

Escola Superior de Educação Paula Frassinetti

Pós-Graduação em Educação Especial



**PETURBAÇÃO DO ESPECTRO DE
AUTISMO**

A Comunicação

Escola Superior de Educação de
Paula Frassinetti

Desde 1963

Andreia Margarida Boucela Carvalho de Oliveira

Porto

2008/2009

Escola Superior de Educação Paula Frassinetti

Pós-Graduação em Educação Especial

PETURBAÇÃO DO ESPECTRO DE AUTISMO

A Comunicação

Andreia Margarida Boucela Carvalho de Oliveira

Orientadora: Mestre Isabel Cunha

Trabalho realizado para a disciplina de:
Seminário de Projecto

Porto

2008/2009

*“Embora me seja difícil comunicar ou compreender as subtilezas sociais, na realidade, tenho algumas vantagens em comparação com os que tu chamas de ‘normais’. Tenho dificuldade em comunicar, mas não me costumo enganar. (...) Minha vida como autista pode ser tão feliz e satisfatória como a tua vida ‘normal’. Nessas vidas, podemos vir a nos encontrar e a partilhar muitas experiências.”***Angel Rivière Gómez**

AGRADECIMENTOS

Nesta etapa final da minha Especialização em Ensino Especial não poderia deixar de fazer referência a todos os que comigo sofreram as angústias, as dúvidas, os medos, mas também partilharam os momentos de alegria e de realização pessoal.

À minha irmã e ao meu namorado, que nunca me deixaram desistir e me apoiaram incondicionalmente. Às minhas colegas que sempre me ajudaram.

Agradeço também aos meus professores da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti por toda a sua sabedoria transmitida.

À Terapeuta da Fala que me ajudou a esclarecer algumas dúvidas sobre esta problemática e que sempre se mostrou cooperante.

E um especial e sentido agradecimento aos pais da criança alvo deste estudo que sempre se mostraram receptivos e cooperantes na realização deste projecto e principalmente ao F., pois foi ele a minha motivação e inspiração.

E por último à minha orientadora de projecto, Mestre Isabel Cunha, por todo o apoio e colaboração prestados durante a execução do mesmo.

A todos muito obrigada!

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
I - PROBLEMÁTICA DO ESPECTRO DO AUTISMO	4
1. DEFINIÇÃO CONCEPTUAL DO ESPECTRO DE AUTISMO	4
2. ETIOLOGIA	6
Teorias Psicogénicas	6
Teorias Biológicas.....	8
Teorias Psicológicas.....	10
Teorias Alternativas	11
Teorias de Coerência Central	13
3. CARACTERÍSTICAS DO ESPECTRO DE AUTISMO	15
4. AVALIAÇÃO.....	17
Diagnóstico das Perturbações do Espectro de Autismo	17
Diagnóstico Diferencial	19
II - COMUNICAÇÃO	22
COMUNICAÇÃO E INTERACÇÃO	22
ENQUADRAMENTO EMPÍRICO.....	28
I - METODOLOGIA E TÉCNICAS UTILIZADAS	29
1. ESTUDO DE CASO.....	29
2. CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE PEDAGÓGICA	31
Caracterização do meio	33
Caracterização da instituição.....	34
Caracterização da família/criança	35
3. DETERMINAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	36
4. DEFINIÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL	44
5. PLANO DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	58

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS:

Figura 1: Representação do “Modelo do Patamar Comum”	14
Figura 2: Modelo Ecológico do Desenvolvimento de Bronferberner	32
Quadro 1 – Perfil Psicoeducacional de Eric Scholer Revisto (PEP-R)	37
Quadro 2 – Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland	38
Quadro 3 – Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths	39
Quadro 4 – Escala de Comportamento Adaptativo Vineland	40
Quadro 5 – Programa de Intervenção Pedagógica	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Perfil Psicoeducacional	37
Gráfico 2: Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland	38
Gráfico 3: Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (2ª Avaliação)	39
Gráfico 4: Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (2ª Avaliação)	40

“Não sei bem por onde hei-de começar Doutor; temos corrido tudo, e não temos a certeza de nada; estamos muito baralhados. Estamos com medo por um lado, e por outro, queremos saber tudo o que se passa com o nosso filho; mas alguns médicos não nos têm informado o suficiente; disseram-nos até algumas vezes que, com o tempo, ele melhoraria; se não falava ainda como os outros, que deixássemos então passar mais algum tempo. O que é certo é que ele já tinha tido tempo de dizer mais coisas. Tudo começou, acho eu, por volta dos dois anos, que foi quando notámos que se passava qualquer coisa; parece que “parou”, e deixou de ligar tanto às pessoas; falávamos com ele, chamávamos por ele, e quase não nos ligava; nem ligava ao irmão; o irmão é diferente; corre, ri, brinca, faz as maluqueiras próprias da idade. O J.() não fala como falava antes; chegou a dizer muitas palavras: Mãe; pai; pápa; xixi, vó, ...e outras; agora só quando está zangado, quando quer coisas, é que grita, mas não fala; chora! Está o dia todo a rasgar papéis ou a passar as folhas de livros que não prestam e que lhe damos; pode passar horas assim. O que ele gosta mais é de música; sabe ligar muito bem o rádio e até o gravador, e é capaz de pôr a cassette que gosta e só aquela; se lhe tirarmos os livros ou as cassettes, é um problema. Andamos nisto há já alguns anos e não sabemos o que havemos de fazer ou o que é que é melhor para o nosso filho; apenas o Dr.(...), referiu que o problema dele era, ou poderia estar relacionado com autismo; ficámos muitíssimo assustados, como pode calcular; a partir daí, temos lido tudo o que encontramos, e achamos que o nosso filho deve ter esse problema; mas estamos muito preocupados e confusos; depois na consulta do Dr.(...), disseram-nos que podíamos vir à sua consulta...”*

(Excerto do relato de uma mãe, retirado de registo de 1995, da casuística do autor / Consulta Externa de Psicologia Clínica - Associação Portuguesa para Protecção aos Deficientes Autistas - Delegação Regional de Lisboa - Centro Terapêutico da Junqueira).

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, no curso de Pós-Graduação em Ensino Especial no ano lectivo de 2008/2009, tendo como orientadora a Mestre Maria Isabel Cunha.

Primeiramente, elaborei um pré-projecto no qual planei a realização de um estudo de caso de uma criança com Perturbação do Espectro de Autismo.

A Perturbação do Espectro de Autismo define a temática-alvo em análise, cujos contornos mais específicos remetem para a comunicação na criança com espectro de autismo.

“Crianças com autismo e distúrbios relacionados com a comunicação social apresentam anomalias nestes aspectos [...] da fala. [...] Distúrbios de desenvolvimento da linguagem são usualmente diagnosticados tanto nos níveis de processamento da linguagem (fonológica, morfológica, sintaxe, e semântica) como nos estágios de entrada - saída (percepção auditiva, linguagem receptiva e linguagem expressiva). (Pennington:1997)

Deste modo, o problema em estudo permite formular a seguinte questão:

Como potenciar a comunicação numa criança com autismo?

Esta questão remete-nos para outras de carácter mais específico, como por exemplo:

- Como ajudar a criança autista na comunicação?
- Qual o contributo da família, da escola e da intervenção profissional no desenvolvimento da linguagem compreensiva e expressiva da criança com autismo?
- Como intervir na área da linguagem?

As respostas para estas questões tem como objectivo a compreensão e o conhecimento da forma como uma criança com autismo recebe as informações do meio envolvente para a aquisição da linguagem. Assim, iremos entender como a família, a escola e a intervenção profissional se pode tornar o veículo mais importante para o desenvolvimento da comunicação numa criança com perturbação do espectro de autismo.

Para tal, este trabalho estará dividido em duas partes. Na primeira parte – Enquadramento Teórico – encontra-se dividido em dois capítulos; o primeiro refere-se á Problemática da Perturbação do Espectro do Autismo, onde falamos nas diversas

definições segundo alguns autores; o segundo à comunicação, onde tratamos do tema da comunicação e intervenção.

Na segunda parte – Enquadramento Empírico – possui apenas um capítulo, subdividido em cinco pontos distintos. No primeiro fiz uma breve referência ao estudo de caso que efectuei, no segundo caracterizamos os diferentes contextos em que a criança circula, pois estes diferentes meios podem influenciar esta criança. No terceiro determino a problemática, no quarto capítulos é definido um programa educativo individual e no quinto e último ponto traço um possível Programa de Intervenção Pedagógica para colocar em prática na sala onde a criança está inserida.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I - PROBLEMÁTICA DO ESPECTRO DO AUTISMO

1. DEFINIÇÃO CONCEPTUAL DO ESPECTRO DE AUTISMO

O termo “autismo”, é oriundo da palavra grega “autos”, que significa “próprio” ou “em si mesmo”, acrescido do sufixo “ismo” remete para uma ideia de orientação ou estado, autismo indica, uma condição ou estado de alguém que tem tendência para se alienar da realidade exterior, a par de uma atitude de permanente concentração em si próprio.

Leo Kanner, (1943)¹, tinha observado a frequência de comportamentos estereotipados e ritualistas, além de dificuldades ao nível da linguagem e socialização.

Na sua fantástica descrição sobre os comportamentos dessas crianças, Leo Kanner, quis chamar a atenção para, pelo menos três das características que considerou fundamentais.

Em uma delas, a da comunicação com fins eminentemente sociais, Kanner (1943) descrevia a *inabilidade das crianças para se relacionarem de uma maneira vulgar com pessoas e com situações, desde o início das suas vidas*; em outra, a da comunicação falada, destacaria uma *falha no uso da linguagem com o propósito de comunicarem*; finalmente, tornava mais visível, o que destacou como *um desejo ansiosamente obsessivo para a manutenção do “mesmo estado de coisas”* (sameness), termo que passou a usar com alguma frequência e que começou a estar presente nas referências a certos comportamentos frequentes na perturbação.

Por volta de 1944, Hans Asperger, fez referência a um conjunto de comportamentos evidenciados por algumas crianças que pareciam apresentar características semelhantes às de Kanner. A definição de autismo de Asperger, tal como ele a identificou com o nome de “*psicopatia autística*” (Asperger, 1944, p. 76), é mais ampla e abrangente do que a de Kanner, incluindo casos com patologia orgânica severa e identificável, e mesmo alguns casos que se situam na fronteira com a normalidade .

¹ Psiquiatra americano, estudou algumas crianças que se encontravam na sua unidade psiquiátrica, estas apresentavam comportamentos diferentes de todas as outras, com quem tinha contactado.

Apesar de os autores apresentarem descrições diferentes, ambos enfatizaram aspectos particulares e dificuldades nos desenvolvimentos e adaptações sociais, e ambos prestaram uma atenção especial aos movimentos repetitivos e a aspectos, por vezes surpreendentes, do desempenho e funcionamento intelectual ou cognitivo.

Mais tarde Frith, 1989² definiu autismo como sendo:

“Uma deficiência mental específica que pode ser enquadrada nas Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento e que afecta, de um modo qualitativo, as interacções sociais recíprocas, a comunicação verbal e não-verbal, a actividade imaginativa e expressa-se por meio de um repertório de actividades e interesses.”

Inúmeros teóricos e investigadores, como Pereira (1996)³, defendem que a dificuldade no estabelecimento de vínculos no desenvolvimento sócio-afectivo e, conseqüentemente, em todo o processo comunicacional e a tendência do autista para estereotipar ou possuir um leque restrito de interesses resultam de disfunções do desenvolvimento cognitivo, relacionáveis com um défice específico.

A National Society for Autism Children (ASA) (1979), *“considera o autismo como uma inadequabilidade de desenvolvimento, que se manifesta de um modo grave, durante toda a vida”*

A definição feita pelo DSM-IV-R (2000) diz que:

“O transtorno autista consiste na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interacção social e da comunicação e um repertório muito restrito de actividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do individuo”. (2000)

Resumidamente podemos afirmar que, uma criança com autismo evidencia disfunções específicas relativas aos processos relacionados com a responsividade de estímulos internos e externos, assim como os processos reprodutivos são igualmente afectados. Ou seja, uma criança com autismo manifesta dificuldades em três áreas: a interacção social; a linguagem para a comunicação social e o jogo simbólico ou imaginativo.

² Citado por Pereira (2006), *“Autismo, uma perturbação pervasiva do desenvolvimento”*

³ Citado por Pereira (2006), *“Autismo, uma perturbação pervasiva do desenvolvimento”*

2. ETIOLOGIA

A temática da etiologia é uma questão complexa, polémica e incompleta, na medida em que se entrelaçam diversas teorias. Por um lado, as teorias comportamentais, “*que tentam explicar os sintomas característicos desta perturbação com base nos mecanismos psicológicos e cognitivos subjacentes*”, por outro as teorias neurológicas e fisiológicas “*tentam fornecer informação acerca de uma possível base neurológica*”⁴. Apesar de todas as teorias desenvolvidas, entrarem em conflito, existe uma complementaridade, que poderá certamente permitir uma identificação cada vez mais clara e operacional da explicação etiológica.

De seguida serão descritas algumas das hipóteses que foram sendo colocadas desde a primeira definição desta perturbação.

Teorias Psicogénicas

Primitivamente, Kanner (1943), considerou o autismo como uma perturbação do desenvolvimento, constitucionalmente determinada, colocando a hipótese de uma componente genética. Defendia que, “*devemos assumir que estas crianças nascem com uma incapacidade inata para proceder, de uma forma biologicamente correcta ao contacto afectivo com os outros, tal como as outras crianças nascem com outro tipo de incapacidades físicas ou mentais.*”⁵

Mais tarde esta interpretação veio a mostrar-se correcta, contrariamente às explicações que Kanner viria a defender mais tarde, baseando-se nas teorias psicogénicas. O autor sugeriu que as perturbações da criança poderiam ser devidas às características de frieza emocional, perfeccionismo e rigidez dos pais. Neste sentido, o autismo seria uma perturbação emocional, atribuindo-se os défices cognitivos e

⁴ Marques (2000: 53), “*Autismo: do conceito ao diagnóstico*”

⁵ Citado por Marques (2000:54)

linguísticos das crianças autistas como resultado de um isolamento social e não provenientes de quaisquer perturbações biológicas.

Nos anos 50 e 60, começou a entender-se que o distúrbio emocional se encontrava num ambiente próximo da criança e não sucedia de uma perturbação biológica, que poderia traduzir-se numa resposta desadaptada a um ambiente desagradável, mais do que a um défice inato. Entretanto, a criança refugiava-se no seu mundo em resposta ao tratamento frio e obsessivo que recebia do ambiente em que estava inserida.

Esta linha de pensamento foi defendida por vários autores: Eisenberg (1956), entendia o autismo como uma reacção à relação parental. Boatman e Suzek (1960), apontavam que o autismo se devia à falta de estimulação, à rejeição parental; à ausência de calor parental ou à existência de conflitos intrapsíquicos, resultantes de interações desviantes da família. Para Bettelheim (1967), o autismo era a incapacidade de “sair de si” e de explorar o mundo, por inexistência de auto-confiança para o fazer. Isto porque os pais se assumiam com factores inibidores dessa auto-confiança aniquilando o sentimento de partilha e a satisfação de interações com o “outro” e com o meio da criança.⁶

Em meados da década de setenta, começaram a surgir exemplos e estudos que punham em causa os resultados, questionando assim a credibilidade desta teoria. A exigência de casos de crianças mal tratadas pelos pais, e negligenciadas, não davam origem a um quadro de autismo.

Daí que a abordagem psicogénica do autismo tenha sido fortemente criticada, até porque não existiam dados credíveis comprovativos de que o autismo pudesse decorrer de atitudes parentais. Além de que a maioria dos defensores desta abordagem se basearem na observação das relações pais/filhos, após a criança ter sido diagnosticada como autista, sem existir qualquer suporte empírico que sustentasse o autismo como consequência de padrões de interacção familiar desviante.

A associação do autismo a factores orgânicos também pôs em causa as teorias que defendiam uma causalidade de factores parentais na etiologia do autismo. Kanner abandonou essa teoria, recuperando a base genética explicativa da perturbação autista,

⁶ Citado por Marques (2000: 55)

acabando por defender a existência de um déficit inato, impeditivo de uma relação adequada com o meio ambiente.

Teorias Biológicas

Investigações recentes, apontam para uma origem neurológica da perturbação. Estudos realizados evidenciam uma teoria orgânica e defendem a ideia de que o autismo ocorre associado a uma variedade de distúrbios biológicos (paralisia cerebral; rubéola; meningite e epilepsia). Assim, o autismo resulta de uma perturbação em determinadas áreas do sistema nervoso central, afectando a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual, bem como a capacidade de estabelecer relações. Podemos então assegurar a presença de um carácter multi-causal, ou seja, de perturbações biológicas diversas, como causadoras do autismo.

Estudos Genéticos: Genes, Cromossomas e Autismo

Nesta área os temas mais investigados, são a genética e o papel dos factores genéticos no desenvolvimento das perturbações do espectro do autismo.

Steffenburg e Gillberg (1989), concluíram que pode haver um gene responsável pelo autismo que produz incapacidades variáveis, que é associado a uma variedade de anomalias cromossómicas, nomeadamente síndrome de Down e X-frágil.

No entanto, Marques (2000) menciona na sua obra outros autores, Lotter (1964); Wing e Gould, (1979); Coltemen e Gillberg (1985), que referem que a esclerose tuberosa é a perturbação genética mais provável no autismo.

Contudo, podemos concluir que apesar das diversas anomalias genéticas encontradas nos portadores de autismo, a forma como essa anomalia afecta o desenvolvimento cerebral ainda não foi descoberta

Estudos Neurológicos

Nos últimos tempos, têm surgido novos estudos que estão relacionados com a compreensão da base neurológica do autismo. Ocorreram avanços significativos na localização e identificação da área cerebral afectada, graças a investigações no campo

da neuropatologia. Existe um defeito congénito no sistema nervoso central que afecta o comportamento sócio-emocional. Este defeito pode ainda produzir malformações ao nível do sistema sensorial e motor, originando atrofia, donde resultam os defeitos linguísticos associados ao autismo. Assim, as características cognitivas e linguísticas da perturbação autista são uma consequência do desenvolvimento perturbado, e por isso não são primárias.

As conclusões retidas destes estudos apontam para uma anormalidade no desenvolvimento cerebral, detectada aquando do nascimento e desenvolvida ao longo da infância, em termos de comportamento e desenvolvimento da linguagem.

Citando Marques, *“não é surpreendente que as áreas que apresentam anomalias a nível cerebral, em pessoas com autismo, sejam aquelas que envolvem o comportamento emocional e a comunicação, assim como o controlo da atenção, orientação perceptual e acção.”* (2000:65)

Estudos Neuroquímicos

Os estudos neuroquímicos têm-se se revelado inconclusivos. Todavia a investigação continua, para encontrar uma outra explicação para a perturbação do autismo.

Investigações bioquímicas ligadas ao autismo realçam o papel dos neurotransmissores enquanto mediadores neuroquímicos, relacionado com as contracções musculares e a actividade nervosa. *“O excesso ou défice de neurotransmissores, assim como o desequilíbrio entre um par de medidores diferentes, pode originar alterações de comportamento.”* (Marques, 2000:66)

Estudos Imunológicos

Gillberg (1989) demonstrou que a sintomatologia autista pode resultar de uma infecção viral intra-uterina. A rubéola gravídica tem sido considerada um factor patogénico assim como a infecção pós-natal por herpes são quadros típicos de autismo.

Refere-se ainda a perturbação metabólica, como tendo uma relação com o autismo.

Factores pré, peri e pós natais

Tsai (1989)⁷ refere que factores desfavoráveis, ocorridos nos períodos pré, peri, e pós-natal, podem estar associados ao autismo. A recolha desses factores deve ser realizada através de uma ficha de anamnese, feita às mães das crianças autistas. Hemorragias, após o primeiro trimestre de gravidez, uso de medicação, alterações no líquido amniótico e gravidez tardia, são factores que podem estar relacionados com a perturbação do espectro do autismo.

Teorias Psicológicas

Hermelin e O'Connor (1970), revelaram que *a incapacidade de avaliar a ordem e de reutilizar a informação é uma das deficiências mais específicas do autismo.* (Marques, 2000)

Ao portador do espectro do autismo não reconhecem dados novos, caso estes não sejam apresentados tal como da primeira vez, isto é, não possuem uma “representação mental anterior”, apresentam dificuldades generalizadas na aprendizagem.

Em meados dos anos 80, surgiu uma nova teoria psicológica explicativa do autismo, a “Teoria da Mente”, cujo os autores são Uta Frith, Alan Leslie e Simon Cohen.

Esta teoria procurou identificar os défices sociais no autismo, como a falha no mecanismo mental de “metacognição”, aquele que coordena o “pensar acerca do pensamento”.

De acordo com esta teoria, os portadores de autismo apresentam uma falha ou atraso do desenvolvimento da competência de comungar com o pensamento dos outros indivíduos, isto é, estão limitadas de certas competências sociais comunicativas e imaginativas. Todo isto implica uma incapacidade de auto-consciência e alterações a nível das relações inter-pessoais. Este aspecto leva a que não compreendam um simples gesto revelador do estado de espírito, (embarço), mas identificam outros que significam meros comportamentos (está quieto!, vem cá).

⁷ Mencionado por Marques (2000)

Teorias Alternativas

Inúmeras pesquisas realizadas, salientam a possibilidade de outros factores serem responsáveis pelos défices, para além do que se reporta à mentalização. Logo, surgem outras teorias.

Modelo de Russel

Russel (1993) propôs uma teoria psicológica alternativa “*com base na incapacidade específica da criança para se desligar dos objectos*”, presentes no seu campo perceptivo. A criança sente dificuldade em colocar de lado o observável e inovar alternativa a essa situação.

O comportamento autista resultaria do controlo de um número limitado de estímulos, contrariamente aos sujeitos ditos normais, levando por isso a que as suas reacções fossem muito selectivas. O facto das diferentes situações de interacção social obedecerem a estímulos complexos, variáveis e diferenciados, explica o comportamento inter-relacional das crianças com autismo pela impossibilidade de controlar mais que um número limitado de estímulos, desencadeando uma comunicação inter-relacional especialmente selectiva, apenas em função de estímulos controlados.

A proposta de Bowler

Bowler ⁸(1992), comprova que no caso do autismo não é a mentalização em si mesma que impossibilita a estes indivíduos de terem uma vida normal, mas outro mecanismo que “perturba a aplicação do conhecimento existente”.

Este autor conclui que existe uma falha da capacidade para o uso espontâneo e funcional de sistemas representacionais de nível mais elevado, aquilo que Bowler chama de “*uma falha na utilização das competências existentes*” ou no “*uso espontâneo do sistema de representações por ordem superior*”.

⁸ Desenvolveu um estudo com 15 crianças com autismo de nível de funcionamento intelectual elevado com diagnóstico de síndrome de Asperger, confirmou que este desempenhavam com sucesso as tarefas de mentalização de primeira e segunda ordem.

O sucesso que Bowler verificou existir nas “tarefas de mentalização de primeira ou segunda ordem” dever-se-ia não a uma capacidade de mentalização, mas ao desenvolvimento de uma estratégia específica que permite às crianças com autismo extraírem soluções de determinados conceitos. Apesar de não conseguirem generalizar estas soluções para factos da vida real.

A função executiva

Em 1986 surgiu uma nova abordagem denominada de função executiva definida como um conjunto de operações cognitivas desenvolvidas no córtex pré-frontal, que contém a planificação, a flexibilidade e a memória activa, aquando de uma resposta.

No autismo, perturbações deste nível vão conduzir a que o défice de mentalização do outro como parte de um todo, traduzindo uma incapacidade global no processamento de informação. Esta hipótese parte da existência de certas competências de mentalização bem como “*de uma dificuldade de processamento adequado de um conjunto de estímulos*”(Duncan; 1986)

Modelo de Hobson

Partindo da ideia de Kanner, que descreve o autismo com base na ausência de contacto afectivo, surge uma outra conceptualização admitindo como factor etiológico um défice primário na capacidade de relacionamento interpessoal, particularmente na relação afectiva.

Hobson reconhece o défice de mentalização, mas afirma que existe um outro mais abrangente, ao nível de um sistema complexo e mais profundo, que impossibilita a criança de estabelecer uma intersubjectividade com aqueles que a rodeiam.

O autor admite que existe um défice inato, responsável pela incapacidade da criança com autismo se envolver com os outros. Por esta razão as crianças não possuem experiências sociais necessárias para o desenvolvimento das estruturas cognitivas essenciais à compreensão social.

Assim, segundo Hobson, a incapacidade de compreensão e de resposta às expressões afectivas do outro levam os portadores do espectro de autismo a não serem sensíveis às necessárias experiências sociais, no primeiro ano de vida, “de forma a

poder desenvolver as estruturas cognitivas essenciais para a compreensão social posterior”.

Teorias de Coerência Central

Segundo Uta Frith (1993), subjacente ao défice de mentalização, o problema nuclear reside num défice do mecanismo de “coerência central”, que levaria os indivíduos com autismo a apresentarem problemas na investigação dos aspectos de uma situação num todo coerente, ou seja, eles não conseguem seleccionar e estabelecer relações entre o objecto e o todo, de acordo com um padrão e actuação coerentes.

Há investigadores que atribuem as incapacidades típicas do autismo a uma dificuldade em regular a atenção. Estudos realizados sugerem que, os indivíduos com autismo são hipersensíveis na leitura do ambiente, concentrando-se em detalhes e não no objecto como um todo.

Em suma, depois de todas as teorias apresentadas anteriormente, podemos afirmar que não existem explicações claras, objectivas e verdadeiramente elucidativas que expliquem os factores etiológicos, responsáveis pelos casos de autismo.

É unânime que existem condições médicas variadas que podem predispor o desenvolvimento de uma patologia desta natureza. Como tentativa de resolução deste enigma, Cohen e Bolton (1994) apresentaram um modelo designado “*Modelo de patamar comum*”, pois segundo eles existem varias causas (algumas não identificadas) provavelmente responsáveis pelas áreas do cérebro lesadas e que provavelmente seriam as áreas responsáveis pelo normal desenvolvimento da comunicação, do funcionamento social e do jogo.

É possível que exista uma associação com o atraso mental, uma vez que as condições médicas também tornam os sistemas cerebrais, necessários ao normal desenvolvimento intelectual.

Seguidamente, apresentamos na figura 1, um quadro que representa o “*Modelo de Patamar Comum*”, para uma melhor compreensão do mesmo.

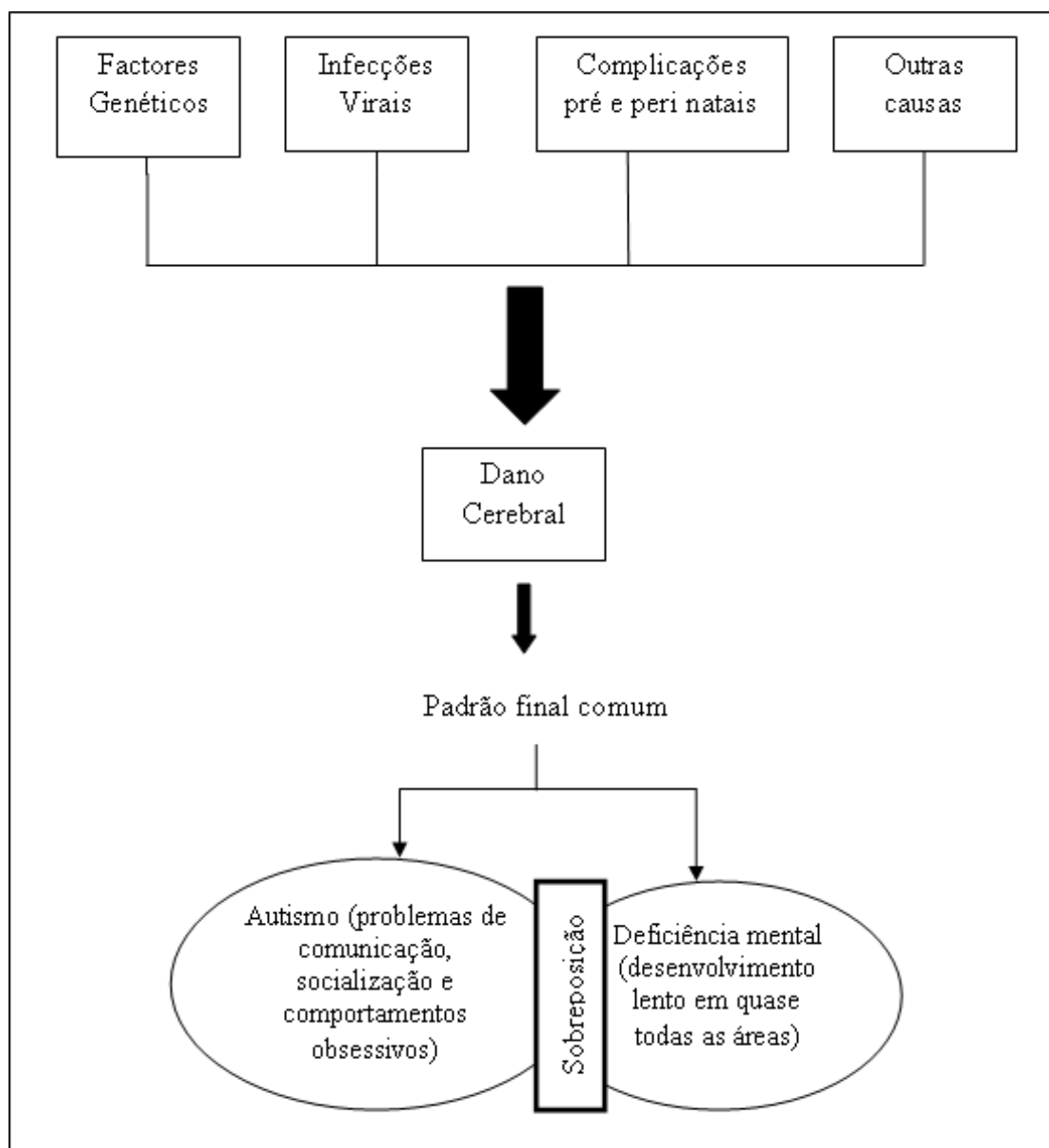


Figura 1 – Representação do “Modelo do Patamar Comum”; traduzido e adaptado por Cohen e Boltan (1993), citado por Marques (2000:69).

3. CARACTERÍSTICAS DO ESPECTRO DE AUTISMO

O autismo caracteriza-se por um défice significativo nos processos de aquisição das habilidades, causando um prejuízo severo em diversas áreas do desenvolvimento, que constituem a interacção social, comunicação verbal, não verbal e comportamental. Esse comportamento é exteriorizado através da ausência de contacto visual e emocional com as outras pessoas; ausência de fala, estereotípias, obsessão por rotinas familiares; fascinação por objectos e utilização do interlocutor como mediador de situações e/ou uso do objecto.

Segundo Dunlap, Pierce & Kay, (1999) *“as características principais dos autistas parecem residir nas dificuldades de desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal, relacionamento social e actividades lúdicas.”* Isto é; nos domínios social; cognitivo e linguístico.

Marques (2000: 28)⁹, refere:

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

Para Bandura (1969)¹⁰:

“Um autista evidencia disfunções específicas relativas aos processos relacionados com a responsividade a estímulos internos e externos. Os processos reprodutivos são igualmente afectados, porque se encontram dependentes dos primeiros. No entanto, a área central de dificuldades do indivíduo autista e a sua mais evidente disfuncionalidade reside no domínio social.”

As características da criança com autismo manifestam-se a partir do seu nascimento, esta é tida como estranha, pois raramente chora, não reage à companhia da mãe, não responde a sorrisos, demonstra desinteresse por objectos; por vezes as vocalizações iniciais podem não surgir, ou estar atrasadas.

Entre os seis e doze meses, a criança recusa a introdução de alimentos sólidos; apresenta dificuldades em sentar-se ou gatinhar; não é afectuosa; pode mostrar-se

⁹ Citando Rapin (1994) e Fejerman (1994)

¹⁰ Citado por Pereira (2006), *“Autismo, uma perturbação pervasiva do desenvolvimento”*

hipertónica ou hipotónica; sente dificuldade em articular palavras simples e não olha nem aponta para os objectos.

Aos 12 meses poderão demonstrar um interesse obsessivo por determinados objectos, revelam comportamentos estereotipados e repetitivos e até atrasos ao nível da locomoção.

Geralmente só a partir dos 24 meses é que se podem constatar dificuldades de comunicação – verbal e não verbal.

Depois dos 2 anos de idade a criança autista tem tendência a isolar-se, a utilizar padrões repetitivos de linguagem, a inverter os componentes das frases, a não brincar normalmente, etc...

Dos 2 aos 5 anos de idade o comportamento autista tende a tornar-se mais óbvio. A criança não fala ou ao falar, utiliza a ecolália ou inverte os pronomes.

Há crianças que falam correctamente mas não utilizam a linguagem na sua função comunicativa, continuando a mostrar problemas na interacção social e nos interesses.

Regra geral, dos seis anos de idade até à adolescência os sintomas mais perturbadores podem diminuir, contudo o problema não desaparece totalmente.

Os adolescentes juntam às características do autismo os problemas da adolescência. Podem melhorar as relações sociais e o comportamento ou, pelo contrário, podem voltar a fazer birras, mostrar auto-agressividade ou agressividade para com as outras pessoas.

A criança com autismo pode ainda demonstrar alguns comportamentos estereotipados, tais como; a repetição do que ouve (ecolália); repetição de determinados comportamentos dificuldades na aquisição de linguagem; age como se fosse surda; não interage com as outras crianças; tem uma obsessão por determinados objectos; gira objectos de forma bizarra e peculiar; evita o contacto visual; resiste ao contacto físico (não gosta que lhe toquem ou que a abracem); pode ser hiperactiva ou extremamente passiva e agressiva e/ou auto-agressiva.

4. AVALIAÇÃO

Diagnóstico das Perturbações do Espectro de Autismo

Actualmente, considera-se que a classificação de autismo tem por base o comportamento, sendo este a expressão sintomática final de uma perturbação cerebral provocada por diferentes tipos de lesões e mantendo-se sempre a tríade de incapacidades de comunicação, interacção social e comportamento.

Assim, para que se possa diagnosticar a perturbação autista, tem que se verificar a presença de alguns critérios que são apresentados de seguida. O sujeito tem de apresentar pelo menos 6 dos 12 sintomas expressos na tabela, sendo pelo menos dois destes da área social e um para cada uma das categorias da comunicação e dos comportamentos/interesses. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, pelo menos um dos sintomas manifesta-se antes dos 36 meses de idade.

Segundo o DSM-IV-TR, de 2000:

A. Se enquadrar em um total de seis (ou mais) dos seguintes itens:

(1) Comprometimento qualitativo em interacção social, com pelo menos duas das seguintes características:

a) acentuado comprometimento no uso de múltiplos comportamentos não verbais que regulam a interacção social, tais como contacto olho a olho, expressões faciais, posturas corporais e gestos;

b) falha no desenvolvimento de relações interpessoais apropriadas à idade;

c) ausência da busca espontânea em partilhar de divertimentos, interesses e empreendimentos com outras pessoas

(2) Comprometimento qualitativo na comunicação, em pelo menos um dos seguintes itens:

a) atraso ou ausência total no desenvolvimento da fala (sem a tentativa de compensá-la por meio de comunicação por gestos ou mímica);

b) acentuado comprometimento na habilidade de iniciar e manter uma conversação, naqueles que conseguem falar;

c) linguagem estereotipada, repetitiva ou idiossincrática;

d) ausência de capacidade, adequada à idade, de realizar jogos de faz-de-conta ou imitativos.

(3) Padrões de comportamento, interesse ou actividades repetitivos ou estereotipados, em pelo menos um dos seguintes aspectos:

a) preocupação circunscrita a um ou mais padrões de interesse estereotipados e restritos, anormalmente, tanto em intensidade quanto no foco;

b) fixação aparentemente inflexível em rotinas ou rituais não funcionais;

c) movimentos repetitivos e estereotipados;

d) preocupação persistente com partes de objectos.

B. Atraso ou funcionamento anormal, antes dos três anos, em pelo menos uma das seguintes áreas: interação social, linguagem de comunicação social e jogos simbólicos ou imaginativos.

C. O distúrbio não se enquadrar na Síndrome de Rett ou no Distúrbio Desintegrativo da Criança.”(citado por Pereira; 2005: 39)

Já o Sistema clínico formal da Organização Mundial de Saúde (OMS) – *Classificação Internacional das Doenças (ICD-10)*, (1993), traça critérios de diagnóstico:

Anomalias qualitativas na interação social recíproca, manifestas em pelo menos dois dos quatro sintomas seguintes:

- 1. Incapacidade de usar adequadamente o olhar, a expressão facial, gestual e os movimentos corporais nas interações sociais*
- 2. Incapacidade de estabelecer relações com os pares que impliquem uma partilha mutua de interesses, de actividades e emoções*
- 3. Procura raramente os outros em busca de conforto e afecto e caso de ansiedade, desconforto, ou sofrimento*
- 4. Inexistência de procura espontânea para partilha de alegrias, interesses ou de sucesso com os outros.*
- 5. Ausência de reciprocidade social e emocional, que se manifesta por respostas perturbadas ou anormais às emoções dos outros; ou ausência de modulação do comportamento em função do contexto social*

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

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

Comportamento, interesses e actividades restritas, repetitivas e estereotipadas, manifestação de pelo menos um dos quatro sintomas seguintes

- 1. Ocupação obsessiva por um ou vários centros de interesse estereotipados e limitados*
- 2. Adesão aparentemente compulsiva de hábitos e rituais específicos e não funcionais*
- 3. Actividades motoras estereotipadas e repetitivas*
- 4. Preocupação persistente e não funcional com partes de objectos, elementos ou peças de um jogo (citado por Pereira, 2005:40)*

Apesar deste sistema de diagnóstico não ser tão utilizado, comparativamente ao DSM-IV-TR (já que este último é mais abrangente e oferece uma maior cobertura de amostra), as diferenças entre estes dois manuais são pouco significativas, o que reflecte claramente os esforços desenvolvidos para a procura de um diagnóstico consensual, dentro deste domínio. Neste sistema, o autismo apresenta-se-nos com a designação de “autismo infantil”.

Diagnóstico Diferencial

O conjunto das características que diferenciam o autismo de outras patologias, bem como os seus limites, permitem determinar a identidade de uma perturbação. Portanto, com base no DSM-IV e em alguns autores, o diagnóstico diferencial da perturbação do espectro do autismo deve estabelecer-se, como sendo as perturbações pervasivas do desenvolvimento, nomeadamente síndrome de Asperger.

Asperger (1944) apresentou algumas características que eram recorrentes e típicas das crianças observadas por ele:

“(...) no que se segue, descreverei um tipo de criança que tem interesse, sob diversos aspectos: as crianças têm em comum uma perturbação básica que se manifesta de maneira muito característica em todos os fenómenos expressivos e comportamentais. Esta perturbação resulta em consideráveis dificuldades, típicas de integração social. Em muitos casos, esta dificuldade é compensada por uma originalidade particular do pensamento e da experiência, que pode bem resultar em desempenhos posteriores excepcionais na vida futura” (Frith, 1993).

A síndrome de Asperger é um conceito que tem sido usado para crianças ou adultos que apresentem algumas características do autismo, como, as incapacidades sociais e os comportamentos restritos e repetitivos.

A grande diferença entre o autismo infantil e a síndrome de Asperger reside na gravidade dos problemas. Em ambos os casos, as crianças apresentam défices na interacção social recíproca, comprometimento das habilidades comunicativas e comportamentos inusuais e até mesmo bizarros. As crianças com síndrome de Asperger são menos comprometidas e, geralmente, não revelam sinais de atraso mental. Estas apresentam, ainda, um desenvolvimento de padrões de comportamentos, interesses e actividades repetitivas.

Comparando com a perturbação autista, verifica-se que na síndrome de Asperger não existe um atraso geral da linguagem clinicamente significativo e o funcionamento não apresenta défices. Durante os 3 primeiros anos de vida, não se registam atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo da expressão de curiosidade sobre o ambiente, ou na aquisição de aptidões de aprendizagem e de comportamentos adaptativos adequados à idade, no desenvolvimento das aptidões de auto-ajuda próprias da idade, ou no comportamento adaptativo.

Pode, ainda, observar-se uma descoordenação motora e uma falta de destreza ou uma ligeira incidência. Os sintomas de hiperactividade e de desatenção também são frequentes neste tipo de perturbação.

Trata-se de uma perturbação contínua que se manifesta ao longo da vida e o seu prognóstico parece ser melhor relativamente ao da perturbação de autista, uma vez que estudos realizados revelam que muitos adultos com síndrome de Asperger conseguem empregos remunerados e revelam auto – suficiência.

A complexidade das características da criança com autismo coloca um grande desafio à planificação das actividades, tornando-se fundamental uma avaliação individualizada e compreensiva das necessidades, dificuldades e competências específicas de cada criança, com vista a uma melhor planificação de actividades e aprendizagens. (Marques, 2000)

A aprendizagem e o desempenho das crianças com autismo incorrem, usualmente, em quatro áreas:

- a. Comunicação;
- b. Resposta social;
- c. Processamento da informação;
- d. Desenvolvimento das competências cognitivas.

Podemos então considerar que *“o padrão destas características resulta normalmente num perfil individual que exige considerações avaliativas muito especiais e influência de forma comprometedora todo o processo de aprendizagem”*. (Marques, 2000, p. 50)

A prática da avaliação psicoeducacional pode favorecer a detecção precoce e a identificação das áreas educativas em que se verificam mais dificuldades, permitem também confirmar discrepância entre o funcionamento corrente e o desempenho esperado, o que pode permitir o diagnóstico dos défices particular que não são facilmente visíveis. De entre os testes mais comuns salienta-se o PEP-R.

O PEP-R Perfil Psicoeducacional Revisado, parte de uma concepção da criança sob uma percepção desenvolvimentista (Piaget), aliada ao princípio do desenvolvimento desarmónico destas crianças entre e iner-áreas, procura levantar suas habilidades e défices, assim como seu nível de desenvolvimento em nove diferentes áreas funcionais

e comportamentos inadequados em 4 áreas de patologia. A proposta de tratamento parte da própria criança, isto é, das suas características e da perspectiva da família

O PEP, está integrado no programa TEACCH, garante a determinação de um perfil desenvolvimental e funcional de cada criança. É um inventário de comportamentos e competências designados para identificar diferentes modelos de aprendizagem em crianças de 6 meses a 12 anos, com nível educativo pré-escolar. Isto é, a imitação, percepção, motricidade fina e global, integração óculo-manual, competências cognitivas e capacidade de cognição verbal. *Ao nível do diagnóstico psicopatológico, identifica o grau de perturbação nas áreas de: relação, cooperação e interesses pelos outros, jogos e interesse materiais, modalidades sensitivas, linguagem e afecto.* (Marques, 1998)

È constituído por um conjunto de brinquedos e jogos apresentados à criança por um examinador que também possui a função de o observar, avaliar e registar as respostas, para no fim as pontuações serem distribuídas por 7 escalas de desenvolvimento e patologia (perfil do desenvolvimento), que define as potencialidades e dificuldades nas diferentes áreas de desenvolvimento e comportamento patológico (Assunção & Pimentel, 2000)

Em suma e na opinião de Marques (1998:42), o grande contributo trazido pelo PEP, foi que:

“ Na maioria dos outros testes a criança é avaliada apenas em dois níveis: realiza ou falha. No PEP é avaliado um terceiro nível: emergente (...) resposta em que a criança mostra algum conhecimento do que é preciso para completar a tarefa, mas não tem entendimento ou capacidade necessária para completar a tarefa sozinha com sucesso ”

II - COMUNICAÇÃO

“Comunicação não é só transmissão de mensagem, mas relacionamentos entre interlocutores mediatizados pelas tecnologias de inteligência, da informação e da comunicação, num contexto dinâmico que provoca a cada momento redes de conexões transformando a mensagem e construindo novas mensagens” (LEVY, 1994)

COMUNICAÇÃO E INTERACÇÃO

A primeira experiência de comunicação com o mundo exterior, acontece ainda dentro da barriga da mãe. Estudos realizados, revelam que o bebê tem competências auditivas ligadas ao ritmo, pois o seu batimento cardíaco reage à mudança de som do exterior. *A maioria dos indivíduos com autismo, começam a falar tardiamente, e a velocidade do desenvolvimento da linguagem é bastante lenta e complexa em relação às outras crianças.* (BAPTISTA, 2002)

A primeira comunicação que o bebê produz, é não verbal. Esta fase não verbal pode ser dividida em três momentos: o choro, a palração e a lalação.

O choro, durante os primeiros meses de vida é indiferenciado, ou seja, o choro do bebê é instintivo e involuntário. Por volta do segundo mês de vida o choro vai ficando mais energético à medida que se vão intensificando as necessidades do bebê. A mãe é capaz de diferenciar três tipos de choro: o choro de fome, o choro de dor e o choro de prazer.

Entre os dois/três meses a bebê inicia a palração, ou seja a produção contínua de sons vocálicos.

Os períodos de sono do bebê começam a regular, estabilizando o ritmo dia noite. Como o bebê passa mais tempo acordado, vai adquirindo os fonemas da sua língua materna.

À medida que a criança, se vai desenvolvendo, também as suas cadeias de palreio vão evoluindo, sendo substituídas por sequências de reduplicação de sílabas, combinando as consoantes com as vogais. O bebê está agora no período da lalação.

Esta fase pode-se dividir em dois momentos: o chilreio e o balbucio.

No momento do chilreio, o bebé ao brincar com o corpo, as mãos, os pés, movimentam também os órgãos de mecanismo da fala – a língua, o queixo, os lábios. Ao movimentar estes órgãos, e ao dominar os seus movimentos vai emitindo sons diferentes. O controlo do sistema facial, permite o surgimento, primeiramente o riso de forma suave, evoluindo para a gargalhada. No momento do balbucio, as tentativas de articulação tornam-se mais ricas, em que o bebé imita e repete os comportamentos vocais que lhe são emitidos pelas pessoas que o rodeiam.

A repetição de monossílabos é um dos últimos passos para alcançar a palavra, como significado atribuído pelo adulto. Entre os 12 e os 20 meses, surgem as primeiras palavras com valor de mensagem completas.

No início da aprendizagem da língua a sintaxe e a semântica não se diferenciam com precisão, quando se diferenciam o conhecimento da sintaxe progride mais rapidamente do que o da semântica.

A linguagem é para Labov¹¹ *“uma forma de comportamento usada pelos seres humanos num contexto social para comunicarem entre si necessidades, ideias e emoções”* (1972:183).

Ou seja, desde que se atribua valor convencional a determinado sinal, existe uma linguagem. A linguagem é assim um sistema constituído por elementos que podem ser gestos, sinais, sons, símbolos ou palavras, que são usados para representar conceitos de comunicação, ideias, significados e pensamentos. Neste contexto, podemos então dizer, que esta capacidade verbal, ou não verbal, é um dos maiores atributos do homem que facilmente o distingue do animal.

A linguagem é, *“um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionados, usados em modalidades diversas para o homem comunicar e pensar”*.¹²

Isto é, a linguagem, como comunicação verbal, é um sistema complexo de símbolos e regras de organização, o uso destes símbolos é utilizado por todos os seres humanos, para comunicarem entre si, elaborarem o pensamento e depositarem a informação recebida. Ou seja, pela linguagem aceitamos a informação produzida pelos outros, formatamos e preparamos essa mesma informação, ampliando e criando o conhecimento que temos do real.

¹¹ Citado por Sim-sim (1989)

¹² American Speech-Language- Hearing-Association (1983) citado por Sim-sim (1989)

“Antes de evoluir num contexto linguístico, o homem teve de assegurar mecanismos estáveis de ligação e teve ainda de assimilar mecanismos viáveis de aprendizagem susceptíveis de serem adaptáveis a uma complexidade progressiva. Por outro, lado o homem está geneticamente preparado para comunicar através de expressões universais comuns (gestos, choro, sorriso, etc.) mas vai estar dependente da cultura envolvente na expressão da sua linguagem.”¹³

Ao mesmo tempo que se desenvolve a linguagem verbal, desenvolve-se também a linguagem por gestos, que tem por objectivo acompanhar, apoiar e tornar mais compreensível as insuficiências do discurso verbal da criança.

O meio assume um papel bastante importante durante todo este processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem, pois a criança vai progressivamente desenvolver todo o processo de aquisição da linguagem em contacto com o meio.

Sem dúvida, desenvolver a linguagem é mais do que falar. É ser um interlocutor activo nas diferentes relações sociais, e isso quer dizer que a linguagem deve comunicar sobre o que o indivíduo deseja, quer, conhece, sente, etc. Essa linguagem também deve reflectir que o indivíduo compreendeu o sentido nela implicado, mas nem sempre explicitado, ou melhor, as intenções, os desejos, as vontades, as necessidades dos outros devem ser interpretadas para que a criança possa interactivar.

Esses passos no desenvolvimento da comunicação e da linguagem nem sempre ocorrem como se deseja. Há crianças que violam ou transgridem muitas das etapas e características do desenvolvimento da comunicação e da linguagem.

Pais e professores, são os primeiros a perceber que há algo de errado no desenvolvimento quando a linguagem regride, está atrasada ou ausente, pois as comparam com outras da mesma idade ou com filhos mais velhos que já passaram por essa fase ou período.

Algumas crianças param de falar completamente, enquanto outras retêm algumas palavras. Quando estas crianças são diagnosticadas com patologias que implicam uma intervenção na área da comunicação é porque podem apresentar dificuldade para compreender e fazer os outros compreenderem informações transmitidas.

Habitualmente, estas crianças podem usar termos incorrectamente com padrões gramaticais inadequados às situações com que se deparam, podem ainda ter um vocabulário extenso mas mostrar dificuldade em se expressar e transmitir aquilo que

¹³ PEDRO, João Gomes "A comunicação infantil", Cadernos de Educação de Infância, n.º2, Abril – Junho, 1987

pretende. Podem escutar uma palavra e não serem capazes de compreender o seu significado assim como fazer com que os outros não compreendam o que eles intencionam, tornando assim fraca a sua capacidade comunicativa. Isto é, só existem dificuldades de comunicação quando a comunicação é prejudicada pela incapacidade que as crianças têm de falar ou de se expressar.

Estas dificuldades comunicativas nos indivíduos com espectro de autismo não são isoladas, fazem-se acompanhar de certos comportamentos, tais como agressividade, birras, choros e auto-agressividade, que se alternam com risos, gritos, etc., os quais podem ser considerados como uma comunicação que a criança consegue fazer, apesar de não ser socialmente convencional. Uma das características destas crianças é a dificuldade em socializar, originando assim a dificuldade em comunicar, logo é importante proporcionar a estas crianças ambientes de interacção, pois à medida que esta interage a linguagem é adquirida e melhorada. A respeito disto, Lamônica (1992: 5) diz o seguinte:

“ [...] se a criança normal adquire sua linguagem através do intercâmbio verbal no contexto social, a criança autista também precisaria do mesmo. No entanto, por causa de sua desvantagem nas habilidades sociais, é necessário proporcionar períodos de interacção nos quais devam ser envidados esforços especiais para favorecer a reciprocidade da criança autista, facilitando, assim, a comunicação social.”

A caracterização de alguns dos distúrbios da linguagem na criança com espectro de autismo, desde que nasce, como todas as outras crianças, ela precisa estar o tempo todo a ser estimulada, tanto nas relações pessoais, como no contacto com os objectos que lhe são oferecidos. É imprescindível o papel do adulto, principalmente do educador, para criar situações que possibilitem o desenvolvimento das capacidades da criança com autismo e propiciem, cada vez mais, sua autonomia, à medida que se intensificam suas relações interpessoais e, por consequência e por meio desta, ganhos quanto à sua comunicação, no que resultará melhor qualidade de vida.

Para o efeito temos que começar por uma avaliação pormenorizada da criança, ao nível da interacção social; da comunicação e dos padrões de comportamento, interesses e actividades. Sendo este de principal importância a intervenção o mais precocemente possível, uma vez que permite ter uma ideia de como os factores ambientais afectam o comportamento da criança.

“ A complexidade das características da criança com autismo coloca um grande desafio à planificação das actividades, tornando-se fundamental uma avaliação individualizada e compreensiva das necessidades, dificuldades e competências específicas de cada criança, com vista a uma melhor planificação de actividades e aprendizagens.” (Marques, 2000)

A intervenção que dever ter em conta segundo Gauderer os seguintes objectivos:

- “1. Promover um desenvolvimento normal*
- a) Cognitivo*
- b) Linguagem*
- c) Social*
- 2. Promover aprendizagem*
- 3. Reduzir a rigidez e a estereotipia*
- 4. Eliminar comportamentos desadaptativos inespecíficos*
- 5. Aliviar o sofrimento familiar*
- 6. Educar e consciencializar a comunidade para a aceitação do indivíduo.”*

Após se estabelecer o objectivo principal, “a promoção do desenvolvimento normal”, temos que o aplicar tendo em conta toda a informação sobre os factores que optimizam o desenvolvimento, de forma a elaborar medidas para reduzir ou atenuar os aspectos relacionados com a perturbação do espectro do autismo.

A criança com espectro de autismo, como já foi referido anteriormente, tem como principal característica a dificuldade de socializar, para isso é necessário promover momentos que favoreçam a comunicação, como por exemplo; brincadeiras, mímicas, expressões faciais, etc..

Mas para que tal aconteça, é necessário que exista uma boa relação entre o adulto/ criança, ou seja, os programas de intervenção precoce devem, sempre que possível, decorrer no meio ambiente onde vive a criança.

A intervenção precoce destina-se a crianças até à idade escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais. Consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias com o objectivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento.

A intervenção precoce pode iniciar-se entre o nascimento e a idade escolar, no entanto há muitas vantagens em começar o mais cedo possível.

Existem três razões fundamentais; quanto mais cedo se iniciar a intervenção maior é potencial de desenvolvimento de cada criança; para proporcionar apoio e assistência à família nos momentos mais críticos e para maximizar os benefícios sociais da criança e família

A investigação nesta área já demonstrou que grande parte das aprendizagens e do desenvolvimento ocorre mais rapidamente na idade pré-escolar. O momento em que é proporcionada a intervenção é, por isso, particularmente importante já que a criança corre o risco de perder oportunidades de desenvolvimento durante os estádios mais

propícios. Se esses momentos não forem aproveitados, mais tarde a criança pode vir a manifestar maiores dificuldades de aprendizagem.

Estudos recentes acentuam o facto de que o potencial de cada criança só é completamente manifesto se houver a identificação precoce e uma intervenção programada e individualizada.

A intervenção precoce deve resultar no desenvolvimento de melhores atitudes parentais relativamente a eles mesmos e ao seu filho com deficiência. Deve proporcionar mais informação e melhores competências para lidar com a sua criança, e incentivar a libertação de algum tempo para o descanso e lazer.

Um outro motivo que justifica a importância da intervenção precoce diz respeito aos ganhos sociais alcançados. O incremento do desenvolvimento da criança envolve a diminuição das situações dependentes de instituições sociais, o aumento da capacidade da família para lidar com a presença de um filho com deficiência, e o possível aumento das suas capacidades para vir a ter um emprego.

A intervenção individualizada e dirigida às necessidades específicas da criança também surge associada a bons resultados, o que não significa necessariamente um trabalho de um para um. As actividades de grupo podem ser estruturadas de forma a ir ao encontro das necessidades educativas de cada criança.

Uma outra forma de intervir, é de forma medicamentosa, de modo a controlar a agitação, tensão e hiperactividade, comportamentos específicos desta perturbação. Contudo, este uso tem que ser controlado pois pode causar efeitos adversos sobre a aprendizagem.

ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

I - METODOLOGIA E TÉCNICAS UTILIZADAS

1. ESTUDO DE CASO

O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada de forma a compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores. Yin (1994) afirma que:

“Esta abordagem se adapta à investigação em educação, quando o investigador é confrontado com situações complexas, de tal forma que dificulta a identificação das variáveis consideradas importantes, quando o investigador procura respostas para o “como?” e o “porquê?”, quando o investigador procura encontrar interacções entre factores relevantes próprios dessa entidade, quando o objectivo é descrever ou analisar o fenómeno, a que se acede directamente, de uma forma profunda e global, e quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenómeno, do programa ou do processo.

Assim, Yin (1994:13) define “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos.

Coutinho (2003), refere que *quase tudo pode ser um “caso”*: *um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação.* Da mesma forma, Ponte (2006:2) considera que:

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

A criança alvo deste estudo a qual designei por F tem cinco anos e é portadora da Perturbação do Espectro de Autismo.

Para que neste estudo de caso se consigam recolher informações fidedignas, temos que se recorrer a diferentes técnicas, são elas as técnicas documentais e não documentais.

“Os instrumentos metodológicos não podem ser escolhidos independentemente das referências teóricas da investigação. Com efeito, o método de recolha de dados deve ser adaptado ao tipo de dados a investigar.” As entrevistas são um método muito restrito e, por outro lado, não homogéneo a utilizar.” Luc Albarello (1997)

No que se refere às técnicas documentais, utilizamos o relatório médico e a observação directa e participada, isto é, assistimos a algumas sessões de terapia da fala

de forma a descobrir quais as estratégias que poderei trabalhar na sala de aula com a criança em estudo. Enquanto que nas técnicas não documentais, fizemos uma recolha de informações através da realização de entrevistas (à mãe e à terapeuta) de forma a recolher dados das pessoas que fazem parte das vivências da criança, de modo a perceber como interagem com ela nos diferentes contextos.

Segundo Antoine Léon, a *“entrevista é uma situação de interacção essencialmente verbal entre duas pessoas (ou mais) em contacto com um objectivo previamente determinado”*.

2. CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE PEDAGÓGICA

Actualmente reconhece-se que a participação e colaboração dos pais no processo educativo das crianças com necessidades educativas especiais, é um factor decisivo na promoção do seu desenvolvimento. Todos estão de acordo com este princípio, pais, médicos, educadores, contudo ao longo da história nem sempre assim foi. Tal como o conceito de necessidades educativas especiais (NEE) e as modalidades de atendimento às crianças com NEE, também o papel dos pais tem vindo a ser alterado e encarado de diferentes formas. Isto é, tal como se passou da iniciativa privada à intervenção do Estado na educação das crianças com NEE, também a família passou de responsável pelo problema da criança (causa desse problema) a participante activo, e com direitos adquiridos, no processo de desenvolvimento/aprendizagem dos seus filhos.

Na década de 40/50, os pais das crianças com NEE eram considerados responsáveis, causadores do estado da criança. Estas ideias fomentavam uma enorme culpabilização e propiciavam o aparecimento de ressentimentos, falta de confiança e baixa auto-estima que dificultavam a interacção pais / profissionais.

Correia (1997) refere que nos anos 50/60, os pais tinham um papel passivo, a responsabilidade educacional e terapêutica dos filhos cabia quase inteiramente aos profissionais.

A partir dos anos 70, pais e profissionais tomam consciência da necessidade de que os primeiros participem activamente nos programas educativos dos filhos.

Perrenoud (1970) citado por Pereira (2005: 13), refere que *“a família funciona como meio cultural de crescimento e bem estar de todos os seus membros.”*

A família não pode ser encarada isoladamente, (cada elemento é influenciado e influencia os outros), mas também não deixa de ser uma das variáveis mais importantes da comunidade pois interage e reflecte.

Segundo o Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, a família é entendida como um sistema no qual os diferentes elementos podem estar agrupados em subsistemas, funcionando de acordo com as regras e formas

de comunicação específicas. Daí que qualquer mudança no comportamento de um dos membros da família influencie cada membro individualmente ou, mesmo o grupo como um todo.

Este modelo faz referência a um conjunto de níveis ou sistemas ecológicos que estabelecem interligações, afectando a família e a sua dinâmica, influenciando-as e sendo influenciados por elas. Estes níveis dividem-se em: microsistema, dentro do qual se faz referência às influências entre os diversos membros da família ou entre os colegas ou professor/aluno; mesossistema onde se geram interações entre dois ou mais contextos como sendo a família e a comunidade; exossistema onde a realidade dentro da qual o indivíduo não se encontra inserido mas que por ela poderá ser influenciado, isto é o local de trabalho dos pais da criança que a podem influenciar negativamente; e por último o macrosistema onde estão englobados os sistemas anteriores, e um conjunto de valores e crenças culturais da sociedade, factores sociais mais abrangentes que têm impacto na educação da criança.

Este modelo será esquematizado de seguida de forma a explicar todos estes mecanismos de interacção.

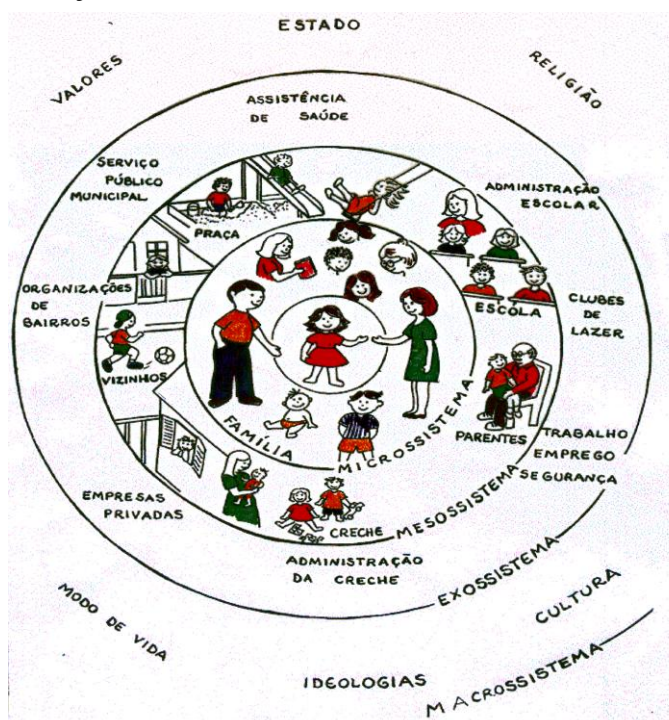


Figura nº 2: Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner – retirado do site: <http://www.scribd.com/doc/11169212/MODELO-BIOECOLOGICO-DO-DESENVOLVIMENTO-DE-URIE-BRONFENBRENNER>

Podemos concluir que, Brofenbrenner defende que: *“O desenvolvimento humano é um conjunto de sistemas aninhados em que a pessoa em desenvolvimento é, ao mesmo tempo, capaz de ser influenciada por esses sistemas, como também determinar mudanças que neles ocorrem.”*

Passemos agora para a caracterização do meio; instituição; família e criança.

Caracterização do meio

A caracterização do meio torna-se importante para compreendermos que um Jardim-de-infância não pode estar isolado da sua realidade. O meio pode permitir inúmeros factores de desenvolvimento, nomeadamente, desenvolver a capacidade de inserção da criança, permitindo um conhecimento das suas atitudes, valores ou crenças.

O meio engloba, não só os locais físicos da localização geográfica do Jardim-de-infância, mas também a sua família. O meio/a comunidade é tudo o que está perto da criança e que pode permitir o seu desenvolvimento.

Segundo os dados recolhidos (anexo 1) o jardim-de-infância e a habitação da família do F situam-se no concelho de Braga, com cerca de 164.192 habitantes.

Dado ser uma cidade capital de distrito não foi fácil, obter alguns dados necessários para este levantamento.

No então, sabemos que o Jardim localiza-se no centro da cidade, onde predominam o comércio e serviços.

Ao nível de instituições de apoio à população, existem várias, as que facultam apoio aos Sem Abrigo, Política Social de Habitação, Violência Doméstica, Cidadãos Idosos, Cidadãos com Deficiência, Protecção ao Emprego e Toxicodependências e Protecção de crianças e jovens.

Em relação às actividades culturais, existe uma grande variedade, grupos de teatro, associações desportivas, associações de deficientes, biblioteca, ludoteca e quinta pedagógica.

Esta é uma cidade com bastantes infra-estruturas rodoviárias, transportes públicos e rede ferroviária.

Os problemas sociais, são os comuns às grandes cidades; desemprego; toxicod dependência; alcoolismo e sem abrigo.

Caracterização da instituição

O termo Jardim de infância foi criado pelo alemão Friedrich Froebel, tendo desta forma, segundo Rizzo (1988; p. 26), surgido “(...) a concepção de educar crianças, de idade inferior a sete anos, em ambientes especialmente criados para tal.” Assim os Jardins de Infância surgiram com o objectivo de estimular o desenvolvimento das crianças, a comprova-lo temos o princípio geral da Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar que menciona: “(...) a educação pré-escolar é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida, sendo complementar da acção educativa da família, com a qual deve estabelecer estreita relação, favorecendo a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança, tendo em vista a sua plena inserção na sociedade como ser autónomo, livre e solidário.”

A entrada no jardim-de-infância é muito importante para o desenvolvimento da criança de forma a desenvolver as suas capacidades físicas, a socialização e modos de relacionamento interpessoal, as suas capacidades cognitivas, a afectividade e a noção de estética. É um período muito fértil onde a criança precisa de ser conduzida de uma forma adequada, para não comprometer sua formação.

Depois do levantamento de dados (anexo 2), o jardim-de-infância do F localiza-se no centro da cidade numa zona habitacional e comercial.

É uma instituição particular e cooperativa e possui, três edifícios; um para o pré-escolar, um para o 1º ciclo e um para os 2º,3º ciclos, todos eles são constituídos por dois pisos, sendo o acesso por escadas. Possui diversas salas, e tem cerca de 620 alunos sendo a maioria da zona circundante e 60 professores todos eles licenciados. Tem ainda ao serviço uma psicóloga e uma terapeuta da fala.

A instituição possui diversos espaços verdes no seu interior, dois parques infantis, um para o pré-escolar e outro para o primeiro ciclo, um pavilhão gimnodesportivo, um campo de futebol e ainda uma mini horta ao dispor dos alunos.

A instituição está rodeada por muros e grades, tornando-se uma área calma, segura e familiar para todos os que dela usufruem.

Caracterização da família/criança

A família é a primeira instituição educativa da criança, visto que é no seio dela que se inicia o processo de socialização.

Desde o seu nascimento as crianças vão gradualmente reconhecendo os seus familiares, mas os seus pais são sem dúvida os sujeitos que irão promover as primeiras aprendizagens, os primeiros contactos com o mundo e a sua educação.

Segundo Bruno Betelheim (Cit in. Ghazal,1993):

“A finalidade da educação é antes de tudo permitir à criança que descubra a pessoa que pretende ser, e graças à qual poderá sentir-se satisfeita consigo própria e com a sua maneira de viver... A criança deveria ser capaz de fazer na vida tudo aquilo que lhe parece importante e desejável; estabelecer com os outros relações construtivas, satisfatórias e mutuamente enriquecedoras; suportar de modo adequado as tensões e dificuldades que inevitavelmente virá a encontrar ao longo da sua vida. Para tudo isso, os pais não são somente os primeiros formadores da criança mas também os seres pelos quais ela se poderá orientar.”

Segundo a ficha de caracterização do aluno (anexo 3), o agregado familiar do F, é constituído por pai, mãe e uma irmã mais nova.

Os pais são ambos licenciados em educação.

Vivem a dez minutos de carro do jardim-de-infância; numa habitação própria T3, onde o F tem um quarto só para si, estando de momento a partilhar o mesmo com a sua irmã mais nova.

O F frequente o jardim de infância desde os dois anos e seis meses e está a ser seguido nas consultas de terapia da fala á cerca de dois anos e meio uma vez por semana numa sala existente na instituição.

A mãe de F esteve a preparar a gravidez durante três meses, ao longo da gravidez fez varias consultas onde não foi diagnosticado qualquer problema. O F nasceu numa clínica particular com 37 semanas e 2 dois dias, com um parto a ventosas, pesava 2,77 kg e teve um índice de apgar no 1º minuto a 0,8 e ao 5º minuto a 10.

O F teve um desenvolvimento normal na área motora, já na área cognitiva apresentou um atraso na linguagem onde a sua primeira palavra só foi verbalizada aos três anos.

Actualmente a criança apresenta problemas de linguagem e conseqüentemente de comunicação, derivados da patologia da qual padece, principalmente na linguagem compreensiva e expressiva.

3. DETERMINAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O F é um menino de cinco anos, que entrou no jardim-de-infância com dois anos e meio, apresentando comportamentos desajustados para a idade, tais como, inexistência de fala; estereotípias (centrifugar da máquina de lavar) e ausência de contacto visual. Foi durante este período que lhe foi diagnosticado perturbação do espectro de autismo, como prova o relatório médico nº 1 (anexo 4)

Segundo este mesmo relatório, o F foi observado, pela primeira vez na consulta de Autismo em Julho 2007 com idade cronológica de 3 anos e 3 meses, por suspeita do espectro de autismo.

O F foi avaliado segundo a escala de Eric Schopler (PEP-R):

“O Dr. Eric Schopler (1927-2006), um professor de psiquiatria e psicologia na UNC-Chapel Hill por mais de 40 anos e pioneira no tratamento humano e eficaz do autismo. Numa época em que os pais foram acusados de causar o que foi considerado um problema psicológico, Eric foi um dos primeiros a utilizar a pesquisa empírica para estabelecer a verdade, as bases neurológicas do autismo e seu tratamento eficaz - o tratamento que os pais incluído como co - terapeutas. Seus métodos têm sido estudados e aprovados pelos programas de autismo em todo o mundo, trazendo esperança e futuro mais brilhante para milhares de famílias em dezenas de países...” <http://ericshopler.blogspot.com/2005/11/publications.html>

O PEP-R, ou perfil psicoeducacional revisado (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing & Marcus, 1990), é um instrumento de medida da idade de desenvolvimento de crianças com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação.

As dimensões avaliadas são: coordenação motora ampla, coordenação motora fina, coordenação visuo-motora, percepção, imitação, performance cognitiva e cognição verbal (escala de Desenvolvimento), e as áreas de relacionamento e afecto, brincar e interesse por materiais, respostas sensoriais e linguagem (escala de Comportamento).

Para cada área, foi desenvolvida uma escala específica com tarefas a serem realizadas ou comportamentos a serem observados (Schopler & cols., 1990).

O quadro que se chegou foi elaborado pela equipa do centro de desenvolvimento da criança, do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Áreas Avaliadas	Resultados Nível Funcional (meses)	Resultados Nível Emergente (meses)
Imitação	38-42	49-58
Percepção	42-54	55-71
Motricidade Global	40-51	-----
Motricidade Fina	31-36	37-40
Coordenação Óculo-Manual	38-41	-----
Realização Cognitiva	31-32	39-40
Desempenho Verbal	36-37	39-40
GLOBAL	34-38	41-44

Quadro nº1 – Perfil Psicoeducacional de Eric Schopler Revisto (PEP-R) – relatório multidisciplinar nº1 (anexo 4)

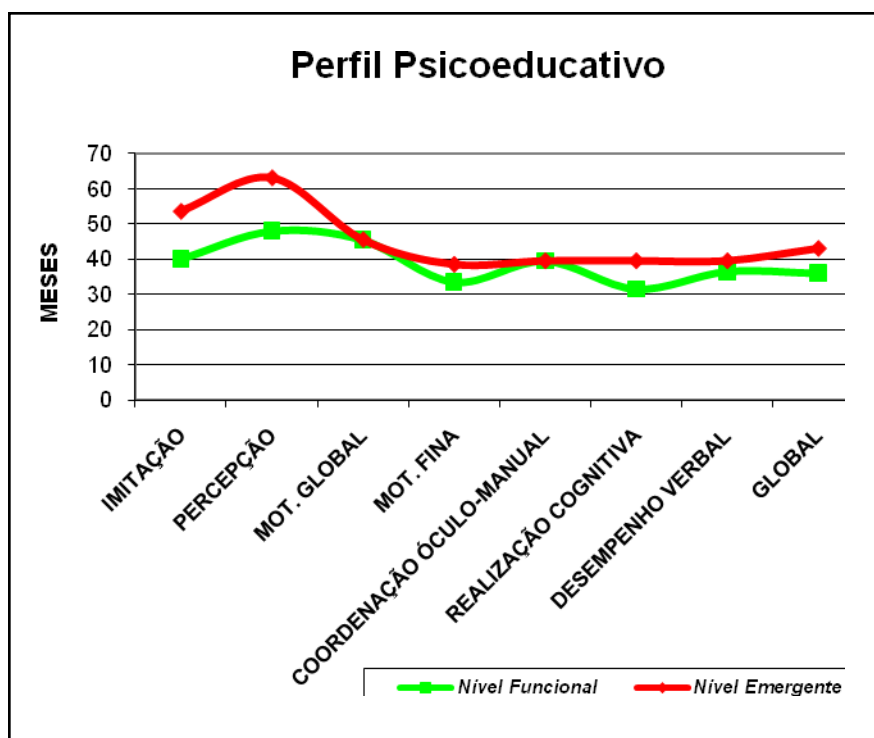


Gráfico 1 : Perfil Psicoeducativo

A análise dos resultados obtidos nos diferentes domínios avaliados permite observar que as áreas mais desenvolvidas são; a percepção e a motricidade global.

Já as intermédias são; a imitação; motricidade fina; realização cognitiva e desempenho verbal.

“Uma resposta com resultado emergente significa conhecimento parcial sobre o que é necessário para a realização da tarefa de forma bem sucedida. Além disso, uma criança pode compreender a que se refere a tarefa e, no entanto, realizá-la de uma maneira peculiar. Ambos os tipos de resposta são pontuados como emergentes” (Schopler & cols., 1990).

O F também foi avaliado a nível do comportamento. Algumas dimensões do comportamento adaptativo da criança foram avaliadas através da Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (*Vineland Adaptive Behavior Scales*). Este instrumento, desenvolvido por Sparrow, Balla e Cicchetti em 1984, tem por objectivo avaliar a independência pessoal e social de indivíduos desde o nascimento até à idade adulta. Encontra-se disponível em três versões distintas: questionário preenchido com base numa entrevista, entrevista com formato extenso e uma versão para ser utilizada em sala de aula. Cada uma destas versões avalia o comportamento adaptativo em quatro áreas de desenvolvimento: a comunicação, a autonomia, a socialização e a motricidade

Áreas Avaliadas	Desvio-Padrão	Nível Funcional em meses	Percentis
Comunicação	-1	27	40
Autonomia	-1	28	30
Socialização	-1	28	65
Motricidade	-1	33	40
Comportamento Adaptativo Composto	-2	29	60

Quadro nº2 – Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Forma Sintética) – relatório multidisciplinar nº1 (anexo)

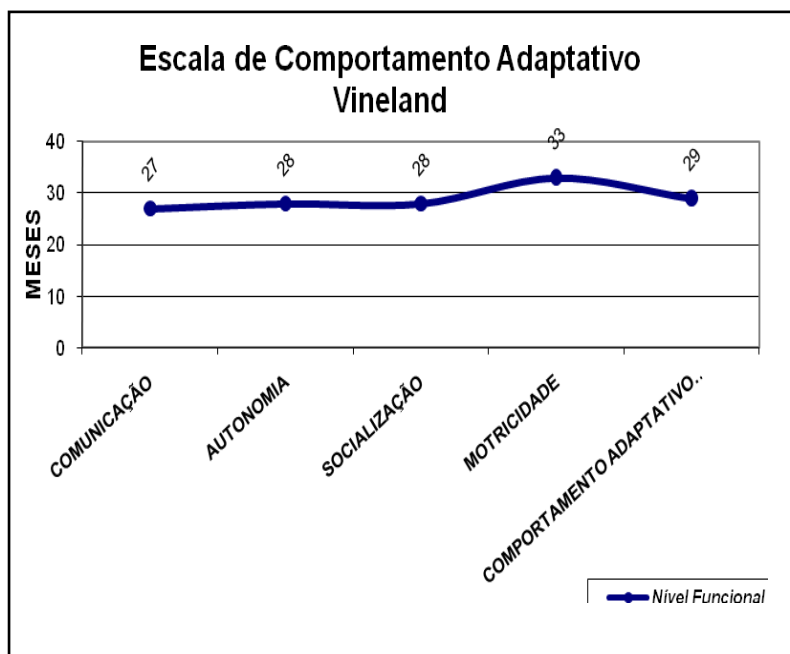


Gráfico 2: Escala de Comportamento Adaptativo Vineland

De acordo com o mesmo relatório médico a análise dos resultados obtidos nas diferentes áreas avaliadas permite observar que o nível de comportamento adaptativo composto está abaixo da média (-2 DP) para a sua faixa etária (idade funcional de 2 anos e 5 meses).

Aos 4 anos e 11 meses o F. foi novamente avaliado (anexo 5), desta vez de acordo com a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths e com a Escala de Comportamento Adaptativo Vineland.

Áreas Avaliadas	Resultados Quociente de Desenvolvimento	Resultados Idade Cronológica (em meses)
Motora	113	60
Pessoal-Social	106	56
Audição e Fala	128	68
Óculo-Manual	87	46
Realização	98	52
Raciocínio Prático	102	54
Global	106	56

Quadro nº3 – Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths – relatório multidisciplinar nº2 (anexo 5)

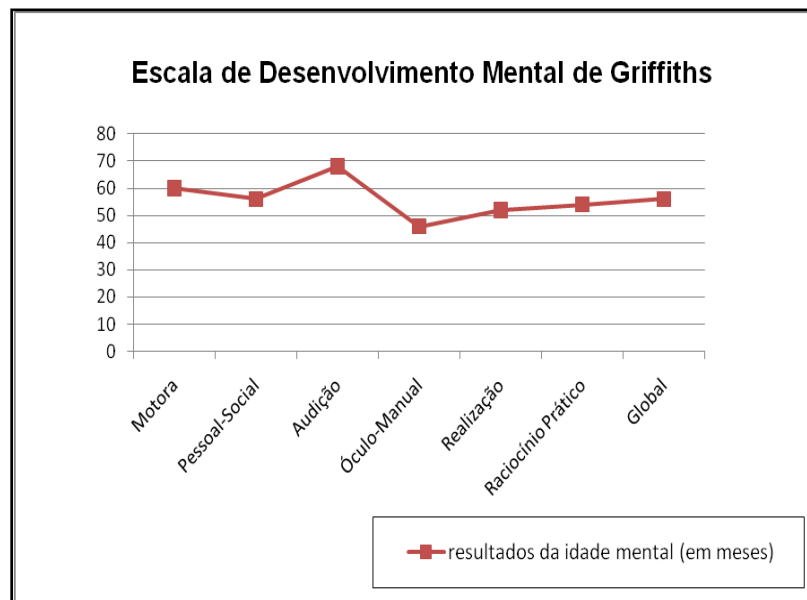


Gráfico 3: Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (2ª Avaliação)

Segundo este último relatório (anexo 5), a avaliação das competências de linguagem descritas nesta escala referem-se à quantidade de vocabulário expressivo manifestado em contexto de observação/avaliação e não à sua qualidade. Por este motivo, os resultados obtidos pelo F. na sub-escala de audição e fala não são

influenciados por dificuldades articulatórias, apesar de este apresentar um discurso imaturo e, por vezes, imperceptível.

Áreas Avaliadas	Desvio-Padrão	Nível Funcional em meses
Comunicação	-1	45
Autonomia	Média	49
Socialização	-1	42
Motricidade	-1	51
Comportamento Adaptativo Composto	-1	47

Quadro nº4 – Escala de Comportamento Adaptativo Vineland – relatório multidisciplinar nº2 (anexo 5)

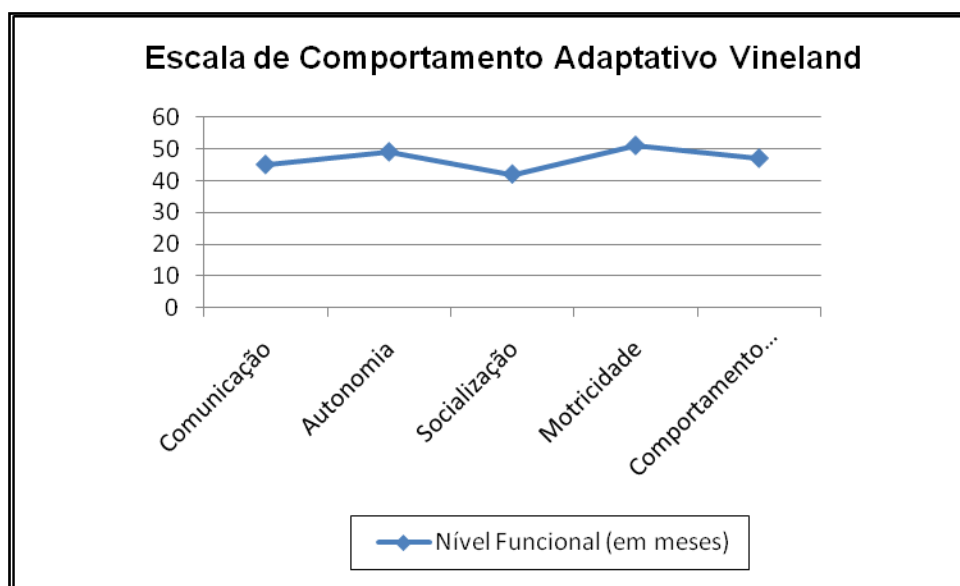


Gráfico 4: Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (2ª Avaliação)

Nesta análise feita pela equipa multidisciplinar (relatório nº 2- anexo 5) os resultados obtidos nas diferentes áreas avaliadas permite observar que o nível de comportamento adaptativo composto está ligeiramente abaixo da média (-1 DP) para o seu nível etário (idade funcional de 3 anos e 11 meses)

Para além destes dados, apresentamos a análise das entrevistas realizadas á terapeuta e à mãe da criança. Estas irão apoiar todos os resultados apresentados anteriormente e serão analisadas seguindo as orientações do Mestre Carlos Afonso, onde estão divididas em categorias e subcategorias. De modo a facilitar a análise, foram

elaborados quadros comparativos (anexo 6), com o objectivo de encontrar pontos de concordância.

Na generalidade das respostas apresentadas, as duas entrevistadas têm um ponto de concordância bastante elevado.

Respeitantes à primeira questão relacionada com o conhecimento da problemática de Perturbação do Espectro de Autismo, as duas tinham conhecimento desta.

Seguidamente foi questionado quais os comportamentos desadequados que a criança manifestava, tendo a mãe mencionado, que aos 3 anos o F não falava, apenas emitia sons e ainda apresentava comportamentos estereotipados: *“gostava de passar tangentes com os olhos às paredes, gostava de ver a máquina de lavar roupa a centrifugar, brincava com as rodas dos carrinhos fazendo-as rodar.”* A terapeuta refere que anteriormente o F, *“(…) não apresentava oralidade, não estabelecia qualquer tipo de interacção comunicativa (…). Não estabelecia contacto visual, o comportamento era pautado por birras excessivas associadas a uma grande agitação motora, apresentava algumas estereotipias, como estalidos linguais. Alguma fixação na rotação de determinados objectos (máquina de lavar roupa). O F. não reagia ao nome (…).*

Aquando da questão sobre quais as dificuldades sentidas na adaptação da criança, a mãe afirma que *“foi muito difícil a adaptação da criança pois esta foi integrada numa turma de meninos bem mais velhos (5 anos)”*; quanto à terapeuta: foi importante a estabilização do comportamento de forma a *“promover um modo de comunicação, associando sempre o gesto á oralidade.”*

A questão *“ Sentiu algum obstáculo por parte do meio/instituição/educadora, após ter sido diagnosticado PEA à criança?”* foi o principal ponto de discordância entre ambas. A mãe conta que foi bastante complicado no início, pois *“(…) nem todos os profissionais estão preparados para receber um menino que tem alguns desvios comportamentais (…).* O principal obstáculo foi a educadora que o recebeu inicialmente, uma vez que: *“revelou-se bastante ansiosa e com dificuldades em lidar com a situação” (…)* a educadora *(…) não o deixava ir à cantina, tinha de vir a casa almoçar (…)* A educadora *nunca quis que ele participasse em nenhuma actividade organizada para todos e não lhe deu sequer a opção de poder ir para a praia no período previsto para o efeito, uma vez que assumiu sempre que não se*

responsabilizaria por ele.” Porém tudo mudou no ano lectivo seguinte quando o F ingressou numa turma adequada à sua idade. A mãe faz referência à mudança de atitude da nova educadora: *“A nova educadora (e que ainda se mantém), adoptou uma postura totalmente diferente da anterior. O F. passou a ser integrado em todas as actividades programadas para a classe, inclusive festas, saídas do colégio para visitas de estudo ou para a praia”*. Esta postura proporcionou à mãe tranquilidade e segurança: *“Tenho-me sentido muito apoiada por ela e segura do trabalho que desenvolve com o F”*. Já a terapeuta cita que nunca encontrou obstáculos, muito pelo contrário, a primeira educadora que recebeu o F, apercebeu-se desde cedo de alguns comportamentos desajustados e solicitou desde logo ajuda: *“a mãe numa determinada fase sentiu que a escola poderia estar a colocar alguns entraves à permanência em determinados contextos, nomeadamente no refeitório e no dormitório, porque não sabiam até que ponto esta situação tinha viabilidade.”* Mas diz que: *“é importante referir que tem de haver um equilíbrio entre a integração de uma criança com PEA, e o impacto que esta integração tem no grupo”*, pois, como já foi mencionado, o F foi inicialmente integrado numa turma de criança de 5 anos, o que dificultou em muito a sua evolução.

Em relação à socialização do F, ambas referem a boa relação com os adultos. A mãe menciona ainda que: *“o F. é uma criança muito simpática e com um sorriso conquistador. (...) Responde facilmente durante uma primeira abordagem”*. Quanto à relação com os pares, a terapeuta não conseguiu responder, pois só lhe é possível *“(…) avaliar a interacção de um para um”*. Já a mãe refere que, *“fala e interage muito bem com os amigos”*.

De momento as dificuldades do F e as suas áreas fracas são relatadas pelas duas entrevistadas como sendo: *“(…) a comunicação oral, nomeadamente em contar por exemplo, episódios/situações do seu dia-a-dia”*; *“na linguagem verificamos que ainda revela muita dificuldade nas sequências espaço-temporais, no seu relato, ou seja revela dificuldade na descrição de acontecimentos de forma encadeada e lógica, (...) A compreensão verbal oral, ainda encontra-se comprometida, nem sempre conseguindo responder ao que lhe é questionado”* e ainda, segundo a terapeuta a atenção/concentração.

Em relação ao tipo de actividade realizadas com a criança, a terapeuta refere que realiza actividades lúdicas apelativas, mas com *“o nível de exigência que é esperado*

para a sua faixa etária”, enquanto a mãe realiza todas as actividades que são propostas pela terapeuta e pela educadora: “(...) tenho a preocupação de fazer um acompanhamento próximo do percurso escolar do F.. Falo com a Terapeuta da Fala e com a Educadora com alguma periodicidade de modo a partilhar a evolução do F.. Procuro saber quais as áreas/actividades em que o F. revela mais dificuldades e ainda a forma como posso trabalhá-las em casa de modo a contribuir e estimular o desenvolvimento do meu filho.”

Ao longo da entrevista fez-se notar que existe um excepcional trabalho de equipa entre as três entidades responsáveis pela evolução da criança (família, educadora, terapeuta); como referem as respostas da mãe da criança às perguntas 12 e 13: *“Há uma relação próxima entre a família, a Educadora e a Terapeuta da Fala e sinto uma grande necessidade de lhe dar continuidade uma vez que os resultados são bem evidentes.”* A terapeuta menciona: *“é fundamental existir ligação/cooperação entre os elementos que estão presentes nos diferentes contextos frequentados pela criança (contexto escolar/familiar/terapêutico...). Eu costumo dizer que para podermos potencializar a intervenção é fundamental a passagem de competências a todos os elementos que rodeiam a criança, ou seja habilitar os outros de modo a que possamos favorecer um desenvolvimento o mais harmonioso possível.”*

Actualmente, o F brinca, interage e fala com os outros como qualquer outra criança, utilizando como meio preferencial de comunicação a oralidade. Em relação ao comportamento, a terapeuta refere que ainda *“faz algumas birras, e não tem bem interiorizado algumas condutas e convenções sociais, nomeadamente forma mais “agressiva”, como responde quando confrontado com alguma confabulação.”*

Esta entrevista é finalizada com a pergunta, *“neste momento com avalia a evolução da criança?”*. As entrevistadas são unânimes em dizer que a criança teve uma evolução excepcional e a terapeuta finaliza dizendo: *“Excelente evolução. Ótimo prognóstico.”*

Podemos concluir então que toda esta evolução se deve ao óptimo trabalho de equipa e à rápida intervenção precoce.

4. DEFINIÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL

Segundo o Decreto-lei 3/2008:

“1 — O programa educativo individual é o documento que fixa e fundamenta as respostas educativas e respectivas formas de avaliação.

2 — O programa educativo individual documenta as necessidades educativas especiais da criança ou jovem, baseadas na observação e avaliação de sala de aula e nas informações complementares disponibilizadas pelos participantes no processo.

3 — O programa educativo individual integra o processo individual do aluno.”

O Plano Educativo Individual (PEI) consiste num documento elaborado, em colaboração com os Professores do Conselho de Turma, Serviço de Psicologia, orientação e professor de Apoio Educativo, onde se identifica e caracteriza o aluno, se precisa a orientação geral do Processo Educativo, se registam as medidas do Regime Educativo que foram adoptadas e a forma e momentos de avaliação.

O Programa Educativo Individual procura aproximar o conteúdo educativo às capacidades de aprendizagem, e às necessidades dos alunos. A elaboração do PEI envolve três momentos: no primeiro momento, procede-se à avaliação das necessidades educativas do aluno; no segundo, decorre selecção e organização dos conteúdos e por fim realiza-se a reavaliação e uma nova selecção de conteúdos.

Este programa terá tanto êxito quanto maior for a comunicação com a família. Pais e professores devem reunir esforços para que o ensino de tarefas e a adaptação social tenham sucesso. Trata-se de um trabalho de parceria, onde as dúvidas são discutidas em conjunto para, assim, existir uniformização de regras e condutas solicitadas à criança com autismo.

PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL

(DECRETO-LEI Nº3/2008 DE 7 DE JANEIRO, COM AS ALTERAÇÕES PARLAMENTARES DADAS PELA LEI N.º 21/08, DE 12 DE MAIO)

AGRUPAMENTO/ESCOLA <i>Aprovação</i>	AGRUPAMENTO/ESCOLA <i>Homologação</i>
_____, ____/____/____ (ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CONSELHO PEDAGÓGICO)	_____, ____/____/____ (ASSINATURA DO CONSELHO EXECUTIVO)

1) Identificação (art. 9º)		
Nome:	Data de nascimento: 04/04/2004	Ano Escolaridade: Pré-Escolar
Encarregado de educação:		Telef:
Morada:		
Nível de Educação ou Ensino: Pré-Escolar: ✗ 1ºCEB: 2ºCEB: 3ºCEB:		
Informação Familiar		
Nome do Pai:		
Profissão: Professor do 2º ciclo do Ensino Básico – Ed. Física		
Nome da Mãe:		
Profissão: Professora do 2º ciclo do Ensino Básico – Matemática e Ciências da Natureza		
Morada:		
Irmãos: Um		

2) Resumo da história escolar e outros antecedentes relevantes (art. 9º)
<p>O F é um menino de cinco anos, que entrou no jardim-de-infância com dois anos e meio, apresentando comportamentos desajustados para a idade, tais como, inexistência de fala; estereotípias (centrifugar da máquina de lavar) e ausência de contacto visual. Foi observado, pela primeira vez na consulta de Autismo em Julho 2007 com idade cronológica de 3 anos e 3 meses, por suspeita do espectro de autismo.</p> <p>De momento está a ser seguido nas consultas de terapia da fala uma vez por semana numa sala existente na instituição.</p> <p>Durante o seu crescimento teve um desenvolvimento normal na área motora, já na área cognitiva apresentou um atraso na linguagem onde a sua primeira palavra só foi verbalizada aos três anos. Actualmente a criança apresenta problemas de linguagem e consequentemente de comunicação e atenção/concentração.</p>

	3 - Adequação do currículo dos alunos surdos com ensino bilingue, através da introdução de áreas curriculares específicas para:	A língua gestual portuguesa (L1), do pré-escolar ao ensino secundário;		
		O português segunda língua (L2), do pré-escolar ao ensino secundário;		
		Uma língua estrangeira escrita (L3), do 3.º ciclo do ensino básico ao ensino secundário.		
	4 - Introdução de objectivos e conteúdos intermédios			
	5 - Dispensa das actividades por incapacidade do aluno			
c) Adequações no processo de matrícula (art.º19.º)	Frequência de estabelecimento escolar, independentemente da área de residência		×	
	Adiamento da matrícula no 1.º ano de escolaridade obrigatória			
	Matrícula por disciplinas (2.º e 3.º ciclos e no ensino secundário)			
	Matrícula nas escolas de referência, independentemente da área de residência	Alunos surdos		
		Alunos cegos ou com baixa visão		
Matrícula em escolas com unidades de ensino estruturado, independentemente da área de residência	Alunos com perturbações do espectro do autismo			
	Alunos com multideficiência e com surdo cegueira			
d) Adequações no processo de avaliação (art.º 20º)	Tipo de provas			
	Instrumentos de avaliação e certificação			
	Condições de avaliação com modificações, a nível de:	Formas e meios de comunicação		
		Periodicidade		
		Duração		
		Local da prova		
Critérios específicos de avaliação dos alunos com Currículo Específico Individual. Especifique: Avaliação quantitativa				
e) Currículo específico individual (art.º 21º)	Alterações significativas no currículo comum, a nível de:	Introdução de objectivos e conteúdos	×	
		Substituição de objectivos e conteúdos		
		Eliminação de objectivos e conteúdos		
	Introdução de conteúdos centrados em:	Autonomia pessoal e social		
Actividades de cariz funcional				

		Comunicação	✘	
		Transição para a vida pós-escolar		
f) <u>Tecnologias de apoio</u> (art.º 22º)	Especifique Computador pessoal			

6) Discriminação dos conteúdos, dos objectivos gerais e específicos a atingir e das estratégias e recursos humanos e materiais a utilizar (art. 9º)	
Conteúdos	<p><u>Expressão e Comunicação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motricidade global • Coordenação rítmica • Motricidade fina • Esquema corporal e lateralidade <p><u>Linguagem Oral e Abordagem Escrita</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressão oral • Abordagem à escrita <p><u>Matemática</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação espacial • Orientação temporal
Obj. Gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretar adequadamente os estímulos do espaço gráfico pré-escritas • Interpretar a realidade da passagem do tempo • Assimilar a linguagem e utiliza-la de forma compreensível • Identificar relações e ideias na linguagem e expressá-las, no uso da mesma • Expressar-se verbalmente de forma correcta
Obj. Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminar antes-agora-depois • Diz a morada • Diz o número do telefone • Aponta o grupo que tem “mais”, “menos” ou “poucos” • Conta anedotas simples • Relata experiências diárias • Descreve a localização ou movimento, usando “através de/ pelo...”. “desde...”, “até...”, “por cima de...” • Responde a perguntas com “porquê?” dando uma explicação • Põe por ordem conta uma história com 3 – 5 cartões • Define palavras • Responde a: “diz-me o oposto / contrário de...” • Responde a perguntas do tipo: “o que é que acontece se... (deixas cair um ovo?)” • Emprega “ontem” e “amanhã” correctamente • Pergunta o significado de palavras novas ou que não se usam muito frequentemente • Saber ontem-hoje-amanhã • Identificar as estações do ano • Identificar palavras e famílias de palavras • Encontrar relações de semelhança/diferenças entre duas palavras • Encontrar absurdos em expressões verbais • Discriminar nada-muito-pouco-tudo • Discriminar maior e menor
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar jogos de grupo ou individualmente com o aluno. As actividades podem ser dentro ou fora da sala. • Articular palavras e frases, o mais fluido possível.

	<ul style="list-style-type: none"> • Participar em todas as rotinas do grupo/sala. • Desenho livre, desenho dirigido, grafismos, jogos de mesa, jogos de encaixe, Puzzles, actividades de contagem, desenho em diferentes materiais (pintura, em areia), plasticina, massa de cores, utilização de materiais de várias texturas, recortes e colagens.
Recursos	O aluno beneficia de terapia da fala uma vez por semana.
Avaliação (alunos)	<p>Continua a ter como base o programa estabelecido para esta criança, sempre que necessário avaliam-se os objectivos traçados na elaboração deste programa. Haverá avaliações informais e formais (reuniões de enquadramento) do processo e dos resultados em conjunto com todos os intervenientes (pais, educadora, terapeuta.</p> <p>Sendo este PEI parte integrante do projecto Curricular de grupo será avaliado a quando das avaliações semestrais. A avaliação será contínua e informativa.</p> <p>A criança será avaliada de acordo com os critérios estabelecidos, tendo em conta o que foi definido nas medidas especiais de avaliação (ponto 5 deste Programa Educativo Individual).</p>

<p>7) Nível de participação do aluno nas actividades educativas da escola (art. 9º)</p> <p>O F. participa em todas as actividades, embora o seu nível de concentração nem sempre estar funcional. Verifica-se um aumento do interesse pelas actividades de desenho, registos, jogos de mesa. As suas actividades favoritas são os jogos de chão com carros/meios de transportes. Apresenta-se mais persistente/resistente quando não quer realizar/fazer algo. Está mais crescido.</p>

8) Distribuição horária das actividades/ Identificação dos responsáveis (art. 9º)		
<i>Actividades/disciplinas</i>	<i>Carga horária</i>	<i>Intervenientes/ assinaturas</i>
Educação Especial	-----	
Ensino regular	Rotina diária da sala	
Terapia da Fala	30 minutos	

<p>9) Avaliação da implementação do PEI (art. 9º)</p> <p>No final de cada semestre irá se realizar uma reunião de avaliação. A família deverá continuar a contribuir de forma activa, assim como acompanhar o aluno em todo o seu processo educativo/aprendizagem, de forma a não comprometer a aquisição dos objectivos propostos.</p>
--

10) Declaração do Encarregado de Educação em como foi convocado e participou na elaboração do Programa Educativo Individual (art. 9º)		
<i>Data</i>	<i>Nome</i>	<i>Assinatura</i>

11) Assinatura dos técnicos que intervieram na elaboração do Programa Educativo Individual (art. 11º)		
<i>Especialidade</i>	<i>Nome</i>	<i>Assinatura</i>

Prof Ensino Regular	-----	
Docente Ed. Especial	-----	
Terapeuta da fala	-----	

12) Anexos complementares		
Plano de Reforço e Desenvolvimento de Competências Específicas (<i>alínea d</i>) artº 17º)		
Adequações Curriculares Individuais (<i>artº 18º</i>)		
Currículo Específico Individual (<i>artº 21º</i>)		
Plano Individual de Transição (<i>artº 14º</i>)		

13) Data de conclusão e entrega ao órgão de gestão
<p>:</p> <p>_____, ____ de _____ de 200 ____</p>

14) Autorização do Encarregado de Educação
<p><i>Declaro que concordo com a aplicação de medidas educativas referentes ao meu educando, constantes do presente documento.</i></p> <p>_____, ____ de _____ de 200 ____</p> <p>Assinatura: _____</p>

5. PLANO DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA

Ao longo deste trabalho, fizemos referência à importância de uma intervenção de qualidade no desenvolvimento de uma criança com perturbação do espectro de autismo.

Após as informações recolhidas nesta investigação, iremos construir um possível plano de intervenção pedagógica para O F, uma vez que já sabemos que as suas áreas fracas são a comunicação e a atenção/concentração. Este plano incidirá nestas duas áreas e está dividido em objectivos específicos

Primeiramente é necessário estimular a criança para que esta realize as actividades até ao fim, estas devem ser lúdicas e poderão ser realizadas individualmente ou em grupo, já que o F está integrado numa turma regular e não possui qualquer tipo de problemas na socialização, podendo aproveitar este facto, para consciencializar os colegas para o auxiliar nas actividades de forma a que este as realize com prazer e ao mesmo tempo proporcionar momentos de diálogo com o F de forma a promover a comunicação.

Também é necessário trabalhar a atenção e concentração do F., para tal foram traçadas algumas actividades/estratégias, que devem ser realizadas num ambiente mais calmo e com um grupo de crianças com boa capacidade de concentração.

	OBJECTIVOS	ESTRATÉGIA
COMUNICAÇÃO	<p>1. Aumentar as competências de comunicação</p> <p>2. Desenvolver a linguagem expressiva</p> <p>3. Desenvolver a linguagem compreensiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relata acontecimentos do dia-a-dia - Relata com sequência acontecimentos - Relata experiência com detalhe, quando se lhe pergunta - Descreve experiências e descobertas - Sabe transmitir mensagens e recados - Escreve o seu nome - Utiliza frases com “mas” e “ou” - Utiliza preposições como “atrás”, “entre” “à volta” ; “em cima”, “em baixo” - Reconhece palavras e letras - Diz se 2 palavras rimam ou não. - Diz frases complexas (por ex. “ela quer que eu entre porque...”) - Diz os opostos de palavras - Diz os plurais de palavras - Aponta para “alguns”, “muitos”, “vários”; - Conta histórias - Reconta histórias - Reconhece imagens - Agrupa objectos (por cores, pela forma) - Compreende ordens simples - Nomeia objectos pela sua função - Ordena sequências de imagens (rotinas diárias) - Descreve imagens - Responde a questões simples - Conversa com os pares - Conversa com os adultos

ATENÇÃO/CONCENTRAÇÃO	<p>1. Desenvolver a capacidade de concentração</p> <p>2. Desenvolver a capacidade de atenção</p> <p>3. Desenvolver a memorização</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ouve uma história, pelo menos 5 minutos - Repete uma sequência de cores; números, objectos - Imita pessoas ou objectos - Imita mudanças de velocidade e volume de um padrão - Descobre diferenças entre imagens semelhantes - Constrói puzzles de três a cinco peças - Conta a história a partir das imagens - Constrói a sequência de imagens da história
-----------------------------	--	---

Quadro nº 5 – Plano de Intervenção Pedagógica (áreas fracas – Comunicação e atenção/concentração)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se, com o estudo realizado, que o autismo é um distúrbio do desenvolvimento que vem sendo estudado pela ciência há seis décadas. Desses estudos, merecem destaque o de - Kanner, de 1943, e Asperger, de 1944. Entretanto, sobre este distúrbio ainda permanecem, no próprio âmbito da ciência, divergências e questões a serem respondidas.

Experiências realizadas com crianças com espectro de autismo demonstram que várias delas, embora tenham linguagem, não demonstram interesse em comunicar. Daí a importância de o educador intervir de forma a mostrar o porquê de comunicar e como comunicar, criando diversas situações no ambiente escolar para encorajar sua resposta.

As considerações feitas sobre a aquisição da linguagem da criança com perturbação do espectro de autismo mostram, também, um aspecto importante desse processo que está ligado ao papel do adulto e, principalmente, do educador: possibilitar, desde o nascimento da criança, interações interpessoais desafiadoras que lhe proporcionem o desenvolvimento de suas capacidades, principalmente da linguagem, que lhe permitirá a comunicação e, conseqüentemente, melhor integração social.

Nesta perspectiva, a colaboração entre os profissionais e a família é fundamental para a consecução do objectivo principal – que é o bem-estar da criança enquanto criança e mais tarde do cidadão socialmente integrado.

Defendendo um ensino inclusivo, a escola tem que se preparar quer ao nível da comunidade educativa, quer ao nível das estruturas para receber estas crianças, dar-lhes e proporcionar-lhes a aquisição de novas competências.

Para a realização deste projecto, foi necessário recolher dados relacionados com esta problemática. Realizar entrevistas, elaborar um gráficos de comportamento, fichas de caracterização do meio, da instituição (Jardim de Infância), do aluno e utilizar uma bibliografia diversificada. No cruzamento destes dados pudemos concluir que esta patologia afecta sobretudo a área da comunicação e da linguagem, logo o acto de socialização encontra-se comprometido.

Para que haja uma intervenção adequada, é importantíssimo apostar na formação e sensibilização de toda comunidade educativa e apetrechar as escolas ao nível de recursos materiais, espaciais e humanos. O ideal seria realizar um trabalho semelhante ao de F. onde família, educadora e terapeuta trabalharam em equipa quer ao nível da programação, da aplicação e da avaliação. Só assim se conseguiria um ensino de sucesso para todos.

No entanto, nem todos os profissionais estão preparados para, zelar por estes meninos e trilhar o caminho da formação para que consigam dar respostas adequadas às “crianças diferentes” que aparecem na escola.

A inclusão destas crianças só será alcançada quando a sociedade e os próprios professores mudarem de atitude em relação às pessoas com NEE.

BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, Celso, *O que mais me perguntam sobre... a criança e a educação infantil*, Florianópolis, CEITEC, 2005
- ASSUNÇÃO, F., & PIMENTEL, A., *Autismo Infantil*, Revista Brasileira de Psiquiatria, 2000
- BOSA, Cleonice; BAPTISTA, Claudio Roberto. *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção*, Porto Alegre, Artmed, 2002.
- CHAPMAN, Robin, *Processos e Distúrbios na Aquisição da Linguagem*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1996
- DSM-IV – MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2000.
- DUNLAP, Pierce & Kay, *Autism and Autism Spectrum Disorder (ASD)*, 1999, consultado em 8/12/2008, em www.eric.ed.gov
- ELLIOT, Alison, *A Linguagem da Criança*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981
- FARREL, Michael, *Estratégia Educacionais em Necessidades Especiais – Dificuldades de comunicação e autismo*, Porto Alegre, Artmed, 2008
- GHAZAL, M. (1993) *Come a sopa e... cala-te!* – Uma abordagem dos conflitos Pais – Filhos. Temas Pedagógicos. Lisboa: Editorial Estampa
- GARCIA, Teresa; RODRIGUEZ, Carmen, *Necessidades Educativas Especiais – A criança Autista*, Lisboa, Dinalivro, 1997
- GAUDERER, Christian, *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento*, Rio de Janeiro, Revinter, 1997
- JORDAN, Rita, *Educação de crianças e jovens com autismo*, Lisboa, Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional, 2000
- LAMÔNICA, Dionísia, *Utilização de variações da técnica do ensino incidental para promover o desenvolvimento da comunicação oral de uma criança diagnosticada autista*, São Carlos. 1991. 149f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial (Educação do Indivíduo Especial) – Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, São Carlos, 1991.
- LÉVY, P. (1994) *L'Intelligence Collective: Pour une anthropologie du cyberspace*. Paris: La Découverte

Legislação Interna - Decreto – Lei 3/2008 de 7 de Janeiro

MARQUES, Carla Elsa, *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*, Coimbra, Quarteto Editora, 2000

PEREIRA, Manuela Cunha, *Autismo – Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*, Vila Nova de Gaia, Gailivro, 2005

PENNINGTON, Bruce, *Diagnóstico de Distúrbios de Aprendizagem*, São Paulo, Pioneira Psicologia, 1997

SIM-SIM, Inês, “Perspectivando a aquisição da linguagem nas crianças intelectual mente deficientes”, *Maturidade Linguística e Aprendizagem da leitura*, Volume 1, 1989, Página 21

SPENGLER, Cláudia Dimon , FISCHE, Julianne , “Distúrbios da linguagem da criança autista”, *Revista de divulgação técnico-científica do ICPG*, Volume 3, Número 12, Janeiro - Junho 2008, Página 33

RIZZO, G. (1988) *Educação Pré-Escolar*. Rio de Janeiro – Brasil: Francisco Alves Editora

SITES DA INTERNET:

<http://www.scribd.com/doc/11169212/modelo-bioecologico-do-desenvolvimento-de-urie-bronfenbrenner>

<http://ericschopler.blogspot.com/2005/11/publications.html>

ANEXOS

ANEXO 1

CARACTERIZAÇÃO DO MEIO

1. Localização:

1.1. Distrito: BRAGA

1.2. Concelho: BRAGA

1.3. Freguesia: S. VICTOR

1.4. Localidade: BRAGA

1.5. Meio:

Urbano	<input checked="" type="checkbox"/>
Central	<input checked="" type="checkbox"/>
Periférica	<input type="checkbox"/>
Semi-urbano	<input type="checkbox"/>
Piscatório	<input type="checkbox"/>
Rural	<input type="checkbox"/>

2. Limites Geográficos:

2.1. Concelhos Limítrofes: Amares, Barcelos, Braga, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Esposende, Fafe, Guimarães, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão, Vila Verde e Vizela

2.2. Freguesias Limítrofes: S. Victor; S. Lazaro; Gualtar; Lamações; Nogueiró; S. Tecla

3. Características Populacionais:

3.1. Número total de agregados familiares: 164192 habitantes

3.2. Número de habitantes com habitação:

Própria	<input type="text"/>
Arrendada	<input type="text"/>
Morada Unifamiliar	<input type="text"/>
Morada Plurifamiliar	<input type="text"/>
Conjunto Habitacional Camarário	<input type="text"/>
Apartamento	<input type="text"/>
Ilhas	<input type="text"/>
Barracas	<input type="text"/>

3.3. Habilitações Académicas

Ensino Superior	<input type="text"/>
Secundário	<input type="text"/>
3º Ciclo	<input type="text"/>
2º Ciclo	<input type="text"/>
1º Ciclo	<input type="text"/>
Analfabetismo	<input type="text"/>

4. Actividades Económicas Predominantes:

4.1. Serviços

4.2. Comércio

4.3. Indústria

4.3.1. Ramos:

5. Instituições de Apoio à População:

5.1. Terceira Idade

Quais? Sem Abrigo, Política Social de Habitação, Violência Doméstica, Cidadãos Idosos, Cidadãos com Deficiência, Protecção ao Emprego e Toxicodependências.

5.2. Juventude

Quais? Protecção de Crianças e Jovens

5.3. Infância

Quais? Protecção de Crianças e Jovens

6. Equipamentos de Apoio à População

6.1. Terceira Idade

Quais? Não foi possível obter informação

6.2. Juventude

Quais? Não foi possível obter informação

6.3. Infância

Quais? Não foi possível obter informação

7. Actividades Culturais:

7.1. Grupos Recreativos: Três grupos de teatro (Timbra; Teatro Infantil os Braguinhas e Teatro

7.2. Associações Desportivas: Desportivo da Rodovia com actividades desportivas múltiplas. Sporting Club dos Leões das Enguardas; Grupo Desportivo 7 Fontes; Àguias Futebol Club; Grupo Desportivos dos Peões; Grupo Desportivo Santa Tecla; Manabola Lusitano de Braga, todos estes desempenham o futebol; Hoquei Clube de Braga com actividade desportiva de hoquei; Braga Bola ao Gesto com actividade desportiva de basquetebol e Clube de Ténis de Braga com a actividade desportiva de Ténis.

7.3. Associações de Deficientes: APPACDM

7.4. Bibliotecas / Ludotecas / Mediatecas / Recursos Educativos Biblioteca municipal de braga; Ludoteca; Quinta Pedagógica

8. Principais Carências:

8.1. Infraestruturas

Rede Viária	<input checked="" type="checkbox"/>
Transportes	<input checked="" type="checkbox"/>
Acesso aos Serviços Públicos	<input checked="" type="checkbox"/>

8.2. Económicas:

Número de famílias beneficiárias de RSI	<input type="checkbox"/>
Número de inscritos no Centro de Emprego	<input type="checkbox"/>

9. Problemas Sociais:

Desemprego	<input checked="" type="checkbox"/>
Toxicodependência	<input checked="" type="checkbox"/>
Alcoolismo	<input checked="" type="checkbox"/>
Sem-abrigo	<input checked="" type="checkbox"/>

ANEXO 2

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

1. Designação do estabelecimento de ensino: CONFIDENCIAL

2. Localização

Freguesia S. VICTOR

Concelho BRAGA

Distrito BRAGA

2.1 Meio envolvente

Rural

Urbano central

Urbano periférico

Semi-urbano

Piscatório

3. Situação administrativa:

Escola Pública

Escola Agrupada

Designação do Agrupamento _____

Escola Não Agrupada

Escola Prioritária (TEIP)

Escola Privada

Dependência

Estatal

Outras: _____

Especifique: _____

4. Início de funcionamento:

4.1. Ano: 13 de Dezembro de 1950

5. Tipologia:

Edifício único: Sim

Não

N.º de Edifícios: 3 Edifícios

Especifique-os: Um edifício para o pré-escolar, um edifício para o 1º ciclo e um edifício para o 2º e 3º ciclos

N.º de pisos por edifício Dois pisos

6. Sistema de entrada/saída do estabelecimento de ensino:

Cartão:

Outro:

Especifique: Campainha e porteiro

7. Sistema de videovigilância:

Sim

Não:

Especifique a localização: _____

8. Edifícios - espaço interior:

Acesso aos edifícios

Escadas Sim Não

Rampas Sim Não

Acesso a pisos superiores dos edifícios:

Escadas Sim Não

Elevadores Sim Não

Outros : _____ Especifique _____

Salas:

Sala de Professores: Sim N.º 2 Não

Recursos materiais: Adequados
Inadequados Especifique: _____

Salas de Departamento: Sim N.º 3 Não

Recursos materiais: Adequados
Inadequados Especifique: _____

Sala para atendimento de Encarregados de Educação: Sim N.º 1 Não

Recursos materiais: Adequados
Inadequados Especifique: _____

Sala para atendimento de alunos: Sim N.º _____ Não

Recursos materiais: Adequados
Inadequados Especifique: _____

Sala para pessoal não docente: Sim N.º _____ Não

Recursos materiais: Adequados
Inadequados Especifique: _____

Salas de aula: N.º 40

Recursos materiais: Adequados
Inadequados Especifique: _____

Outras salas de aula/ laboratórios : (e.g. multimédia, laboratório de línguas,

mecânica): Sim Não

Secretaria Sim Não

Reprografia Sim Não

Papelaria Sim Não

Biblioteca Sim Não

Videoteca Sim Não

Museu Sim Não

Polivalente: com palco: Sim Não

com tabelas: Sim Não

Casa de banho para pessoal docente: Sim N.º 5 Não

Casa de banho para pessoal não docente: Sim N.º 3 Não

Casa de banho para alunos: Sim N.º 15 Não

Casa de banho adaptada a alunos com NEE (e.g. deficientes motores): Sim Não

Cantina / Refeitório: Sim Não

Material adequado:

Material inadequado Especifique: _____

Bar: Sim Não

Horário: Das 10.00 às 11.00 e Das 15.30 às 17.00

Modo de pagamento: Moeda

Material: Adequado

Inadequado Especifique: _____

Bens alimentícios: Adequados

Inadequados Especifique: _____
 Enfermaria: Sim Não
 Pavilhão gimno-desportivo: Sim Não
 Adequado
 Inadequado Especifique: _____

9. Espaço exterior:

Acesso ao estabelecimento de ensino: Adequado
 Inadequada
 Especifique: _____
 Campo para desportos: Sim Não
 Adequado
 Inadequado Especifique: _____
 Parque de estacionamento: Sim Não
 Suficiente Insuficiente
 Cobertura para todos os edifícios : Sim Não
 Jardim: Sim Não
 Horta: Sim Não
 Canteiros: Sim Não
 Sombras: Suficientes Insuficientes
 Bancos: Sim Suficientes Não
 Bebedouros: Sim Suficientes Não
 Caixotes de lixo : Sim Suficientes Não

10. Pessoal Docente

N.º 64

Idade:

Professores entre 20 – 30 anos N.º 12
 Professores entre 31 – 40 anos N.º 22
 Professores entre 41 – 50 anos N.º 20
 Professores entre 51 – 60 anos N.º 9
 Professores entre 61 – 70 anos N.º 1

Docentes de Quadro Escola	n.º _____
Docentes de Quadro de Zona Pedagógica	n.º _____
Docentes Contratados	n.º _____
Professores Titulares	n.º _____
Professores	n.º _____
Bacharéis	n.º _____
Licenciados	n.º _____
Pós-graduados / especializados	n.º _____
Mestres	n.º _____
Doutorados	n.º _____

Por Departamento
 n.º _____
 Por Disciplina
 n.º _____

11. Pessoal não docente

Psicólogo Sim N.º 1 Não

Intérprete de Língua Gestual Sim N.º _____ Não

Técnica Superior de Serviço Social Sim N.º _____ Não

Terapeuta da Fala Sim N.º 1 Não

Auxiliares de Acção Educativa Sim N.º 18 Não

Pessoal Administrativo Sim N.º 3 Não

Outros : Sim Especifique: _____

Não

12.Parcerias: Sim Especifique: _____

Não

13.Protocolos: Sim Especifique: Universidade do Minho

Não

14.Alunos:

N.º total de alunos 620

N.º de turmas: Pré-escolar: SEIS 1º ano: DUAS 2º ano: DUAS

3º ano: DUAS 4º ano: DUAS 5º ano DUAS 6º ano DUAS

7º ano DUAS 8º ano DUAS 9º ano DUAS outras: _____

N.º máximo de alunos por turma: 25

Alunos com NEE: 8

N.º de alunos com idade superior a 15 anos: 0

N.º de alunos pertencentes à área de residência do Estabelecimento de Ensino: 450

N.º alunos não pertencentes à área de residência do Estabelecimento de Ensino: 170

ANEXO 3

CARACTERIZAÇÃO DO ALUNO

01.IDADE: 5 anos

02 DATA DE NASCIMENTO: 04/04/2004

03 GÉNERO: Feminino Masculino

04 RESIDÊNCIA: Distrito: Braga
Concelho: Braga
Freguesia: Sé

05 NACIONALIDADE: Portuguesa

06 NATURALIDADE: Braga - S. Vitor

07 HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DO PAI E DA MÃE DA CRIANÇA.

Pai	Mãe	
- Não sabe escrever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sabe escrever mas não completou a 4ª classe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Básico 1.º Ciclo (4.º classe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Básico 2.º Ciclo (6.º ano).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Básico 3.º Ciclo (9.º ano).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Secundário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Curso Médio / Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Licenciatura ou superior	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Outro:	Qual? _____	

08 MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR:

- Pai Estado civil: Solteiro

- Mãe Estado civil: Solteira
- Irmãos Quantos? 1 Idades: 3 anos
- Avô
- Avó
- Outros Quem? _____

09 PROFISSÃO DOS PAIS:

Pai: Professor do 2º ciclo do Ensino Básico – Ed. Física

Mãe: Professora do 2º ciclo do Ensino Básico – Matemática e Ciências da Natureza

10 DADOS DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

10.1 – Grau de Parentesco: Mãe

10.2 - Residência: Distrito: Braga
Concelho: Braga
Freguesia: Sé

10.3 – Habilitações Literárias: Licenciatura

10.4 – Profissão: Professora do 2º ciclo do Ensino Básico – Matemática e Ciências da Natureza

11 HABITAÇÃO:

Própria Arrendada Outra Qual? _____

12 TIPOLOGIA HABITACIONAL:

Vivenda/ Moradia
Apartamento De que tipo: T1 T2 T3 T4
Outro Qual? _____
Tem quarto próprio? Sim Não

Há uns meses passou a ser partilhado com a irmã, sendo esta uma situação temporária

13 INTEGRAÇÃO SÓCIO FAMILIAR

13.1 Situação Educacional:

Domicílio
Avó
Ama
Estab. de Ensino Designação: _____

13.2 Deslocação para o estabelecimento de ensino:

A pé Tempo _____
De carro Tempo 10 minutos
De transportes públicos Tempo _____
Outro Qual? _____

14 SITUAÇÃO EDUCACIONAL:

Domicílio Ama Estab. de Ensino

14.1 Quem costuma levar a criança à escola:

Pai Mãe Avós
Outros Quem? _____

14.2 Situação actual do aluno:

Estab. Ens. Publico
Estab. Ens. Particular e Cooperativo
IPSS
Outro Qual? _____

Há quanto tempo frequenta o Estabelecimento de Ensino? 2 anos e meio

Ano escolar: Pré-escolar

Número de retenções: 0

Número de transferências escolares: 0

Tem apoio: Sim Não

Há quanto tempo o recebe: 2 anos e meio

Que tipo de apoio tem: Terapia da Fala

Quantas vezes por semana?

Terapia da Fala	<input checked="" type="checkbox"/>	1 vez <input checked="" type="checkbox"/>	2 vezes <input type="checkbox"/>	3 vezes <input type="checkbox"/>
Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 vezes <input type="checkbox"/>	3 vezes <input type="checkbox"/>
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 vezes <input type="checkbox"/>	3 vezes <input type="checkbox"/>
Psicologia	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 vezes <input type="checkbox"/>	3 vezes <input type="checkbox"/>
Prof. do Ensino Especial	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 vezes <input type="checkbox"/>	3 vezes <input type="checkbox"/>

15. ANTECEDENTES FAMILIARES

Algum dos membros da família sofreu ou sofre de:

Atrofia muscular	<input type="checkbox"/>	Paralisia cerebral	<input type="checkbox"/>
Deficiência mental	<input type="checkbox"/>	Deficiência sensorial	<input type="checkbox"/>
Perturbação emocional	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>

Asma SÍfilis
Alcoolismo
Outras _____

Observações:

16 INFORMAÇÃO PRÉ, PERI E PÓS-NATAL:

Cuidados médicos na gravidez: Sim Não

Quando foi a primeira consulta: 3 meses antes de engravidar

Quantas fez mais: 12

Problemas durante a gravidez:

Hemorragias Ansiedade Quedas
Transfusões Depressão Raio X
Intoxicações Tensão Alta Rubéola
Hospitalização Duração da gravidez: 37 semanas e dois dias

Local do nascimento: Clínica de Santa Tecla - Braga

Tipo de parto: Ventosa

Duração: 4h desde a entrada na clínica até ao parto

Assistência: Médico Parteira Outra Qual? Pediatra

16.1 Alguns dados pós-natais:

Anóxia Cordão à volta do pescoço Icterícia Luxações
Incubadora Chorou
Peso 2,770Kg Comprimento 47cm Apgar 08-1º minuto / 10-5º minuto
Amamentação: Mama Biberão

Observações:

17 DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

17.1 Em que idade o aluno começou a:

Segurar a cabeça 4/5 meses Sentar-se 12 meses (sózinho)
Gatinhar (9/10) 9/10 meses Pôr-se de pé (9/12) +/- 10 meses
Andar sozinho (12/18) 16 meses Acenar Não me recordo
Dizer os 1ºs sons 8 meses (palrar) Dizer as 1ªs palavras 3 anos

Controlar os esfíncteres (18/24) 3 anos

Alimentar-se sozinho 2 anos

Vestir-se sozinho 4 anos

Observações: _____

17.2 Rotina familiar:

Horário das refeições: PA-7.45h, Alm-12.30h, Lan. 16h, Jant. 18.30h

Tipo de alimentação: Normal

Horário de dormir: 20.30h

Tipo de sono: Contínuo/Tranquilo

17.3 Autonomia:

Alimentação: Sim Higiene: Sim Vestuário: Sim

17.4 Ocupação dos tempos livres:

Natação 1x/semana, conhecer espaços novos, ir a espectáculos, passear e brincar

17.5 Brincadeiras preferidas:

Andar de bicicleta e trotineta, brincar com os bonecos da “playmobil”, jogar à bola e os brinquedos de casa (carrinhos)

18. TIPO DE PROBLEMAS QUE APRESENTA

Problemas graves de saúde Distúrbios emocionais

Atraso de desenv. global Problemas de linguagem

Deficiência motora Deficiência mental

Deficiência visual Deficiência auditiva

Problemas de comportamento

Meios auxiliares: Sim Não Quais: Terapia da fala

Hospitalizações: Sim Não Razões: _____

Observações: _____

19 SITUAÇÃO CLÍNICA

19.1 Acompanhamento:

Médico Psicológico Terapias

19.2 Toma medicamentos: Sim Não

Quais: _____

19.3 Terapias:

Nome dos médicos: CONFIDENCIAL

Local: _____

Periodicidade: _____

Nome dos terapeutas: CONFIDENCIAL

Local: Colégio

Periodicidade: 1x/semana

Observações:



ANEXO 4



Hospital Pediátrico de Coimbra
Centro de Desenvolvimento da Criança/Direcção Regional da Educação Centro
Consulta de Autismo

Relatório multidisciplinar nº1

Nome:

Nº Processo:

D.N.: 04.04.2004

Pai:

Mãe:

Residência:

Telefone:

Estabelecimento de Ensino: Jardim de Infância do C T

Diagnóstico principal: Perturbação do espectro do autismo em estudo

Motivo de consulta/Enviado por: Suspeita de perturbação do espectro do autismo / Dr. Luís Borges

História da doença actual:

O F foi observado/avaliado pela primeira vez na Consulta de Autismo em Julho de 2007 com idade cronológica de 3 anos e 3 meses, a pedido do Dr. Luís Borges (Neuropediatra), por suspeita de perturbação do espectro do autismo. Foi preenchido o protocolo desta consulta, no entanto, o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo ainda se encontra em estudo.

Ponto da situação actual (09.01.2008):

O F tem actualmente 3 anos e 9 meses. Veio à consulta acompanhado pelos pais.

Mantém frequência no Jardim de Infância do C T sem apoio. Tem Terapia da Fala duas vezes por semana.

Segundo os pais o F teve uma boa evolução, tanto ao nível da comunicação e linguagem, assim como no relacionamento com os pais. Ainda apresenta ecolália, embora já tenha linguagem funcional. Já utiliza frases com sentido e faz leitura global.

No que diz respeito ao seu desempenho, o F colabora na realização das tarefas e consegue permanecer mais tempo nas mesmas.

Avaliação de Diagnóstico

Instrumentos de diagnóstico	Data	Idade Cronológica	Resultados
ADI-R ¹	05/07/2007	3A 3M	PEA ²
DSM-IV ³	05/07/2007	3A 3M	Características de PEA

Avaliação Psicoeducacional

- Perfil Psicoeducacional de Eric Schopler Revisto (PEP-R) – (Data: 09.01.2008; I.C.⁴ = 3A 9M)

Áreas Avaliadas	Resultados	
	Nível Funcional (meses)	Nível Emergente (meses)
Imitação	38-42	49-58
Percepção	42-54	55-71
Motricidade Global	40-51	-----
Motricidade Fina	31-36	37-40
Coordenação Óculo-Manual	38-41	-----
Realização Cognitiva	31-32	39-40
Desempenho Verbal	36-37	39-40
Global	34-38	41-44

¹ Autism Diagnostic Interview Revised;

² Perturbação do Espectro do Autismo

³ Critérios de Diagnóstico da DSM-IV para Autismo

⁴ Idade Cronológica

A análise dos resultados obtidos nos diferentes domínios avaliados permite observar que as áreas mais desenvolvidas são as da percepção e motricidade global.

Observando os resultados obtidos nas diferentes áreas avaliadas, a Equipa de Avaliação elaborou uma sequência de actividades que seguem em anexo. Estas actividades só estarão apreendidas quando a criança as realizar com materiais e em ambientes diferentes.

Comportamentos emergentes:

Imitação

- Imitar movimentos (levantar um braço, tocar no nariz, tocar no nariz e levantar o outro braço);
- Repetir 2 e 3 dígitos.

Percepção

- Ter preferência ocular.

Motricidade Fina

- Fazer bolas de sabão.

Realização Cognitiva

- Identificar as formas (triângulo, quadrado e círculo);
- Fazer a figura de um boneco a partir de peças de partes do corpo;
- Agrupar cartas (por cores e pela forma);
- Reconhecer as imagens do livro de linguagem.

Realização Verbal

- Repetir 2 e 3 dígitos.
- Nomear as imagens do livro de linguagem.

- Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Forma Sintética) – (Data: 09.01.2007; I.C. = 3A 9M)

Áreas Avaliadas	Desvio-Padrão	Resultados Nível Funcional (ano e meses)	Percentis (população com autismo)
Comunicação	-1	2A 3M	40
Autonomia	-1	2A 4M	30
Socialização	-1	2A 4M	65
Motricidade	-1	2A 9M	40
Comportamento Adaptativo Composto	-2	2A 5M	60

Conclusão:

- Perturbação do espectro do autismo em estudo.
- Nível de comportamento adaptativo composto abaixo da média (-2DP) para a sua faixa etária (idade funcional de 2 anos e 5 meses; percentil 60 para a população de crianças com autismo).

Plano de intervenção (ano lectivo 2007/2008):

- Deve manter frequência no Jardim de Infância, inserido no seu grupo de referência.
- Continuar a beneficiar de Terapia da Fala.
- Deve ser ajudado a programar e a organizar todo o seu trabalho com um suporte visual sistemático, de forma a compreender que as tarefas têm princípio, meio e fim.
- Deve beneficiar de um ensino organizado, com regras claras e simples que devem ser recordadas com regularidade, fazendo questão que estas sejam cumpridas.
- Utilização diária de um caderno de registo das actividades que desenvolve no Jardim-de-Infância, na Terapia da Fala e em casa, de modo a que haja uma articulação no seu trabalho.
- Diariamente deverá ter um trabalho de casa simples, como por exemplo, um desenho, um recorte das

imagens que anda a explorar; um jogo, etc.

- Todas as actividades que exijam a apreensão de regras sociais deverão ser cuidadosamente trabalhadas de modo a mantê-lo motivado para trabalhos de equipa.
- De acordo com a avaliação psicoeducacional realizada com a Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Forma Sintética) deverão ser trabalhadas as seguintes competências:

Comunicação

- Ouvir uma história, pelo menos durante 5 minutos;
- Relatar experiências espontaneamente e em termos simples;
- Falar com frases completas;
- Dizer o primeiro e último nome, quando se lhe pergunta.

Autonomia

- Vestir roupas fáceis com elásticos, sem ajuda.
- Demonstrar compreender a função do dinheiro.
- Compreender a função do relógio clássico e digital e demonstrá-lo.
- Lavar e limpar a cara sem ajuda.
- Calçar os sapatos correctamente sem ajuda.

Socialização

- Mostrar preferência por alguns amigos de entre outros;
- Dizer "Por favor." quando pede alguma coisa;
- Verbalizar o seu estado de alegria, tristeza, medo e zanga;
- Dizer os programas de TV favoritos e em que canal e dia passam;
- Seguir regras em jogos simples, sem ser necessário lembrá-lo.

Motricidade

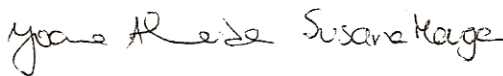
- Pedalar no triciclo, por mais de dois metros;
 - Abrir e fechar tesouras com uma mão;
 - Cortar com a tesoura;
 - Saltar num só pé sem perder o equilíbrio, pelo menos três vezes;
 - Desenhar, com lápis ou caneta, mais do que uma forma reconhecível.
- Existir articulação entre todos os elementos envolvidos no processo de ensino/aprendizagem do F ;
 - Desenvolver com o F as sugestões de actividades que seguem em anexo.
 - Próxima consulta em: 10.09.2008

A Pediatra



Guiomar Oliveira

As Psicólogas



Joana Almeida e Susana Mouga

A Professora



Teresa São Miguel

Data: Coimbra, dia 15 de Janeiro de 2008

RELATÓRIO MULTIDISCIPLINAR Nº 2

Nome: F

Nº Processo:

D.N.: 04.04.2004

Pai:

Mãe:

Residência:

Telefone:

Estabelecimento de Ensino:

Diagnóstico: Perturbação Específica da Linguagem

Motivo de Encaminhamento/Enviado por: Suspeita de PEA¹/Dr. Luís Borges (Neuropediatra)

História da Doença Actual

O F foi observado/avaliado pela primeira vez na Consulta de Autismo em Julho de 2007, com idade cronológica de 3 anos e 3 meses, a pedido do Dr. Luís Borges, por suspeita de perturbação do espectro do autismo.

A observação/avaliação realizada nesta primeira consulta sugeriu que o F apresentava algumas características típicas desta perturbação, sendo, no entanto, necessário observá-lo em consultas ulteriores para que, tendo em conta a sua evolução, se pudesse esclarecer o seu diagnóstico.

O F revelou, desde então, uma evolução notável, tanto no domínio da comunicação como no da interacção social, pelo que foi considerado que as dificuldades que apresenta não se enquadram no quadro clínico desta perturbação mas antes sugerem uma perturbação específica da linguagem.

Ponto da Situação Actual (1 de Abril de 2009)

O F veio à consulta acompanhado pelos pais. Tem 4 anos e 11 meses e frequenta o Jardim de Infância do . Frequenta Terapia da Fala. Não apresenta problemas de comportamento.

Em consulta apresentou um comportamento adequado e colaborante, aderindo espontaneamente ao desempenho das tarefas propostas.

Avaliação Psicoeducacional

- Escala de Comportamento Adaptativo Vineland – (Data: 01.04.2009; I.C. = 4 A 11 M)

Áreas Avaliadas	Desvio-Padrão	Nível Funcional (ano e meses)
Comunicação	- 1	3 A 9 M
Autonomia	Média	4 A 1 M
Socialização	- 1	3 A 6 M
Motricidade	- 1	4 A 3 M
Comportamento Adaptativo Composto	- 1	3 A 11 M

¹ Perturbação do Espectro do Autismo

Avaliação do Desenvolvimento

- Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Data: 10.09.2008; I.C.² = 4 A 5 M)

Áreas Avaliadas	Resultados Q.D. ³	Resultados I.M. ⁴
Motora	113	5 A
Pessoal-Social	106	4 A 8 M
Audição e Fala	128	5 A 8 M
Óculo-Manual	87	3 A 10 M
Realização	98	4 A 4 M
Raciocínio Prático	102	4 A 6 M
Global	106	4 A 8 M

Nota:

A avaliação das competências de linguagem descritas nesta escala referem-se à quantidade de vocabulário expressivo manifestado em contexto de observação/avaliação e não à sua qualidade. Por este motivo, os resultados obtidos pelo F na sub-escala de audição e fala não são influenciados por dificuldades articulatórias, apesar de este apresentar um discurso imaturo e, por vezes, imperceptível.

Conclusão

- Criança com perturbação específica da linguagem.
- Nível de desenvolvimento dentro da média para a sua idade cronológica.
- Nível de comportamento adaptativo composto ligeiramente abaixo da média (- 1 DP) para o seu nível etário (idade funcional de 3 anos e 11 meses).
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: b16710.3 e b320.3.

Plano de Intervenção

- Continuar a frequentar o Jardim de Infância
- Continuar a frequentar Terapia da Fala.
- Continuar a implementar as estratégias educativas desenvolvidas até ao momento, procurando sempre ir de encontro às dificuldades que o F apresenta no domínio da linguagem expressiva.
- Existir articulação entre todos os elementos envolvidos no seu processo de ensino/aprendizagem (por exemplo, utilizar um caderno de registo das actividades que desenvolve na escola, na Terapia da Fala e em casa, de modo a que haja uma continuidade no seu trabalho).
- A avaliação psicoeducacional realizada com a Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Forma Sintética) sugere a necessidade de trabalhar com o F as seguintes competências:

Comunicação

- Relatar experiências com detalhe, quando se lhe pergunta.
- Utilizar preposições como *atrás*, *entre* e *à volta*.
- Utilizar frases com *mas* e *ou*.
- Recontar histórias.
- Dizer a data de aniversário (dia e mês).
- Escrever o nome (primeiro e último).

² Idade Cronológica

³ Quociente de Desenvolvimento

⁴ Idade Mental

Socialização

- Verbalizar emoções básicas (alegria, tristeza, zanga e medo).
 - Seguir regras em jogos simples (ex. esperar a vez).
 - Responder verbal e positivamente ao sucesso dos outros.
-
- Tem alta da Consulta de Autismo.

A Pediatra

Guiomar Oliveira

A Professora

Cristina Lobo

A Psicóloga

Cátia Café

Coimbra, 1 de Abril de 2009

ANEXO 6

GUIÃO DE ENTREVISTA

Nº	PERGUNTAS
1	Como e quando tomou conhecimento do que é a Perturbação do Espectro de Autismo (PEA)?
2	Que comportamentos considerados desadequados a criança manifestava antes do diagnóstico?
3	Como foi o período de adaptação à criança?
4	Quais foram as maiores necessidades que sentiu, em lidar com a criança?
5	Sentiu algum obstáculo por parte do meio/instituição/educadora, após ter sido diagnosticado PEA à criança?
6	Como é a relação da criança com os adultos?
7	Como comunica a criança, ou seja, de que forma ela interage, brinca, fala?
8	Neste momento, quais são as dificuldades que apresenta? Quais as áreas fracas?
9	Que tipo de actividades realiza com a criança?
10	Quais são os comportamentos adequados e / ou desadequados, que a criança manifesta no momento?
11	A partir do momento que passou a ser acompanhada, quais foram as alterações mais significantes que observou?
12	Colabora com os outros elementos que trabalham com a criança?
13	Transmite aos outros elementos que trabalham com a criança, o tipo de estratégia/método, de modo facilitar a articulação do trabalho e a rápida evolução da criança?
14	Neste momento como avalia a evolução da criança?

Quadro 1 – Designação das Categorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<u>A - Percurso Profissional</u>	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento de PEA- Barreiras do meio/instituição/educadora- Estratégias de trabalho/Actividades realizadas- Trabalho em Equipa
<u>B - A Criança F.</u>	<ul style="list-style-type: none">- Adaptação à escola e às terapias- Áreas de Dificuldade- Comportamento- Comunicação- Situação actual
<u>C - Relacionamento da criança com os outros</u>	<ul style="list-style-type: none">- Relação da criança com os adultos- Relação da criança com os seus pares

Quadro 2 – Categoria A (Percurso Profissional)

	Conhecimento de PEA	Barreiras do meio/instituição/educadora	Estratégias de trabalho/Actividades realizadas	Trabalho em Equipa
Entrevista à Mãe	<p>“Sendo eu uma pessoa ligada ao ensino, que lido diariamente com crianças, esta situação nunca me foi completamente desconhecida.”</p>	<p>“Parece-me que nem todos os profissionais estão preparados para receber um menino que tem alguns desvios comportamentais relativamente aos outros e por isso surgiram os grandes obstáculos. A educadora que o recebeu revelou-se bastante ansiosa e com dificuldades em lidar com a situação.”</p> <p>“Desde o início, a educadora entendeu não dever o miúdo ficar no colégio sem a presença dos pais, não o deixava ir à cantina, tinha de vir a casa almoçar e, como tal, deixou de ter tempo para poder dormir no fim do almoço.”</p> <p>“A educadora nunca quis que ele participasse em nenhuma actividade organizada para todos e não lhe deu sequer a opção de poder ir para a praia no período previsto para o efeito, uma vez que assumiu sempre que não se responsabilizaria por ele.”</p> <p>“A nova educadora (e que ainda se mantém), adoptou uma postura totalmente diferente da anterior. . O F. passou a ser integrado em todas as actividades programadas para a classe, inclusive festas, saídas do colégio para visitas de estudo ou para a praia, etc.”</p> <p>“Tenho-me sentido muito apoiada por ela e segura do trabalho que desenvolve com o F. e que, como já disse, revela resultados muito bons.”</p>	<p>Todas as que me são propostas pela Terapeuta da Fala e/ou pela Educadora. Tenho a preocupação de fazer um acompanhamento próximo do percurso escolar do F.. Falo com a Terapeuta da Fala e com a Educadora com alguma periodicidade de modo a partilhar a evolução do F.. Procuo saber quais as áreas/actividades em que o F. revela mais dificuldades e ainda a forma como posso trabalhá-las em casa de modo a contribuir e estimular o desenvolvimento do meu filho.</p>	<p>“Há uma relação próxima entre a família, a Educadora e a Terapeuta da Fala e sinto uma grande necessidade de lhe dar continuidade uma vez que os resultados são bem evidentes.”</p> <p>“Completamente. Faço tudo o que estiver ao meu alcance para contribuir para o pleno desenvolvimento das capacidades dos meus filhos.”</p>

Entrevista à Terapeuta da Fala	<p>“Durante o curso de terapia da fala (92/95)”</p>	<p>“Pelo contrário. A educadora (não é a actual), apercebeu-se imediatamente de alguns comportamentos suspeitos e preocupantes, e solicitou-me que observasse a criança e falasse com a mãe.”</p> <p>“O desconhecido assusta, se pensarmos que a escola/educadora, não tinha experiência com meninos com este tipo de perturbação, percebemos que necessitam de orientação, orientação essa que me foi solicitada. Penso que para a mãe numa determinada fase sentiu que a escola poderia estar a colocar alguns entraves á permanência em determinados contextos, nomeadamente no refeitório e no dormitório, porque não sabiam até que ponto esta situação tinha viabilidade. Acho que é importante referir que tem de haver um equilíbrio entre a integração de uma criança com PEA, e o impacto que esta integração tem no grupo.”</p> <p>“No meu ponto de vista, encontrar uma instituição melhor que esta para a integração, treino de competências linguísticas, sociais e de autonomia, seria pouco provável de conseguir.”</p>	<p>“As actividades devem ser lúdicas, apelativas, mas também com o nível de exigência que é esperado para a sua faixa etária (zona próxima de desenvolvimento). Por exemplo muito das actividades apresentadas, já não são com”jogos manipuláveis”, mas em formato papel (material impresso), de modo, a promover as competências grafo-motoras, fundamentais aquando o ingresso no 1ºciclo.”</p>	<p>“É fundamental existir ligação/cooperação entre os elementos que estão presentes nos diferentes contextos frequentados pela criança (contexto escolar/familiar/terapêutico...).Eu costumo dizer que para podermos potencializar a intervenção é fundamental a passagem de competências a todos os elementos que rodeiam a criança, ou seja habilitar os outros de modo a que possamos favorecer um desenvolvimento o mais harmonioso possível.”</p>
---------------------------------------	---	---	---	--

Quadro 3 – Categoria B (A Criança F.)

	Adaptação à escola e às terapias	Áreas de Dificuldade	Comportamento	Comunicação	Situação actual
Entrevista à Mãe	<p>“Própria integração no colégio foi muito difícil.” “O F. foi integrado numa turma de meninos bem mais velhos (5 anos)”</p>	<p>“O F. tem algumas dificuldades na comunicação oral, nomeadamente em contar por exemplo, episódios/situações do seu dia-a-dia.”</p>	<p>“Aos 3 anos o F. emitia sons mas não dizia nenhuma palavra, tinha poucos momentos de pausa/concentração, praticamente não reagia ao chamamento, gostava de passar tangentes com os olhos às paredes, gostava de ver a máquina de lavar roupa a centrifugar, brincava com as rodas dos carrinhos fazendo-as rodar.”</p>	<p>“O F. brinca, interage e fala com os outros como qualquer outra criança. No colégio brinca, fala e interage muito bem com os amigos, educadoras e auxiliares. Nunca manifestou tendência para isolar-se.”</p>	<p>“... de momento o F. não apresenta qualquer tipo de comportamento desadequado relativamente à sua idade. É uma criança como as outras. Poderei dizer apenas que é muito sensível e emotivo. Mas comunica, fala, tem uma dicção óptima, faz auto-correcção, corrige a irmã mais nova e ainda a goza imitando a fala “à bebé”. “Até agora... muito boa. Para o futuro... exponencia!”</p>

Entrevista à Terapeuta da Fala	<p>“No início da intervenção foi fundamental a estabilização do comportamento, assim como promover um modo de comunicação, associando sempre o gesto à oralidade.”</p>	<p>“Considero que actualmente as áreas fracas do F. são a Linguagem e a Atenção/Concentração. Assim na linguagem verificamos que ainda revela muita dificuldade nas sequências espaço-temporais, no seu relato, ou seja revela dificuldade na descrição de acontecimentos de forma encadeada e lógica, com bom conteúdo informativo.” “A compreensão verbal oral, ainda encontra-se comprometida, nem sempre conseguindo responder ao que lhe é questionado (principalmente situações que não domina tão bem, como questionário de histórias.”</p>	<p>“O F. foi observado, pela primeira vez com 2 A e 11 meses, não apresentava oralidade, não estabelecia qualquer tipo de interacção comunicativa, considerada adequada sob o ponto de vista social. Não estabelecia contacto visual, o comportamento era pautado por birras excessivas associadas a uma grande agitação motora, apresentava algumas estereotípias, como estalidos linguais. Alguma fixação na rotação de determinados objectos (máquina de lavar roupa). O F. não reagia ao nome, como é frequente nestes meninos, foram realizados exames audiométricos, por suspeita de surdez.”</p>	<p>“... F. utiliza como meio preferencial de comunicação a oralidade. Interage adequadamente em contexto terapêutico, mas que apenas me permite avaliar a interacção de um para um.”</p>	<p>Relativamente a comportamentos desadequados, o F. em determinadas situações ainda faz algumas birras, e não tem bem interiorizado algumas condutas e convenções sociais, nomeadamente forma mais “agressiva”, como responde quando confrontado com alguma confabulação.” “Excelente evolução. Ótimo prognóstico.”</p>
---------------------------------------	--	---	---	--	---

Quadro 4 – Categoria C (Relacionamento da criança com os outros)

	Relação da criança com os adultos	Relação da criança com os seus pares
Entrevista à Mãe	“Excelente. O F. é uma criança muito simpática e com um sorriso conquistador. É um miúdo observador, curioso e comunicativo. Responde facilmente durante uma primeira abordagem.”	“... fala e interage muito bem com os amigos”
Entrevista à Terapeuta da Fala	“Nesta fase apresenta uma relação adequada, ou seja, solicita ajuda quando necessita, coloca questões, responde quando interpelado...”	“... apenas me permite avaliar a interacção de um para um.”

Entrevista para a Terapeuta

1. Como e quando tomou conhecimento do que é a Perturbação do Espectro de Autismo (PEA)?

Durante o curso de terapia da fala (92/95), o tema autismo foi abordado no âmbito da cadeira Patologias da Comunicação. O termo PEA ainda não era utilizado. O diagnóstico de autismo era um termo um bocado “assustador”, pois imediatamente era associado a situações muito graves de interacção social/comunicação. No decorrer da minha actividade profissional foram surgindo meninos “estranhos”, que não se enquadravam nos atrasos de desenvolvimento da linguagem, nem naquilo que era considerado autismo, contudo apresentavam determinadas obsessões, áreas fortes, havendo sempre comprometimento da interacção social e na adequação do padrão de comunicação.

Resumindo, a experiência profissional foi-me conduzindo para esta área de avaliação e intervenção. Deste modo senti necessidade de aceder a outro tipo de formação (dado que a formação inicial é muito básica), nomeadamente, cursos de desenvolvimento, workshops, congressos e literatura.

2. Que comportamentos considerados desadequados a criança manifestava antes do diagnóstico?

O F. foi observado, pela primeira vez com 2 A e 11 meses, não apresentava oralidade, não estabelecia qualquer tipo de interacção comunicativa, considerada adequada sob o ponto de vista social. Não estabelecia contacto visual, o comportamento era pautado por birras excessivas associadas a uma grande agitação motora, apresentava algumas estereotipias, como estalidos linguais. Alguma fixação na rotação de determinados objectos (máquina de lavar roupa). O F. não reagia ao nome, como é frequente nestes meninos, foram realizados exames audiométricos, por suspeita de surdez.

3. Como foi o período de adaptação (da terapeuta) à criança?

Foi o esperado para a fase inicial de intervenção com meninos com este tipo de perturbação, ou seja difícil. Neste período as birras a instabilidade comportamental são

uma constante. Nesta fase de intervenção a mãe esteve sempre presente na sessão, sendo fundamental a explicação da atitude do terapeuta. As modificações de comportamento são difíceis, causando alguma agitação, agressividade... daí que seja necessário que o bom senso prevaleça, se ao pressionarmos a criança verificamos que esta fica muito instável, com aumento de estereotípias, então teremos de alterar a estratégia. Nesta fase, mais do que em qualquer outra é muito importante que a família confie no terapeuta (daí a necessidade de estarem envolvidos no processo terapêutico), pois os resultados iniciais são muito ténues, se a família estiver presente podemos ir referindo as pequenas diferenças na forma como a criança desempenhou determinada actividade, o que também vai permitir inferir sobre o prognóstico.

4. Quais foram as maiores necessidades que sentiu, em lidar com a criança?

No início da intervenção foi fundamental a estabilização do comportamento, assim como promover um modo de comunicação, associando sempre o gesto á oralidade. Como fazê-lo? Através de material diverso, colorido, apelativo, com jogos sonoros, diferentes texturas. Tentar qualquer tipo de estímulo que lhe captasse a atenção por breves segundos, para a partir daí tentar iniciar um treino de intenção comunicativa. Por exemplo, gostava muito do jogo “Sr. batata”, então o jogo era colocado de forma visível, mas não acessível de modo a que tivesse de me imitar no gesto “dá”, qualquer esboço ou tentativa de solicitar o objecto quer com gesto quer com oralidade, era imediatamente compensado e valorizado com uma peça do jogo.

Isto é um pequeno exemplo de uma actividade/estratégia.

5. Sentiu algum obstáculo por parte do meio/instituição/educadora, após ter sido diagnosticado PEA à criança?

Pelo contrário. A educadora (não é a actual), apercebeu-se imediatamente de alguns comportamentos suspeitos e preocupantes, e solicitou-me que observasse a criança e falasse com a mãe. A mãe estava muito ansiosa com a situação, já se tinha apercebido de alguns comportamentos, mas centrava mais a sua preocupação na ausência de oralidade. Penso que já tinha algumas suspeitas sobre o diagnóstico, mas ainda queria acreditar que não era possível que isto sucedesse com o seu filho. Contudo

apesar de todo o sofrimento que a tomada de consciência duma situação destas acarreta, foi uma mãe extremamente dinâmica, permeável á informação que lhe estava a ser transmitida e dinâmica no modo como modificou comportamentos/attitudes que favorecessem e promovessem o desenvolvimento da comunicação.

O desconhecido assusta, se pensarmos que a escola/educadora, não tinha experiência com meninos com este tipo de perturbação, percebemos que necessitam de orientação, orientação essa que me foi solicitada. Penso que para a mãe numa determinada fase sentiu que a escola poderia estar a colocar alguns entraves á permanência em determinados contextos, nomeadamente no refeitório e no dormitório, porque não sabiam até que ponto esta situação tinha viabilidade. Acho que é importante referir que tem de haver um equilíbrio entre a integração de uma criança com PEA, e o impacto que esta integração tem no grupo. Isto tem de ser discutido com a família, pois não podemos ser egoístas ao ponto de pensarmos só nesta criança esquecendo-nos das restantes, que também tem a mesma idade que necessitam de atenção e que muitas vezes ficam perturbadas com gritos, comportamentos agressivos...No meu ponto de vista, encontrar uma instituição melhor que esta para a integração, treino de competências linguísticas, sociais e de autonomia, seria pouco provável de conseguir.

6. Como é a relação da criança com os adultos?

Nesta fase apresenta uma relação adequada, ou seja, solicita ajuda quando necessita, coloca questões, responde quando interpelado (aqui em algumas situações o tempo de latência, entre a pergunta e a resposta é um bocadinho mais longo do que seria de esperar para a sua faixa etária). Na maioria das vezes observam-se comportamentos de conduta social adequados, tais como: cumprimentos, agradecimentos...

7. Como comunica a criança, ou seja, de que forma ela interage, brinca, fala?

Como já nos apercebemos, o F. utiliza como meio preferencial de comunicação a oralidade. Interage adequadamente em contexto terapêutico, mas que apenas me permite avaliar a interação de um para um. A educadora e a mãe poderão fornecer informações mais precisas sobre isso.

8. Neste momento, quais são as dificuldades que apresenta? Quais as áreas fracas?

Presentemente as principais dificuldades manifestam-se na linguagem. Considero que actualmente as áreas fracas do F. são a Linguagem e a Atenção/Concentração. Assim na linguagem verificamos que ainda revela muita dificuldade nas sequências espaço-temporais, no seu relato, ou seja revela dificuldade na descrição de acontecimentos de forma encadeada e lógica, com bom conteúdo informativo. Descreve acontecimentos de uma forma muito desorganizada, não consegue salientar os pormenores mais importantes e transmiti-los, assim na descrição de uma imagem é capaz de descrever aquilo que tem menos importância, não conseguindo fazer uma leitura global da imagem.

A compreensão verbal oral, ainda encontra-se comprometida, nem sempre conseguindo responder ao que lhe é questionado (principalmente situações que não domina tão bem, como questionário de histórias. A estrutura morfo-sintáctica e semântica, encontra-se dentro do esperado para a sua faixa etária. Bom desempenho articulatório.

9. Que tipo de actividades realiza com a criança?

Partindo das competências adquiridas (áreas fortes), o objectivo é estimular/desenvolver as áreas fracas. Considerando, neste momento, como áreas fracas: Atenção (dificuldade na manutenção nos tempos de atenção, em tarefas que não sejam do seu centro de interesse); Linguagem (Metalinguagem) e Pragmática.

As actividades desenvolvidas visam a melhoria dos tempos de Atenção/Concentração; a melhoria da Expressão Verbal Oral/, nomeadamente relatos de acontecimentos, inferências de situações, resoluções de situações problemáticas; assim como aspectos relacionados com a Metalinguagem, como sejam a consciência fonológica, identificação de absurdos verbais, definição de palavras de duplo significado.... Não nos podemos esquecer que a atenção está intimamente relacionada com o desempenho linguístico.

As actividades devem ser lúdicas, apelativas, mas também com o nível de exigência que é esperado para a sua faixa etária (zona próxima de desenvolvimento). Por exemplo muito das actividades apresentadas, já não são com "jogos manipuláveis",

mas em formato papel (material impresso), de modo, a promover as competências grafo-motoras, fundamentais aquando o ingresso no 1º ciclo.

10. Quais são os comportamentos adequados e / ou desadequados, que a criança manifesta no momento?

Comportamentos adequados são todos aqueles que são esperados para a sua faixa etária. Relativamente a comportamentos desadequados, o F. em determinadas situações ainda faz algumas birras, e não tem bem interiorizado algumas condutas e convenções sociais, nomeadamente forma mais “agressiva”, como responde quando confrontado com alguma confabulação.

11. A partir do momento que passou a ser acompanhada, quais foram as alterações mais significantes que observou?

A modificação mais notória, foi a estabilização de comportamento, aumento de contacto visual, o esboço de intenção comunicativa, e conseqüentemente o início do uso da oralidade.

12. Colabora com os outros elementos que trabalham com a criança?

Claro que sim. De outro modo a intervenção não faria sentido. É fundamental existir ligação/cooperação entre os elementos que estão presentes nos diferentes contextos frequentados pela criança (contexto escolar/familiar/terapêutico...). Eu costumo dizer que para podermos potencializar a intervenção é fundamental a passagem de competências a todos os elementos que rodeiam a criança, ou seja habilitar os outros de modo a que possamos favorecer um desenvolvimento o mais harmonioso possível.

13. Transmite aos outros elementos que trabalham com a criança, o tipo de estratégia/método, de modo facilitar a articulação do trabalho e a rápida evolução da criança?

Evidentemente. Penso que já respondi um pouco a esta questão na pergunta anterior.

14. Neste momento como avalia a evolução da criança?

Excelente evolução. Ótimo prognóstico.

Entrevista para a Mãe

1. Como e quando tomou conhecimento do que é a Perturbação do Espectro de Autismo (PEA)?

Sendo eu uma pessoa ligada ao ensino, que lido diariamente com crianças, esta situação nunca me foi completamente desconhecida. Tudo assume outra dimensão quando nos toca mais directamente e quando há um grande envolvimento emocional. Quando tive consciência de que o F. não estava a ter o desenvolvimento previsto, contactei um familiar médico que imediatamente o encaminhou para o Dr. Luís Borges, no Hospital Pediátrico de Coimbra. Antes da consulta, fiz uma série de pesquisas na internet sobre o Autismo, Síndrome de Asperger, etc. Talvez tivesse sido melhor não o ter feito porque fiquei muitíssimo angustiada com o que li. Foi muito difícil partilhar espaços frequentados por miúdos com comportamentos que em nada se assemelhavam aos do F. mas que, no entanto, também aguardavam pela mesma consulta.

2. Que comportamentos considerados desadequados a criança manifestava antes do diagnóstico?

Aos 3 anos o F. emitia sons mas não dizia nenhuma palavra, tinha poucos momentos de pausa/concentração, praticamente não reagia ao chamamento, gostava de passar tangentes com os olhos às paredes, gostava de ver a máquina de lavar roupa a centrifugar, brincava com as rodas dos carrinhos fazendo-as rodar. Não brincava com o carrinho como um todo mas sim apenas com uma parte do mesmo. Tudo foi sempre encarado de forma muito passiva pelo pediatra, apesar de lhe ter perguntado diversas vezes se deveria ou não ficar mais alerta. Referiu frequentemente que cada criança tem o seu ritmo (totalmente de acordo) e que, quando ele entrasse, para o infantário tudo normalizaria. Talvez seja conveniente referir que o F. esteve com a avó até aos 3 anos. Em determinada altura achei que já haviam sido ultrapassados os limites e senti uma angústia imensa dentro de mim. Quase que entrei em pânico. Disse basta! para mim própria e comecei a procurar ajuda. Começámos pela consulta de otorrinolaringologia. O F. fez, inclusivamente, o exame dos potenciais evocados mas nunca houve indícios de qualquer tipo de surdez. Uns dias depois, em Março, foi à 1ª consulta no Hospital Pediátrico de Coimbra, com o Dr. Luís Borges. Foram-lhe então registados alguns

“*comportamentos desviantes*” como a atracção pelos movimentos giratórios com objectos ou ele próprio, ou o não responder ao chamamento.

A favor tinha uma evidente facilidade de sociabilização e a simpatia e afabilidade que já então o caracterizavam. Passou a ser um caso em estudo.

3. Como foi o período de adaptação da família (pais) à criança?

Foi muito difícil. Tomar consciência de que o F. estava a ter um desenvolvimento diferente dos outros não foi fácil. Inicialmente foi quase de desespero. Ultrapassado o choque da realidade veio um período de insegurança total, em que ouvi várias opiniões e procurei diferentes diagnósticos até estabilizar no acompanhamento que passou a ser-lhe dado pela equipa do Dr. Luís Borges, no Hospital Pediátrico de Coimbra.

4. Quais foram as maiores necessidades que sentiu, em lidar com a criança?

Senti sempre grande necessidade de o proteger e de não lhe transmitir o estado de ansiedade e depressão que me envolviam. Foi sempre meu grande objectivo senti-lo feliz. Mas queria mover o mundo para o ajudar a ultrapassar as suas dificuldades. E não sabia como fazê-lo com segurança. Tive de construir a minha própria capacidade de acreditar que íamos ser capazes (embora ainda hoje me interroge em relação ao futuro) e direccionei-me para interagir com todos quantos viessem a participar na tarefa imensa que se me deparava, de proporcionar ao F. todo o apoio necessário ao seu desenvolvimento.

5. Sentiu algum obstáculo por parte do meio/instituição/educadora, após ter sido diagnosticado PEA à criança?

De início foi tudo muito complicado. A própria integração no colégio foi muito difícil. Tendo o Dr. Luís Borges considerado muito urgente que o F. começasse a frequentar um infantário, cumprir regras, conviver com outros meninos, e dada a receptividade da directora do colégio que demonstrou grande abertura, sensibilidade e vontade em colaborar, ele iniciou o seu percurso escolar logo em Abril, no dia 10, e não apenas em Setembro como estava previsto. Mas, infelizmente, parece-me que nem

todos os profissionais estão preparados para receber um menino que tem alguns desvios comportamentais relativamente aos outros e por isso surgiram os grandes obstáculos. A educadora que o recebeu revelou-se bastante ansiosa e com dificuldades em lidar com a situação. O F. foi integrado numa turma de meninos bem mais velhos (5 anos). Desde o início, a educadora entendeu não dever o miúdo ficar no colégio sem a presença dos pais, não o deixava ir à cantina, tinha de vir a casa almoçar e, como tal, deixou de ter tempo para poder dormir no fim do almoço. Foi tudo muito complicado. No entanto, a maioria das outras pessoas que lidavam com o F. eram sempre de opinião que ele deveria ser deixado lá, sem os pais, para que o estímulo funcionasse mais fortemente. O Pai e eu tivemos que alterar completamente as nossas vidas para acompanhar o mais possível o F. no colégio, caso contrário não poderia ir. Este processo destabilizou-nos a todos os níveis. O ritmo era perfeitamente alucinante. Ao meio-dia tinha de ir buscar o miúdo, levá-lo a casa, dar-lhe o almoço (nessa altura ele comia mal) e voltar ao colégio às 14h. A educadora nunca quis que ele participasse em nenhuma actividade organizada para todos e não lhe deu sequer a opção de poder ir para a praia no período previsto para o efeito, uma vez que assumiu sempre que não se responsabilizaria por ele. A única razão pela qual não o tirei imediatamente desse estabelecimento de ensino foi pelo facto de ter ido a uma consulta em Coimbra e me terem dito que, apesar do que eu contava, era evidente que o miúdo que ele estava “*bem trabalhado*” e que a educadora não o punha de lado, nas actividades na sala. No entanto, voltaram a insistir e foram sempre de opinião de que o F. teria que entrar no ritmo dos outros meninos: almoçar e dormir à tarde no colégio. Entretanto, desde que entrou para o colégio, o F. começou a ter Terapia da Fala duas vezes por semana, sessões pequenas de 20 minutos cada. A Terapeuta da Fala ia buscá-lo à sala, trabalhava com ele, e devolvia-o à educadora com as respectivas propostas de trabalho. O ano chegou ao fim e, pelo facto de me ter sido recusada a ida para a praia., com receio de que não houvesse evolução durante o período de férias resolvi inscrevê-lo num infantário recomendado por uma pessoa amiga, unicamente durante o mês de Julho. Aí foi o oposto. O F. ficava a tempo inteiro, sem qualquer tipo de restrição. O feed-back que tinha era de que o F. se comportava como os outros, participava muito bem nas actividades, era perfeitamente autónomo durante a refeição, dormia com os outros. Nessa altura, foram-lhe retiradas as fraldas, com grande facilidade, pelas educadoras.

No final do mês de Agosto, reuni com a educadora do F. no colégio, a Terapeuta da Fala e minha Mãe, uma vez que o meu estado emocional estava bastante fragilizado e não me permitia ter as resistências necessárias. A educadora referiu que o F. iria ser integrado na classe correspondente à sua faixa etária, iria ter uma nova educadora e foi mais flexível pelo facto de permitir que o F. ficasse no colégio a almoçar e a dormir... pelo menos a título experimental.

A partir de Setembro, a relação com o colégio passou a ser completamente diferente e a progressão do F. muito acentuada. A nova educadora (e que ainda se mantém), adoptou uma postura totalmente diferente da anterior. O F. passou a ser integrado em todas as actividades programadas para a classe, inclusive festas, saídas do colégio para visitas de estudo ou para a praia, etc. a ponto de eu me ter sentido por vezes invadida por medos que ela própria ajudava a desmontar dizendo “não se aflija Mãe, ele faz tudo o que os outros fazem!”. E assim era. Em uma ou outra actividade em que revelasse alguma dificuldade (por ex., no que se refere à motricidade fina), ela dizia que lhe explicava individualmente como devia fazer e ele imediatamente reagia, fazendo por vezes melhor até que os outros. Quando me dizia isto, eu procurava também trabalhar a motricidade fina, ou outra área, seguindo as instruções que ela me dava. Tenho-me sentido muito apoiada por ela e segura do trabalho que desenvolve com o F. e que, como já disse, revela resultados muito bons.

Com a Terapeuta da Fala passou-se algo de idêntico. Ela começou por fazer um diagnóstico cauteloso mas em breve me anunciou um prognóstico muito bom, tendo acabado o ano lectivo a afirmar que o F. ultrapassou esse mesmo prognóstico, ultrapassando todas as expectativas que tinha em relação a ele. Também com ela trabalhei em consonância sempre que se proporcionou a meu pedido ou dela. Actualmente o F. mantém a Terapia da Fala mas agora numa sessão única, uma vez por semana e mais prolongada uma vez que a sua capacidade de atenção/concentração aumentou muitíssimo.

6. Como é a relação da criança com os adultos?

Excelente. O F. é uma criança muito simpática e com um sorriso conquistador. Há sempre muita empatia entre ele e os que o rodeiam. É um miúdo observador, curioso e comunicativo. Responde facilmente durante uma primeira abordagem. É muito

acarinhado por todos os elementos da família, quer adultos quer jovens que, de um modo geral, são mais velhos que ele.

7. Como comunica a criança, ou seja, de que forma ela interage, brinca, fala?

Normalmente. O F. brinca, interage e fala com os outros como qualquer outra criança. No colégio brinca, fala e interage muito bem com os amigos, educadoras e auxiliares. Nunca manifestou tendência para isolar-se.

8. Neste momento, quais são as dificuldades que apresenta? Quais as áreas fracas?

O F. tem algumas dificuldades na comunicação oral, nomeadamente em contar por exemplo, episódios/situações do seu dia-a-dia. Todos o conseguem perceber mas muitas vezes ele tem que ser “*bombardeado*” com perguntas para dar fim à história que está a contar. Em casa já é espontâneo, conta coisas do colégio mas, por exemplo, ainda não é capaz de contar/recontar uma história completa, apesar de saber todos os passos da mesma. Vai contando, aos poucos, ao “*sabor*” das perguntas que lhe vamos fazendo.

9. Que tipo de actividades realiza com a criança?

Todas as que me são propostas pela Terapeuta da Fala e/ou pela Educadora. Tenho a preocupação de fazer um acompanhamento próximo do percurso escolar do F.. Falo com a Terapeuta da Fala e com a Educadora com alguma periodicidade de modo a partilhar a evolução do F.. Procuo saber quais as áreas/actividades em que o F. revela mais dificuldades e ainda a forma como posso trabalhá-las em casa de modo a contribuir e estimular o desenvolvimento do meu filho.

10. Quais são os comportamentos adequados e / ou inadequados, que a criança manifesta no momento?

Penso que posso afirmar que de momento o F. não apresenta qualquer tipo de comportamento inadequado relativamente à sua idade. É uma criança como as outras. Poderei dizer apenas que é muito sensível e emotivo. Mas comunica, fala, tem uma

dicção óptima, faz auto-correcção, corrige a irmã mais nova e ainda a goza imitando a fala “à bebé”.

No dia 1 de Abril foi à consulta no Hospital Pediátrica de Coimbra e a Dr^a Guiomar ficou completamente perplexa com a evolução dele. Mais uma vez deu os parabéns a todos os que têm lidado com o F., a família, a educadora e a terapeuta da fala e disse que, se o F. entrasse naquele momento pela 1^a vez na sua consulta, não lhe seria diagnosticado qualquer indício ou situação passível de estudo. O F. revelou-se-lhe uma criança feliz, que participava completamente em todas as actividades que lhe eram propostas. Deu-lhe alta apesar de ter manifestado que continuaria completamente disponível para esclarecer qualquer tipo de dúvida ou de incerteza que pudesse surgir num momento qualquer da vida do F.

11. A partir do momento que passou a ser acompanhada, quais foram as alterações mais significantes que observou?

As principais alterações foram mesmo na comunicação entre todos. O F. passou a participar mais em tudo e a partilhar. Adquiriu uma óptima dicção, tem um vocabulário bem desenvolvido para a sua idade e revela uma memória por vezes até surpreendente.

12. Colabora com os outros elementos que trabalham com a criança?

Completamente. Faço tudo o que estiver ao meu alcance para contribuir para o pleno desenvolvimento das capacidades dos meus filhos.

13. Transmite aos outros elementos que trabalham com a criança, o tipo de estratégia/método, de modo facilitar a articulação do trabalho e a rápida evolução da criança?

Como já disse, há uma relação próxima entre a família, a Educadora e a Terapeuta da Fala e sinto uma grande necessidade de lhe dar continuidade uma vez que os resultados são bem evidentes.

14. Neste momento como avalia a evolução da criança?

Até agora... muito boa. Para o futuro... exponencial!