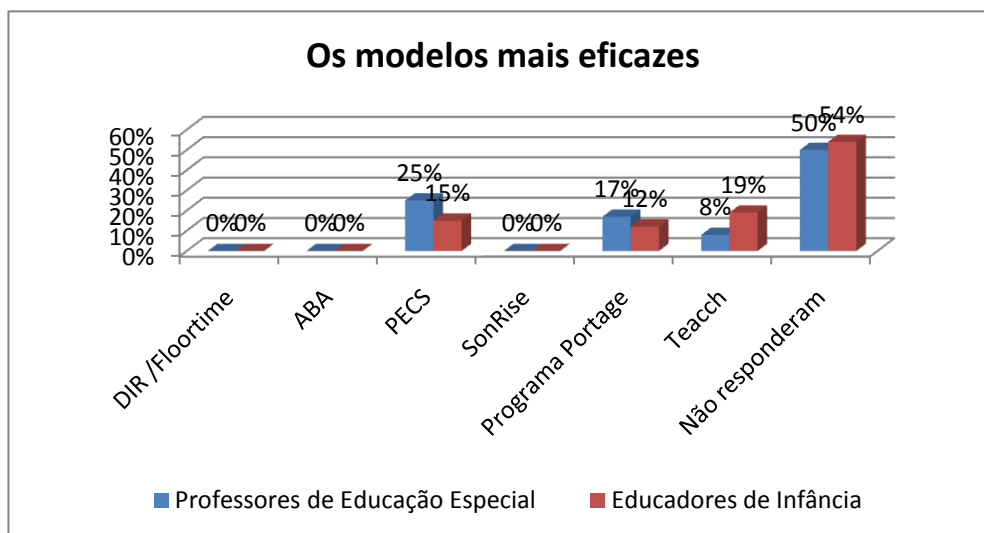


Gráfico 27 – Os modelos mais eficazes

Quanto à questão 22, questionava se a colaboração dos pais/família na implementação do(s) modelo(s) de intervenção com Espectro de Autismo facilitava a inclusão das mesmas no meio social escolar, averiguamos, no gráfico 28, o seguinte: a maioria dos inquiridos considera que sim. 73% dos professores de educação especial mencionaram que sim, 27% não sabe e ninguém respondeu que não. Os educadores partilham da mesma opinião. Assim, 79% mencionaram que sim, 21% que não e ninguém respondeu que não.

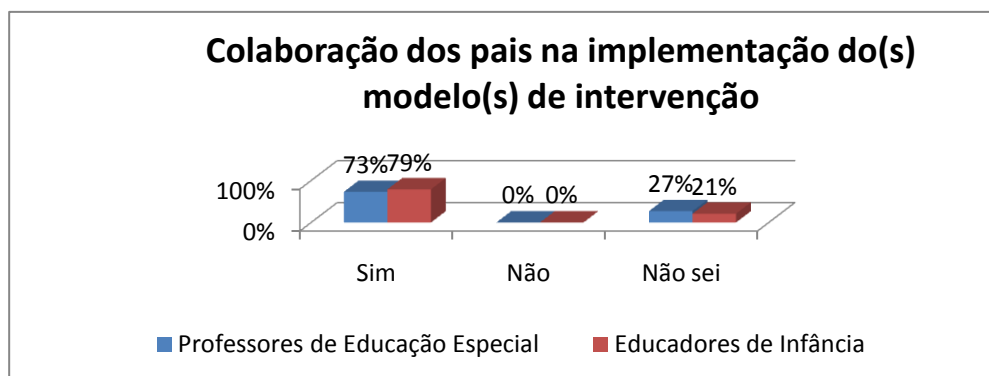


Gráfico 28 – Colaboração dos pais na implementação do(s) modelo(s) de intervenção.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação detalhada dos resultados importa analisá-los de uma forma global.

Para a amostra deste trabalho foram inquiridos professores de educação especial e educadores de infância, sendo que colaboraram no estudo 30 sujeitos, dos quais 63% da amostra representam os educadores de infância e 37% são professores de educação especial. Verificamos de imediato que todos os educadores de infância pertencem ao género feminino (100%) e nenhum ao género masculino. Podemos assim afirmar que na sociedade em que estamos, a mulher continua ainda a ser vista como a mais indicada para trabalhar com crianças. Relativamente aos professores de educação especial 82% pertencem ao sexo feminino e 18% ao sexo masculino.

O inquérito foi preenchido por educadores de infância e professores de educação especial com idades e tempos de serviço bastantes distintos. Podemos destacar que os educadores de infância são mais velhos e têm mais tempo de serviço do que os professores de educação especial. Neste sentido, podemos mencionar que os dados recolhidos apresentam uma gama de experiências e opiniões de gerações distintas. Este facto poderá ser importante para avaliar, se a opinião dos inquiridos modifica de acordo com a idade de experiência. Deparamos também que todos os docentes de educação especial possuem formação especializada, no domínio cognitivo e motor, uma vez que só podem concorrer ao grupo de recrutamento 910 quem obter a pós graduação/especialização neste domínio.

Relativamente à segunda dimensão, na questão ao que se entende por espectro do autismo, foram tidos em conta três grandes itens: dificuldades nas competências sociais, nas capacidades comunicativas e exibição de atividades estereotipadas. A análise de conteúdo evidenciou que a grande maioria evidência conhecimentos quanto aos principais aspetos que definem espectro do autismo. A questão seguinte, também relacionada com o conhecimento da temática, o que pensa acerca da intervenção precoce, foram tidos em conta os seguintes itens: incentivar a criança para a aprendizagem, promover o desenvolvimento da criança e possibilitar que as famílias obtenham um papel ativo no desenvolvimento da criança. A análise de conteúdo averiguou que nenhum dos inquiridos respondeu à questão com todos os itens

mencionados anteriormente. De salientar que a maioria respondeu apenas que a intervenção precoce é fundamental.

Para além dos conhecimentos abordados neste projeto de investigação procuramos verificar se os inquiridos possuem experiência na sala de aula com as crianças com espectro de autismo, podemos verificar que 79% dos educadores de infância já teve nas suas salas de aulas crianças com esta patologia, podemos assim levantar a hipótese que esta patologia já está a ser diagnosticada mais precocemente. Quanto aos professores de educação especial verifica-se que a maioria já trabalhou com crianças com espectro do autismo (82%), mas não devemos esquecer que estes trabalham com crianças de todas as idades e trabalham apenas com crianças com necessidades educativas especiais. É desta forma que se justifica o facto de os professores de educação especial terem grande experiência com criança com autismo. De acrescentar que apesar da maioria dos professores de educação especial ter pouco tempo de serviço, também a maioria já teve alguma experiência nesta área.

Como nos dizem os autores, Chris Willins & Barry Wright (2008:7), é a partir dos três anos que os sinais se tornam mais evidentes. É nessa idade que normalmente as crianças começam a frequentar um jardim-de-infância. Nessa altura, a “criança pode passar a maior parte do tempo em seu próprio mundo e dar a impressão de tratar as pessoas como se fossem objetos”.

Desta forma, os educadores de infância apresentam uma elevada importância, uma vez que as respostas destes vão permitir analisar a sua sensibilização para o caso. Contudo, as respostas com uma maior relevância serão as dos professores de educação especial que já têm experiência, pois já vivenciaram as vantagens/desvantagens de uma intervenção precoce.

No que concerne à terceira dimensão, encaminhamento e organização da intervenção precoce, a legislação prevê um trabalho em equipa na determinação da elegibilidade e nas propostas de medidas a adotar no encaminhamento dos alunos com necessidades educativas especiais de carácter prolongado, caso da patologia estudada. As equipas deverão ser construídas em função das necessidades específicas de cada criança, com a participação ativa da família/pais, dos educadores, com ação educativa dos mesmos, professores de educação especial, bem como outros profissionais que exerçam

a sua intervenção na escola e, se necessário, psicólogos, terapeutas, técnicos de serviço social e de saúde.

A constituição de cada equipa deve ser pensada por referência à patologia da criança, sendo definido o contributo específico que cada um deve dar para uma decisão que deve ser partilhada.

No estudo que realizámos, pretendemos analisar os procedimentos que determinam o encaminhamento para adoção dos casos para a intervenção precoce. A adoção desta medida deve ser, necessariamente, uma decisão partilhada, porque pelas consequências do desenvolvimento comportamental e cognitivo da criança com espectro do autismo, deve merecer assumida por um único profissional, mas sim por um conjunto de vários elementos, com o intuito de elaborar um plano que vai contribuir para o desenvolvimento global da criança.

A intervenção de uma equipa multidisciplinar deve ser dinâmica, não se limitando única e exclusivamente a sinalizar os casos para a intervenção precoce.

Os resultados obtidos neste estudo permitem-nos dizer que a tomada de decisão na sinalização dos casos para a intervenção precoce não é, efetivamente, uma decisão unipessoal mas de vários intervenientes, sendo que o educador intervém em 63% dos casos, 21% os professores de educação especial, 11% os pediatras e 5% outros técnicos, na opinião dos educadores. Na opinião dos professores de educação especial atribuem uma grande percentagem aos educadores (55%), pediatras (36%) e outros técnicos (9%).

Relativamente à conceção do plano individual de intervenção precoce, permite-nos, também, dizer que os professores de educação especial consideram que o pediatra participa na elaboração do PIIP, sendo que necessitam do relatório médico para referirem a patologia da criança no plano educativo. Porém, consideramos que deveriam ter mencionados outros no envolvimento da elaboração do PIIP, por exemplo: a família e os terapeutas que acompanham a criança. Há ainda a registar a pouca participação de técnicos da área da saúde que podem intervir na conceção do PIIP, dando orientações ou informações pertinentes, nos casos em que os alunos estão a ser acompanhados por técnicos.

De acordo com diversos autores mencionados na revisão da literatura quanto maior for o envolvimento da família no planeamento e nas tomadas de decisão, maior será o sucesso da intervenção. Desta forma, é essencial uma parceria entre técnicos e

pais, onde a criança tem um papel ativo e tornando os pais atores centrais, favorecendo a sua autonomia na tarefa educativa. O papel do técnico ao valorizar as áreas forte como alavanca no processo desenvolvimental, aumentará a autoestima da própria família.

De seguida, tentamos saber qual a idade ideal para se iniciar a intervenção precoce. Foram colocadas várias hipóteses de escolha, desde os 0 aos 6 anos. Ambas as perspetivas, educadores de infância e professores de educação especial consideraram importante que tal intervenção seja iniciada antes dos três anos de idade, 84% dos educadores e 82 % dos professores de educação especial.

Os inquiridos consideram que quanto mais cedo se intervém, maior é o potencial de desenvolvimento da criança com Autismo. Apenas a referir, que os educadores acham, e muito bem, que dificilmente se conclui um diagnóstico de Autismo antes dos 2 anos. Assim, mais uma vez, a opinião dos inquiridos vai ao encontro dos Dawson & Zanolli (2003), citados por Correia (2005) defendem que, como o autismo está associado a alterações a nível cerebral, a intervenção precoce pode ajudar a criança a ter uma atividade cerebral dentro do normal, visto que esta provoca transformações nas sinapses neuronais que ainda se encontram flexíveis devido à plasticidade neural que ainda apresentam. Podemos concluir que realmente a intervenção precoce deve ser iniciada o mais cedo possível.

Outro aspeto que salientamos foi a importância da articulação do PIIP com PEI, sendo que todos inquiridos responderam de forma unânime, não havendo divergências de opiniões entre os educadores de infância e os educadores de infância. Desta forma, importa salientar que o trabalho em equipa transdisciplinar permite uma maior e melhor complementaridade dos programas implementados.

Na dimensão seguinte abordamos questões relacionadas com o envolvimento familiar. Neste sentido, podemos referir em função da revisão literária que a primeira referência que qualquer criança tem é a família, mesmo tratando-se de uma criança com espectro do autismo. Desde logo, o envolvimento da família torna-se muito importante para o desenvolvimento e educação da criança. Podemos ainda mencionar, com os resultados obtidos, que as respostas foram unânimes, todos concordam com a participação da família na conceção do PIIP. De acordo com o decreto-lei é preciso avaliar a criança no seu contexto familiar e definir medidas e ações a incrementar de forma a assegurar um plano adequado às necessidades da criança.

Posteriormente vamos analisar a quinta dimensão do questionário, com o objetivo de averiguar se a amostra considera que a intervenção precoce contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental, elaborou-se a questão 16. Analisando os resultados obtidos, concluímos que existe unanimidade na resposta. Esta questão demonstra que independentemente da experiência e idade dos educadores de infância e professores de educação especial, a amostra concorda que a intervenção precoce contribui para o desenvolvimento global das crianças com espectro do autismo.

Sendo assim, os inquiridos vão ao encontro do que diz Correia (2005), em que após o diagnóstico estar confirmado a criança deve entrar num programa intensivo de estimulação e modificação comportamental e de desenvolvimento da linguagem. Esta estimulação poderá permitir à criança desenvolver algumas competências e desta forma melhorar a sua qualidade de vida. Em relação ao autismo o conceito de intervenção passou a valorizar a identificação precoce da patologia, de modo a que se consiga atenuar o efeito da sintomatologia e, desta forma, causar menos impacto na vida da criança com autismo. Perante isto, a intervenção precoce vai ajudar a criança a superar ou minimizar as suas limitações/dificuldades nas áreas mais afetadas. E quanto mais cedo houver intervenção, mais cedo teremos resultados positivos; maior é o desenvolvimento da criança.

A questão 16.1 está relacionada com a questão anterior, leva-nos a concluir que, os inquiridos conhecem bem as maiores dificuldades destas crianças, pois eles apontam como principais medidas as áreas onde têm maiores dificuldades. Conforme Pereira, (1999:21),

“O Autismo é hoje considerado uma Perturbação Global do Desenvolvimento, ou Perturbação Geral (Pervasiva) do Desenvolvimento. Caracteriza-se de um modo sumário através das diversas expressões de três grupos de comportamentos relacionados com as seguintes áreas: disfunções sociais; perturbações na comunicação e no jogo imaginativo; interesses e atividades restritos e repetitivos”.

No que concerne à questão 17, na qual se questiona se acha pertinente uma boa articulação entre todos os elementos da equipa, a maioria dos inquiridos consideraram importante 100%. Das equipas multidisciplinares, que levam à intervenção de diferentes técnicos cada um com o seu plano, surge a perspetiva interdisciplinar onde já existe uma partilha de informação entre os técnicos, conjugada com a perspetiva transdisciplinar (Bairrão, 2003). As equipas transdisciplinares resultam de uma colaboração,

comunicação e partilha de responsabilidades entre os elementos da equipa; existe um responsável de caso que se oferece à família como o principal interlocutor e responsável pela prestação de serviços, “será a face que a família vê e a quem pode pedir ajuda e responsabilização, mas que nunca intervém só, sem uma retaguarda competente a quem pede ajuda.” (Bairrão, 2003:9).

Com as questões 19 e 19.1 pretendíamos mais uma vez reforçar a importância da Intervenção Precoce. Esta questão tem como objetivo obter informação sobre a inclusão das crianças com autismo nas escolas do ensino regular. Assim constatamos uma uniformidade de opiniões, tanto os educadores de infância como os professores de educação especial acham que a Intervenção Precoce traz vantagens para as crianças com espectro do autismo a ingressarem em escolas do ensino regular, contribuindo para a sua inclusão. Esta maioria vai ao encontro do que foi referido por alguns autores na revisão de literatura deste nosso trabalho. Os inquiridos concordam que a intervenção precoce é um meio de estimulação para o desenvolvimento da criança com autismo, a qual vai ajudar a criança a minimizar ou até mesmo superar as suas dificuldades, que são sobretudo a nível da socialização, comunicação e autonomia. Os inquiridos são de opinião que quanto mais cedo se iniciar o processo de intervenção, ou seja, sendo sujeita a um processo de intervenção precoce eficiente e aplicado desde cedo, apresentará menos dificuldades. Esta intervenção deve ser, sempre que possível, antes dos 3 anos de idade.

A questão 20 tinha como objetivo saber qual ou quais os modelos de intervenção precoce que mais utiliza nas crianças com Espectro do Autismo, verificamos que 38% dos professores de educação utilizam o PECS, 31% o programa portage, 23% outros, nomeando o programa Teacch, o ABA e DIR/Floortime não foram mencionados. Em relação às respostas dadas pelos educadores de infância averiguamos: 22% educadores referiram que utilizam o Son-Rise, 22% outros (Teacch), 15% o PECS, 3% ABA, 0% DIR/Floortime. Porém, alguns inquiridos selecionaram mais do que uma das opções. Neste perspectiva podemos considerar, que os sujeitos pensam em relação às práticas de intervenção precoce, pois devem ter em conta que os modelos de intervenção têm a finalidade de melhorar o desempenho, as capacidades individuais e desenvolver a adaptação dessas crianças ao ambiente.

Na questão 21, pretendíamos saber se os inquiridos costumam ponderar sobre a eficácia dos modelos de intervenção, desta forma, constatamos que não houve consenso sobre os modelos que apresentam maior eficácia, isto corresponde ao facto que não existe nenhuma evidência científica que mostre, se um modelo é mais eficaz do que o outro. Houve também uma grande percentagem de inquiridos que não responderam a esta questão, pois é preciso saber escolher o que for melhor para a criança, pois os modelos devem estar adequados às necessidades individuais de cada criança com espectro do autismo.

Quanto à colaboração dos pais na implementação do(s) modelo(s) de intervenção, devemos apelar que a participação dos pais como co-terapeutas é uma exigência dos programas de intervenção. Grande parte da programação é levada a cabo em casa por eles e deve ocorrer diariamente. O modelo DIR, por exemplo, prevê uma média de, pelo menos, sete horas diárias em casa (Greenspan & Wieder, 2000). Sendo assim, os resultados analisados leva-nos a concluir que, os inquiridos estão de acordo com que existam e se divulgue mais programas de intervenção precoce, pois estes assumem um papel de destaque em crianças com esta patologia.

Um ambiente acolhedor e estimulante, uma intervenção precoce, e uma educação íntegra têm uma influência positiva e fundamental no desenvolvimento global da criança. Podemos sem dúvida alguma tornar válida a hipótese 1 de que a intervenção precoce contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com espectro do autismo, uma vez que foi testada e confirmada com os resultados deste estudo. No que concerne à hipótese 2, os modelos de intervenção precoce facilita a integração/inclusão destas crianças em escolas do ensino regular, uma vez que as respostas ao nosso questionário permitiram aferir que a amostra conclui ser benéfico que as crianças com espectro do autismo sejam submetidas a programas de Intervenção Precoce. Todavia, constatamos que não há um modelo que é mais eficaz do que o outro, pois o modelo é escolhido em função das necessidades individuais de cada criança.

Quanto à terceira hipótese, averiguamos que os sujeitos concordam com a inserção da família no processo da intervenção precoce. Desta forma, os inquiridos vão ao encontro do que diz Lord & McGee (2002), é fundamental envolver os pais no processo de intervenção. Inicialmente deve-se explicar aos pais quais são as características típicas do EA e, posteriormente, qual a forma como os pais, irmãos ou

outros cuidadores próximos deverão atuar. Neste sentido, pode-se afirmar que a intervenção precoce deve ser centrada na família, visto que, a intervenção não é só centrada na criança, mas sim feita com a família, para que esta desenvolva competências para lidar com a criança.

Importa ainda referir que apesar das ilações retiradas pelos resultados obtidos, a validade das mesmas é subjetiva devido ao número reduzido da amostra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, surgiram diferentes formas e perspectivas de abordagem, compreensão e tratamento, desde que Kanner descreveu autismo em 1943. As diversas linhas de investigação atuais parecem sugerir uma etiologia multifatorial do autismo, com intervenção tanto de fatores genéticos e ambientais como também de fatores psicológicos e biológicos.

Por sua vez o diagnóstico do autismo parece assentar em três princípios fundamentais: limitação na interação social, da comunicação do repertório restrito de interesses e atividades. No entanto, existe uma variedade de comportamentos e situações que podem ser concomitantes com o espectro do autismo, o que vai dificultar o diagnóstico.

As abordagens educacionais atualmente realizadas têm a finalidade de melhorar o desempenho, as capacidades individuais e desenvolver a adaptação dessas crianças ao ambiente. É neste sentido que surge a intervenção precoce que visa adotar modelos de intervenção precoce na reeducação dos pais, técnicos que trabalham com a criança, como os docentes, entre outros. A necessidade de haver uma articulação entre a família e a escola, as duas principais instituições de socialização da criança, parece ser uma ideia consensual, sempre que se fala em oferecer uma educação para todos.

Devemos ainda refletir na questão de que, quanto mais cedo caminharmos para a inclusão, mais extensas e positivas serão as mudanças no desenvolvimento das crianças com autismo e na sua inserção social. A inclusão de todas as crianças ensina a cada uma e aos seus companheiros que todas as pessoas são membros igualmente valiosos da sociedade e que vale a pena incluir todos.

O presente trabalho teve dois objetivos principais, compreender de que forma a intervenção precoce contribui para o desenvolvimento comportamental e cognitivo das crianças com espectro do autismo e analisar se os educadores de infância e os professores de educação especial avaliam a eficácia dos modelos de intervenção pedagógica com o intuito de melhorar a sua inclusão. Pelos resultados obtidos pelos inquiridos, educadores de infância e professores de educação especial, podemos verificar que existe uma homogeneidade de opiniões, relativamente à problemática em estudo. As respostas mencionadas vão ao encontro da importância da intervenção precoce nas crianças com espectro do autismo. Sendo assim, segundo os inquiridos e de acordo com a revisão

literária, podemos conferir que os modelos de intervenção precoce são cruciais para um melhor desenvolvimento das crianças com espectro do autismo. As crianças com esta patologia, sujeitas a intervenção precoce obtêm melhores resultados tanto ao nível da socialização, como na integração no meio social e ao nível da aprendizagem. Porém, para que exista eficácia no processo de intervenção precoce, além da existência de uma boa articulação entre todos os profissionais da equipa de intervenção precoce, é essencial a cooperação da família das crianças com esta perturbação, já que a família deverá dar continuidade ao trabalho realizado pelos profissionais.

Em sùmula, este trabalho apresenta-se como uma peça incompleta e imperfeita que requer de alterações de forma a melhorá-la e completá-la. Os dados obtidos não são muito representativos, talvez pela representatividade da amostra ser muito pequena, 30 sujeitos. Apesar de existir algumas limitações na parte empírica do trabalho, consideramos que os resultados obtidos poderão ser de suporte para um melhor conhecimento sobre os benefícios que a intervenção precoce exerce nestas crianças.

BIBLIOGRAFIA

- ACCARDO, P. & SAPHIRO, B. (2008). *Autism Frontiers – Clinical Issues and Innovation*. Baltimore, Paul H. Brookers Publishing;
- ACQUARONE, S. (2007). *Signs of Autism in Infantis – Recogniton and Early Signs*. London, Karnac;
- ADAMSON, L. et al (2008). *Joint Engagement and the Emergence of Language in Children With Autism and Down Syndrome*. In *Jounal of Autism and Developmente Disorders*, Vol. 39;
- AIELLO, R. (2002). Identificação Precoce de sinais de autismo. In: Guilhardi;
- ALMEIDA, R. (2005). *Caminhos para a inclusão humana – Valorizar a pessoa, construir o sucesso educativo*. Edições ASA: Porto;
- APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4.^a Ed). Porto Alegre: Artmed;
- BACH, H. (1983). *Programas de Intervenção Precoce para deficientes*;
- BAUTISTA, R. (Org.) (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dina Livro;
- BLUMA, S., SHEARER, M., FROHMAN, A., HILLIARD, J., WHITE, M., & EAST, K(1994). *Programa Portage de Educação Precoce*. Associação Portage – Portugal;
- BOOKS-GUNN, J. & HEARN, P (1982). *Early Intervention and Developmente*, Cambridge: Harvard University Press;
- BORGES, F. (2000). *Autismo – Um silêncio ruidoso. Perspetiva empírica sobre o autismo no sistema regular do ensino*. Almada: Escola Superior de Educação Jean Piaget de Almada;
- CHARMAN, T & STONE, W. (2006) *Social & Communication Developmente in Autismo Spectrum Disorders – Early Identificacion, Diagnosis & Intervention*. USA, Library of Congress Cataloging-in-Publication
- CHARWASKA, K. et al (2007). *Parental Recognition of Developmental Problems in Toddlers with Autism Spectrum Disorders*. In *Jounal of Autism and Developmente Disorders*, vol. 37.
- COELHO, Emília (2003). *Autista ou uma Forma Diferente de Compreender o Mundo*. Porto: Universidade Portucalense (Projecto de Investigação).
- CORREIA, L. M. & SERRANO, A. M. (2000). Reflexões para a construção de uma escola inclusiva. *Inclusão, 1*, 34-56.

- CRAIS, E, MCWILLIAM, P., WINTON. P. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto, Porto Editora;
- BAIRRÃO, J. (2003), *Tendências atuais em Intervenção Precoce*. In Psicologia, Oeiras; Celta Editora;
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro. Regime educativo especial;
- DUARTE, C. S., BORDIN, I. A. S. & JENSEN, P. (2001). *A abordagem clínica das mães de crianças autistas*. Psiquiatria na Prática Médica;
- DUNST, C.J. & BRUDER, M.B. (2002) *Values Outcomes of Service Coordination, Early Intervention and Natural Environments*. Coucil for Excepcional Children, vol. 68, n.º 3;
- FORTIN; Marie (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Décaire Editeur;
- HOUGHTON, K. (2008). *Empirical Research Supporting the Son-Rise Program*. Obtido em 15 de Outubro de 2010, de The Autism Treatment Center of America: <http://www.autismtreatmentcenter.org/>;
- JORDAN, Rita, *Educação de crianças e jovens com autismo*, Lisboa, Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional, 2000;
- KANNER, L. (1943). *Affective disturbances of affective contact*. The Nervous Child, 2;
- KLIN, A. (2006). *Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral.. Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1);
- LAMPREIA, C. (2007) *A perspetiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo*. Estudos de psicologia;
- LANDA, R. (2007). *Early Communication Development and Intervention for Children with Autism In: Mental Retardation and Development Disabilities*, vol 13;
- MARQUES, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo. Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto Editora;
- MARQUES, T. (2002). *Autismo: que intervenção?* Cidade solidária, 8, 99-104;
- MAY, Tim (2004) *Pesquisa Social – Questões métodos e processos*. Porto Alegre. Artemed Editora S.A.
- MELLO, Ana Maria S. (2005), *Autismo: guia prático*. 4ªed. São Paulo; Brasília;
- OZONOFF, S., ROGERS, S., HENDREN, R. (2003). *Perturbações do Espectro do Autismo: Perspectivas da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores;

- OLIVEIRA, G. (2007) *Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions*. Developmental Medicine & Child Neurology;
- PEIXOTO, V. (2007). *Perturbações da Comunicação – a importância da deteção precoce*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa;
- PEREIRA, Edgar (1996). *Autismo. Do Conceito à Pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação;
- PEREIRA, M. C. (2005). *Autismo – A família e a escola face ao autismo*. Vila Nova de Gaia: Colecção Biblioteca do Professor. Edições Gailivro;
- PEREIRA, M.C. (1999). *Autismo: o significado como processo central*. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência;
- PIMENTEL, J. (2004). *Avaliação de Programas de Intervenção Precoce*. In: *Análise Psicológica*, vol. 1;
- PIMENTEL, J. Z. S. (1997), *Um bebé diferente – Da Individualidade da Intervenção Precoce à Especificidade da Intervenção*, Lisboa, Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência;
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V., *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 1998;
- SIEGEL, B. (2008). *O Mundo da Criança com Autismo – Compreender e Tratar Perturbações do Espectro do Autismo*. Porto, Porto Editora;
- SIMEONSSON, R. J. (1994) *Risk, Resilience and Prevention. Promoting the Well – Being of Children*. Baltimore. Paul H. Brooks Publishing Co;
- 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;
- TRIVETT, C.M. (2003). *Influence of Caregiver Responsiveness on the Development of Children with or at Risk for Developmental Disabilities*. Briggess;
- VALVEZ, D. (2005), *Evaluar e intervenir en autismo*. Madrid, Machado Libros;
- VISMARA, L.A. & ROGERS, S. J. (2010) *Behavioral Treatments in Autism Spectrum Disorder: What Do We Know?* Annu. rev. Clin Psychol;
- WING, L. (1988). The continuum of autistic disorders. In E. Schopler & G. Mesibov (eds.). *Diagnosis and Assessment in Autism*. New York: Plenum, 91-110;
- WETHERBY, A. M. & PRIZANT, B. M. (2000). *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Company.

ANEXO



Sou aluna da Pós Graduação em Educação Especial: Domínio Cognitivo-Motor da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti e este inquérito tem como objetivo recolher informação para a realização de um trabalho, cujo eixo temático se insere no contributo da Intervenção Precoce nas crianças com Espectro do Autismo.

Este questionário contém duas partes distintas. A primeira parte, destina-se à recolha de informações pessoais importantes para a caracterização do grupo de estudo. A segunda parte, destina-se à recolha de informações sobre o conhecimento e opinião acerca do contributo da Intervenção Precoce nas crianças com Espectro do Autismo.

Será de salientar que este inquérito apresenta meramente finalidades científicas e académicas, por isso não terá que se identificar em qualquer parte do mesmo, sendo assim anónimo e confidencial. Com efeito, solicito a sua colaboração sincera e objetiva pois dela depende a validade desta investigação.

Desde já, apresento-lhe os meus sinceros agradecimentos pela sua disponibilidade.

1ª Parte

Dados biográficos

1. Profissão:

Professor de Educação Especial Educador

2. Sexo:

Feminino Masculino

3. Idade:

≤ 25 26 a 35 36 a 45 > 45

4. Habilitações:

Bacharelato Mestrado
Licenciatura Doutoramento
Outra Qual? _____

5. Formação especializada.

Sim Não

Se sim, qual? _____

6. Tempo de serviço

< 5 anos 6 a 15 anos 16 a 25 anos > 25 anos

Tempo de serviço em Educação Especial: _____

7. Situação profissional:

Professor do quadro de agrupamento Professor contratado
Professor do quadro da zona pedagógica

2ª Parte

8. O que entende por Espeto do Autismo?

9. O que pensa acerca da intervenção precoce nas crianças com Espeto do Autismo?

10. Já trabalhou com crianças do Espeto do Autismo?

Sim Não

11. Habitualmente quem sinaliza os casos para Intervenção Precoce?

- O professor de educação especial
- O educador
- Os serviços de psicologia e orientação
- O pediatra
- Outros Quem? _____

12. Quem participa na conceção Plano Individual de Intervenção Precoce destas crianças?

	muito	pouco	nada
O professor de educação especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O educador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os serviços de psicologia e orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	Especifique quem? _____		

13. Qual é a idade mais adequada para se dar início a um Plano Individual de Intervenção Precoce nas crianças com Espeto do Autismo?

- 0 aos 18 meses 19 aos 24 meses 2 aos 3 anos
- 3 aos 5 anos > 5 anos

14. O Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) deve ser articulado com o Plano Educativo Individual?

Sim Não

14.1 Se respondeu afirmativamente, diga como costuma articular o PIIP com o Plano Educativo Individual?

15. A escola incentiva a participação da família na concepção Plano Individual de Intervenção Precoce?

Sim Não

15.1. De que forma a escola incentiva a participação da família na concepção PIIP?

- Através de reuniões pontuais
- Através de reuniões periódicas
- Através contatos informais
- Outras Quais? _____

16. A intervenção precoce contribui para o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças com Espectro de Autismo?

Sim Não

16.1 Se respondeu afirmativamente. Diga em que medida, numerando por ordem as razões.

- A nível da autonomia
- A nível da comunicação
- A nível cognitivo
- A nível da autoestima
- A nível da socialização
- Outra Qual? _____

17. Acha pertinente uma boa articulação entre todos os elementos da equipa de Intervenção Precoce?

Sim Não

17.1. Costuma analisar em equipa as mudanças necessárias para o processo?

Nunca Raramente Às vezes

18. Existem reuniões regulares entre os intervenientes no processo de implementação do Plano Individual de Intervenção Precoce destas crianças?

Sim Não

18.1 Se respondeu sim, diga com que regularidade

Semanalmente Quinzenalmente
Mensalmente Trimestralmente

18.2. Na sua opinião, considera que essas reuniões são:

Suficientes Insuficientes

19. Considera que Intervenção Precoce traz vantagens para a inclusão destas crianças?

Sim Não

19.1. Se respondeu sim, enumere duas vantagens. _____

20. Assinala com X, na primeira coluna, os modelos de intervenção precoce que mais utiliza nas crianças com Espectro do Autismo? Coloque na segunda coluna a ordem pelo qual tem preferência, sendo o número 1 o preferencial.

DIR/ <i>Floortime</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ABA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PECS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Son Rise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Programa Portage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quais? _____

21. Costuma ponderar sobre a eficácia dos modelos de intervenção?

Sim Não

21.1. Se respondeu sim, indique os modelos que na sua opinião têm maior eficácia. _____

22. A colaboração dos pais na implementação do(s) modelo(s) de intervenção nas crianças com Espectro do Autismo facilita a inclusão das mesmas no meio social e escolar?

Sim Não Não sei

Obrigada pela sua colaboração!