

Escola Superior De Educação Paula Frassinetti

Pós-Graduação em Educação Especial

A criança e o Mundo do Autismo

Estudo de Caso

Elisabete Ferreira de Oliveira

Porto

2010/2011

Escola Superior De Educação Paula Frassinetti

Pós-Graduação em Educação Especial

A criança e o Mundo do Autismo

Estudo de Caso

Elisabete Ferreira de Oliveira

Orientadora: Mestre Maria Isabel Cunha

Trabalho realizado para a disciplina de:
Seminário de Projecto

Porto

2010/2011

- Título:** A criança e o mundo do autismo
- Autor:** Elisabete Ferreira de Oliveira
- E-mail:** elisabeteoliveira2007@hotmail.com
- Data:** Julho 2011
- Orientador:** Mestre Isabel Cunha
- Apresentação pública:** Sim
- Palavras – chave:** Autismo, criança em idade pré-escolar, família, intervenção precoce
- Resumo:**
- A criança e o mundo do Autismo é a temática do nosso projecto de investigação. Pretendemos dar a conhecer a especificidade do Autismo, as dificuldades que esta problemática transporta consigo ao nível escolar e familiar das crianças diagnosticadas com esta patologia e o contributo da intervenção precoce na criança com autismo.
- Este projecto está organizado como um estudo de caso de uma criança em idade pré-escolar com Autismo, recorreremos à observação participante e às grelhas de observação segundo a escala PEP-R como instrumentos para a recolha de dados.
- Sabendo que a família é o núcleo crucial para o desenvolvimento da criança, haverá uma possibilidade de verificarmos no final desta investigação que a participação e colaboração dos pais no processo educativo/terapêutico foram um factor decisivo na promoção do desenvolvimento desta criança com Autismo, bem como a intervenção dos técnicos e profissionais de educação envolvidos.

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram o seu contributo para que este trabalho de investigação fosse realizado. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero:

Ao “D.” e à sua família por me terem permitido o privilégio de os conhecer e me terem despertado o interesse pelo Autismo.

À Mestre Isabel Cunha a forma como orientou o meu trabalho. Destaco na sua orientação, a utilidade e pertinência das suas recomendações, a cordialidade com que sempre me recebeu e a liberdade de acção que me permitiu.

À Educadora Mónica e à Professora Paula pela disponibilidade, ajuda e o apoio demonstrados durante a fase de recolha de dados.

Ao meu amigo, companheiro e namorado pela sua compreensão, ajuda e especialmente pela paciência que demonstrou ter ao longo da elaboração deste trabalho.

À minha família que me incentivou a dar este passo importante e tolerou a minha ausência para que pudesse dedicar-me a este projecto. O carinho e apoio que prestaram acreditando que eu seria capaz de o concretizar foram essenciais.

À minha amiga e colega de curso Ana Sofia pela disponibilidade, ajuda, paciência e sobretudo pela sua verdadeira amizade.

Às minhas amigas da turma da Pós-graduação de Educação Especial da ESEPF, do ano lectivo 2010/2011, pelo incentivo, apoio e amizade que manifestaram ao longo destes meses.

“Independentemente do número de vezes que me reuni e conversei com os pais que, e pela primeira vez, se conformavam com o diagnóstico de autismo, sei que não posso sentir o mesmo que eles sentem em relação a esse diagnóstico. Sei que são muitas as emoções envolvidas. Tanto as emoções parentais como o tratamento da criança são questões muito importantes que necessitam de ser cuidadosamente analisadas.

Ao longo dos anos, tomei consciência de que a melhor defesa dos pais contra a potencial devastação emocional provocada pelo diagnóstico de autismo consiste em rapidamente se tornarem competentes nesse domínio, de forma a poderem obter ajuda para os seus filhos. Vejo o planeamento do tratamento e a respectiva implementação como uma forma positiva de abordar o problema, útil tanto para as crianças como para os pais, levando-os a funcionar o melhor possível.” Siegel (2008:15)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO I – ESPECTRO AUTISMO	15
1. PERSPECTIVA HISTÓRICA	15
2. DEFINIÇÃO DA PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO	16
3. ETIOLOGIA.....	17
3.1 Teorias Psiogénéticas	18
3.2 Teorias Psicológicas.....	19
3.3 Teorias Biológicas	19
3.3.1 Estudos Genéticos: Genes, Cromossomas e Autismo	20
3.3.2 Estudos Neurológicos	20
3.3.3 Estudos Neuroquímicos	21
3.3.4 Estudos Imunológicos.....	21
3.3.5 Factores Pré, Peri e Pós-Natais no Autismo.....	21
4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PROBLEMÁTICA	23
5. MODELOS DE INTERVENÇÃO	25
5.1 Modelos de Intervenção de Natureza Psicanalítica	26
5.2 Modelos de Intervenção de Natureza Comportamental.....	27
5.3 Modelos de Intervenção de Natureza Cognitivo-Comportamental	27
5.3.1 Modelo TEACCH.....	28
5.3.2 Programa Portage	29
5.3.3 Modelo Son Rise	30
5.3.4 Terapia Ocupacional	32
6. DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO	34
6.1 Critérios de Diagnóstico	35

6.2 Avaliação Psicoeducativa	37
CAPITULO II – A CRIANÇA E O MUNDO DO AUTISMO	40
1. A CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO NA IDADE PRÉ- ESCOLAR.....	40
2. O IMPACTO QUE O AUTISMO TEM NA FAMÍLIA	42
3. INTERVENÇÃO PRECOCE NA CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO.....	44
ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	49
1. METODOLOGIA.....	49
CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE PEDAGÓGICA	52
1. CARACTERIZAÇÃO DO MEIO	52
2. CARACTERIZAÇÃO DA ESCOLA/INSTITUIÇÃO	54
3. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO.....	56
4. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA	58
5. CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA	59
CAPÍTULO III – DETERMINAÇÃO DAS NEE	65
1. PERFIL INTRA INDIVIDUAL	73
CAPÍTULO IV - PLANO DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA.....	77
1. PROPOSTAS DE ACTIVIDADES.....	73
2. PROPOSTAS DE ACTIVIDADES.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	
Anexo 1 – Ficha Caracterização do Meio	
Anexo 2 – Ficha Caracterização da Escola/Instituição	
Anexo 3 – Ficha Caracterização do Grupo	

Anexo 4 – Ficha Anamnese

Anexo 5 – Relatório de Acompanhamento Psicológico

Anexo 6 – Declaração médica do diagnóstico

Anexo 7 - Relatório de Acompanhamento em Consulta de Psicologia CRIAR

Anexo 8 – Pedido de consulta de Pediatria do Desenvolvimento

Anexo 9 – Grelhas de Observação

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS:

Figura 1 – Esquema sobre a origem da palavra Autismo.....	16
Figura 2 - Modelo de patamar Comum.....	22
Figura 3 - Principais características comportamentais do Espectro do Autismo, segundo a Tríade de Perturbações.....	24
Figura 4 – Perfil intra-individual (Escala de desenvolvimento do PEP-R).....	39
Figura 5 – Perfil da Escala de Comportamento do PEP.R.....	39
Figura 6 - Estádios da reacção parental a um filho com NEE	43
Figura 7 - Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner	46
Figura 8 – Mapa de Santa Maria da Feira.....	53
Quadro I - Características do Autismo.....	25
Quadro II - Observação ao nível do Comportamento.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1 – Representação do grupo por idade e género.....	57
Gráfico 2 – Área da Imitação.....	68
Gráfico 3 – Área da Percepção.....	69
Gráfico 4 – Área da Motricidade Fina.....	70
Gráfico 5 – Área da Motricidade Global.....	70
Gráfico 6 – Área Coordenação Óculo-Manual.....	71
Gráfico 7 – Área da Realização Cognitiva.....	72
Gráfico 8 – Área da Cognitiva Verbal.....	73
Gráfico 9 – Perfil de Desenvolvimento PEP Julho de 2010.....	74
Gráfico 10 – Perfil Intra-Individual.....	75
Gráfico 11 – Perfil de Comportamento PEP de Agosto 2010.....	76

ABREVIATURAS

EPE - Educação Pré-Escolar

LBSE - Lei de Bases do Sistema Educativo

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OCEPE - Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar

TEACCH – *Treatment and Education of Autistic and Related Communication-handicapped Children*

INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação foi proposto na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, no curso de Pós-Graduação em Ensino Especial no ano lectivo de 2010/2011, tendo como orientadora a Mestre Maria Isabel Cunha.

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

O tema de investigação abordado no nosso trabalho é “A criança e o mundo do autismo”, onde a metodologia adoptada é baseada num Estudo de Caso de uma criança com autismo clássico em idade pré-escolar, com ele não pretendemos generalizar os resultados, mas sim, preservar o carácter particular, 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 desta problemática.

(...) Autismo é uma síndrome intrigante porque desafia nosso conhecimento sobre a natureza humana. Conviver com o autismo é abdicar de uma só forma de ver o mundo (...) É percorrer caminhos nem sempre equipados com um mapa nas mãos, é falar e ouvir uma outra linguagem, é criar oportunidades de troca e espaço para os nossos saberes e ignorância. (Bosa et Baptista, 2002:37)

A designação de *Espectro do Autismo*, referindo-se a uma condição clínica de alterações cognitivas, linguísticas e neurocomportamentais, pretendendo caracterizar o facto de que, mais do que um conjunto fixo de características, esta parece manifestar-se através de várias combinações possíveis de sintomas num contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade. Apesar disso, utiliza-se com frequência autismo como sinónimo do espectro das perturbações.

Reconhecer esta variabilidade de combinações é fundamental para compreender as pessoas com espectro do autismo e as diferentes necessidades individuais. Não obstante estes indivíduos manifestarem um conjunto de sintomas que permitem realizar um diagnóstico clínico, não existem duas pessoas afectadas da mesma forma e por isso podem ser muito diferentes entre si, não constituindo um grupo homogéneo.

Porquê as crianças com autismo? Porque consideramos que continua a ser um mistério e, como tal conhecê-las vai enriquecer-nos a experiência profissional e desenvolvimento pessoal.

A patologia, as especificidades e as exigências de uma criança com autismo implicam sucessivas adaptações e reorganizações por parte da sua família, mais concretamente dos seus pais. O seu desenvolvimento depende, também, da forma como os pais organizam o meio educacional que a rodeia, na medida em que, embora o grau de dificuldade varie muito de indivíduo para indivíduo este está, em grande parte, dependente da qualidade do trabalho educativo realizado.

Ao longo das últimas décadas foram propostas muitas abordagens, para intervir com estas crianças e com os respectivos pais, no entanto, importa salientar o envolvimento cada vez maior e mais participativo não só dos pais mas também de todos os técnicos e professores envolvidos neste processo terapêutico.

A escola é para a criança o lugar onde ela adquire conhecimentos se expande e socializa. Para a criança com este tipo de problemática, que não possui as mesmas capacidades de aprendizagem, a escola não deve ser sinónimo de exclusão mas, ao contrário, sinónimo de encontros, trocas, interações sociais com os outros, para que as suas capacidades, à partida mais limitadas, se desenvolvam graças ao ambiente físico e sobretudo social, existente na aula.

No Jardim-de-Infância, os alunos convivem num processo de partilha e diversidade, o que facilita a aprendizagem de todos, incluindo as crianças portadoras de Necessidades Educativas Especiais de carácter Permanente.

O presente estudo tem como objectivo geral conhecer as características do Espectro do Autismo e as dificuldades que esta problemática transporta consigo ao nível escolar e familiar das crianças diagnosticadas com esta patologia. Os objectivos específicos serão: conhecer o conceito de Espectro do Autismo e temas associados a ele, apresentar quais as implicações desta problemática na Educação de crianças com este diagnóstico, conhecer como as famílias lidam com a notícia de que os seus educandos são portadores de uma Necessidade Educativa Especial – NEE e perceber o contributo da intervenção precoce na criança com autismo.

O trabalho será constituído por duas partes: na primeira parte o Enquadramento Teórico, composta por dois capítulos, que pretendem transmitir através de uma revisão de bibliografia científica, uma caracterização teórica do Espectro do Autismo e a relação desta na criança em idade pré-escolar, na segunda parte o Estudo Empírico,

composta por quatro capítulos que traduzem a forma como fomos tentando dar resposta às nossas questões, centrada na observação e análise de um caso concreto.

No enquadramento teórico e no decorrer do primeiro capítulo, iremos apresentar uma perspectiva histórica do que é o Espectro do Autismo, bem como a evolução deste conceito, desde a primeira noção de Kanner até aos nossos dias. Embora sem respostas concretas e definitivas, destacam-se as questões de etiologia, a caracterização, onde será abordada a tríade de défices. Em seguida, abordaremos os modelos de intervenção, o diagnóstico e os respectivos critérios e para finalizar a avaliação.

No segundo capítulo, daremos a conhecer a criança e o mundo do autismo, descrevendo a criança com esta problemática em idade pré-escolar, o impacto do autismo na família e a contribuição da intervenção precoce nesta patologia.

O estudo empírico será constituído pelas considerações metodológicas onde aborda a Metodologia que se refere a um Estudo de Caso de uma criança diagnosticada com Autismo, no Capítulo II descrevemos a Caracterização da Realidade Pedagógica, onde caracterizamos o meio, a escola que o aluno frequenta, o grupo onde a criança está inserida, caracterizamos a família e para finalizar caracterizamos a criança.

O Capítulo III menciona a Determinação das NEE, onde será apresentado o Perfil Intra-Individual realizado através de grelhas de observação baseadas na Escala de Avaliação PEP-R e nos relatórios médicos, no último capítulo fazemos dois planos de sessões de intervenção.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ESPECTRO AUTISMO

1. PERSPECTIVA HISTÓRICA

Na literatura psiquiátrica, desde o início do século dezoito, são encontradas descrições de casos isolados do que hoje se reconhece como autismo.

Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, descreveu a síndrome da esquizofrenia, realçando um sintoma principal, a dissociação. Este médico descreveu essas crianças como se estivessem fora da realidade, associou o termo “(...) a um conjunto de comportamentos básicos da esquizofrenia.” (Pereira, 1996:19)

O primeiro trabalho científico publicado e reconhecido internacionalmente foi realizado pelo pedopsiquiatra Leo Kanner (1943), este autor estudou nos EUA um grupo de crianças, cujo, comportamento descreveu como sendo “marcadamente e distintivamente” diferente do da maioria das outras crianças. Apesar de terem uma aparência física normal, estas mostravam um isolamento extremo.

Este médico, separou, pela primeira vez, um conjunto de comportamentos, aparentemente característicos, e que algumas das crianças que seguia manifestavam, este conjunto de comportamentos ficaram conhecidos como síndrome do autismo. Kanner foi o primeiro a criar uma identidade ao Autismo diferenciada das outras perturbações de desenvolvimento.

Ao longo do seu estudo, este médico constatou que as crianças que seguia tinham incapacidade para estabelecer um relacionamento interpessoal, atraso na aquisição da fala, usavam pronomes na terceira pessoa para falarem de si mesmo, no entanto insistiu numa característica fundamental do autismo que tinha como base a insistência obsessiva em manter rotinas, demonstrando uma enorme repugnância, às novas actividades e a um leque variado de actividades. Cavaco, (2009:130-132)

Hans Asperger um pediatra de Viena, publicou um trabalho em 1944, onde descreve um grupo de rapazes que tinha um QI médio, mas para quem era “*difícil de encaixar-se socialmente*”. Os pais e professores do referido grupo descreviam como sendo “*Academicamente brilhantes, mas socialmente um pouco estranhos.*” As descrições de Asperger são, no entanto, mais amplas, surgindo com novas características sobre a doença, as quais não foram referidas por Kanner. Hewit (2006:7-10)

Gallagher et Kirk em 1998 referem que Rutter (1970) identificou quatro critérios para distinguir as crianças com autismo das excepcionais: deficiência grave no relacionamento com os pais, desenvolvimento deficiente e retardado da linguagem, comportamentos ritualistas e estereotipados, sendo comportamentos que aparecem normalmente antes dos três anos.

Wing e Gould, em 1979 publicaram os resultados do seu estudo, que confirmavam que embora as crianças com autismo apresentassem variadíssimas dificuldades, existiam três áreas de incapacidade, sendo facilmente identificadas como: linguagem e comunicação, competências sociais e flexibilidade de pensamento ou de imaginação. Conseqüentemente, a “tríade de Incapacidades” de Wing veio a ser a base do diagnóstico.

2. DEFINIÇÃO DA PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

O autismo é considerado um desafio para todos os profissionais que se interessam pelo seu estudo e pela sua compreensão. Poucas patologias têm suscitado tanto interesse e controvérsia como o Espectro do Autismo.

Segundo Garcia e Rodriguez (1997:249), “*não é tarefa fácil definir o que é o autismo (...) decidirmo-nos apenas por uma definição de autismo é procurar o impossível*”, no entanto, e numa definição geral, pode dizer-se que esta é uma perturbação do desenvolvimento essencialmente caracterizada por grandes dificuldades na comunicação e no funcionamento social. (Siegel, 2008:21)

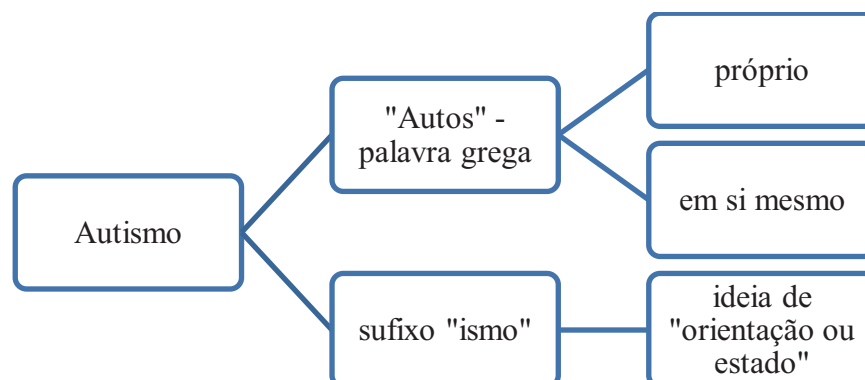


Figura 1 – Esquema sobre a origem da palavra Autismo (Fonte: Pereira,1996:9)

Do ponto de vista etiológico “autismo”, é uma palavra de origem 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.

A *National Society for Autistic Children* considera o autismo como uma inadequabilidade de desenvolvimento, que se manifesta de um modo grave, durante toda a vida, e é comum a rapazes e raparigas. Pode-se afirmar que o autismo (Frith, 1989 cit in Pereira et Serra, 2006:17-18) é 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 repositório restrito de actividades e interesses.

Em suma, o universo do autismo é uma realidade complexa que engloba conceitos distintos, mas que se cruzam em determinados pontos. A evolução que se tem verificado ao longo do tempo relativamente à sua terminologia tem convergido para um melhor esclarecimento da perturbação autista, embora seja necessário ter em conta que as características identificadas não estão presentes em todos os indivíduos, nem se manifestam sempre do mesmo modo, segundo Siegel (2008:21) “*O autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta múltiplos aspectos da forma como a criança vê o mundo e aprende a partir das suas próprias experiências.*”

3. ETIOLOGIA

Várias teorias foram propostas para determinar qual a origem do autismo, no entanto, não é conhecida qualquer etiologia específica, dado tratar-se de uma perturbação complexa em que nenhuma pessoa é igual à outra, sendo que o mais provável é que esta perturbação seja originada por múltiplos factores.

Das teorias que foram surgindo estas podem dividir-se essencialmente em três: as teorias psicogénicas, as teorias biológicas e as teorias cognitivas. Apesar de investirem em áreas bastantes diferentes, mais do que divergências, existe uma

complementaridade entre elas que, certamente, vai possibilitar uma identificação cada vez mais clara e operacional. Cavaco (2010:137)

3.1 Teorias Psiogénéticas

Inicialmente Kanner considerou o autismo como uma perturbação do desenvolvimento, constitucionalmente determinada, colocando a hipótese de uma componente genética, mais tarde acabou por ser influenciado pelas teorias psicanalistas. As teorias psicogénéticas têm as suas raízes nas teorias psicanalistas, defendendo que as crianças com este tipo de patologia eram normais no momento do seu nascimento, mas que devido a factores familiares adversos no decorrer do seu desenvolvimento, desencadearam um quadro autista.

Desta forma, segundo estas teorias,

“(...) as perturbações do espectro do autismo seriam provocadas por conflitos psicodinâmicos entre mãe e o bebé, ou devido a uma ansiedade existencial extrema sofrida pela criança, podendo ser resolvido através de conflitos originais que lhe deram origem.”
(idem:138)

Neste sentido, o autismo seria uma perturbação emocional, atribuindo-se os défices cognitivos e linguísticos das crianças autistas como resultado de um isolamento social e não provenientes de quaisquer perturbações biológicas.

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

Como refere Marques (2000:56-58), inicialmente os estudos sobre o Autismo Infantil baseavam-se sobretudo nas anomalias de interacção social, a partir da década de 60, a atenção reincidiu nos défices cognitivos associados a esta perturbação. Assim sendo, o défice cognitivo começa a assumir um papel crucial na determinação da génese do autismo. O avanço no aumento de técnicas de estudo do cérebro originou também um aumento progressivo no seu desenvolvimento.

3.2 Teorias Psicológicas

Por volta dos anos 80, surgiu uma nova teoria psicológica explicativa do autismo: a “Teoria da mente”. Os seus autores, Uta Frith, Alan Leslie e Simon Baron Cohen, sugeriram que a tríade de incapacidades comportamentais presentes no autismo resultaria de um impedimento da competência humana fundamental de “ler a mente dos outros”.

Esta teoria pretendeu identificar os défices fundamentais responsáveis pelos défices sociais no autismo, como falha no mecanismo mental da metacognição, aquele que coordena o “pensar acerca do pensamento”, como refere Marques (2000) cit *in* Pereira et Serra (2006:29)

De um modo geral, a teoria da mente traduz-se na capacidade que o indivíduo desfruta de compreender os estados mentais dos outros, incluindo pensamentos, desejos e crenças e que funciona como instrumento precioso, permitindo a compreensão e predição do comportamento dos outros.

Relativamente ao autismo e perturbações associadas, esta teoria sugere que as pessoas afectadas, por uma perturbação desta natureza, falham ou atrasam-se no desenvolvimento da competência de adoptar dos pensamentos dos outros, estando assim, limitadas de certas aptidões sociais, comunicativas e imaginativas “ (...) *esta incapacidade de desenvolver a consciência de que as outras pessoas possuem mente própria supõe uma incapacidade de auto-consciência, que provocaria uma grave alteração das relações inter-pessoais.*” (idem:29)

3.3 Teorias Biológicas

Presentemente as investigações relativas às Perturbações do Espectro do Autismo defendem que existe uma origem neurológica de base.

O Autismo vem sendo relatado como ocorrendo em

“(...) associação com uma enorme variedade de distúrbios biológicos, incluindo paralisia cerebral, rubéola, pré-natal, toxoplasmose, infecções por citomegalovirus, encefalopatia, esclerose tuberosa, meningite, hemorragia cerebral e vários tipo de epilepsia.” Gillberg (1989) cit in Marques (2000:59)

Neste sentido, é aceite que o Autismo resulta de uma perturbação em algumas áreas do Sistema Nervoso Central que acabam por afectar o desenvolvimento cognitivo e intelectual, a linguagem e a capacidade em se estabelecer relações.

Podemos concluir que as perturbações biológicas diversas podem ser as causadoras do autismo, ou seja, a existência de um carácter multi-causal. (idem:61)

3.3.1 Estudos Genéticos: Genes, Cromossomas e Autismo

A genética tem vindo a assumir um papel cada vez mais proeminente para a determinação da etiologia do Espectro do Autismo. Para isso, tem-se vindo a realizar diferentes estudos com o objectivo de determinar qual (ais) o(s) gene(s) responsáveis pelo autismo e, de que forma estes afectam o desenvolvimento das perturbações do autismo.

Alguns autores, como Gillberg e Steffenburg (1989), que concluíram o distúrbio genético de maior prevalência no autismo é o Síndrome do X frágil, este caracteriza-se por uma anomalia nas moléculas de ADN do cromossoma sexual. Neste sentido, os rapazes são mais afectados do que as raparigas, contudo segundo este autor a taxonomia relativa ao X frágil tem provavelmente um papel importante no autismo feminino.

A autora Marques (2000:63) conclui

“(...) que apesar de ter vindo a ser detectada uma grande variedade de anomalias genéticas em indivíduos com perturbações do espectro do autismo, a forma de como essa anomalia afecta o desenvolvimento ainda não é conhecida.”

3.3.2 Estudos Neurológicos

Os neurologistas identificaram um vasto número de perturbações nas crianças com autismo que podem ser atribuídas a malformações no neocortex, gânglios basais e outras estruturas.

“Acredita-se que existe um defeito congénito no sistema nervoso central, com efeitos imediatos e permanentes nos aspectos sócio-emocionais do comportamento (...) pode também produzir malformações ao nível do sistema sensorial e motor, através de uma atrofia, donde resultam os defeitos linguísticos associados ao autismo.” Pereira et Serra (2006:25)

Através das investigações na área da neuropatologia (ramo da neurologia que estuda doenças do sistema nervoso)¹, considera-se que o Espectro do Autismo é provocado por um desenvolvimento cerebral anormal, com início no nascimento e que se manifesta ao nível do comportamento durante a infância, principalmente, aquando o aparecimento da linguagem.

3.3.3 Estudos Neuroquímicos

Inúmeras investigações bioquímicas relacionadas com esta patologia realçam o papel dos neurotransmissores. Estas substâncias constituem os mediadores bioquímicos relacionados com as contracções musculares e a actividade nervosa. O excesso e /ou falta destes, pode causar alterações no comportamento.

Estas investigações incidiram sobre tudo ao nível da serotonina e alguns peptídeos que podiam actuar como neurotransmissores, embora não exista resultados que confirmem que os níveis destas substâncias alterem os sintomas ou comportamentos, “ *Alguns pais que têm retirado da dieta dos seus filhos alimentos ricos nestes elementos relatam mudanças de comportamento, mas os resultados ainda não são conclusivos.* ” Marques (2000:67)

3.3.4 Estudos Imunológicos

Os estudos imunológicos, atendendo às informações de Gillberg (1989) citado por Pereira (2006:26), sugerem a sintomatologia do Autismo pode surgir devido a infecções virais intra-uterinas como a Rubéola gravítica, uma infecção pós-natal por herpes ou então uma infecção congénita com citomegalovirus.

3.3.5 Factores Pré, Peri e Pós-Natais no Autismo

Alguns estudos consideram que os factores pré, peri e pós-natais podem estar associados à problemática do Espectro do Autismo.

¹ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Neuropatologia>

Tsai (1989), refere que alguns factores desfavoráveis ocorridos num destes períodos (pré, peri e pós-natais), aparecem com uma certa frequência nas anamneses das mães de crianças com autismo, nomeadamente: hemorragias, uso de medicação, alterações do liquido amniótico e gravidez tardia.

Actualmente, é evidente que existem condições médicas que podem predispor o desenvolvimento desta patologia, contudo em muitas crianças não é possível encontrar uma condição médica.

Na procura de solucionar este quebra-cabeças – Cohen e Bolton – em 1994 propuseram um modelo, ao qual chamaram: Modelo do Patamar Comum (Figura 2) que de acordo com estes autores, existem várias causas que afectam várias áreas cerebrais e que serão estas áreas as responsáveis pelo desenvolvimento normal da comunicação, do funcionamento social e do jogo. Marques (2000:68-69)

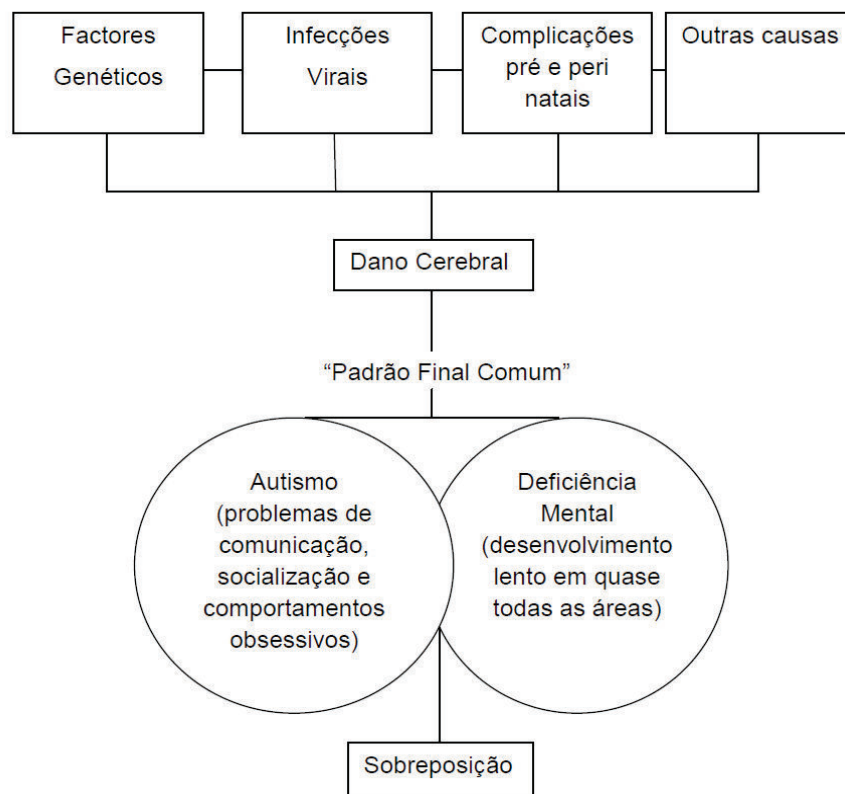


Figura 2 - Modelo de patamar Comum, Adaptada de Cohen e Bolton (1993) cit *in* Marques 2000:69

Esta Teoria faz de certa forma a síntese de todas as outras, uma vez que todas se complementam, de forma a clarificar melhor o Autismo.

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PROBLEMÁTICA

“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.” Marques (2000:28), citando Fejerman et Rapin (1994)

À medida que vão crescendo, vão-se tornando mais predispostas para participarem passivamente na interacção social. Contudo, podem tratar as outras pessoas de forma pouco usual, como esperar que os intervenientes respondam a questões ritualizadas de forma específica.

Uma outra característica é o facto de apresentarem défices no entendimento social, porém compensam esses défices aprendendo muitas regras de comportamento social, assimilando-as de forma rígida, além disto, têm dificuldades em identificar as emoções e os sentimentos no outro.

Quando indivíduos mais velhos têm bons rendimentos em exercícios que envolvem a memória a longo prazo, como fixar datas históricas, fórmulas químicas ou letras de canções ouvidas em anos anteriores, necessitam de fazer uma repetição constante. Marques (2000:29-30)

Para Bandura (1969)

“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 evidência mais disfuncional reside no domínio social.” citado por Pereira 2006:18

Wing e Gould (1979), referidos por Hewitt (2006:56), realizaram um estudo epidemiológico que lhes permitiu perceber que as crianças com diagnóstico do Espectro de Autismo apresentavam uma tríade de perturbações muito específicas, como podemos observar na Figura 3.

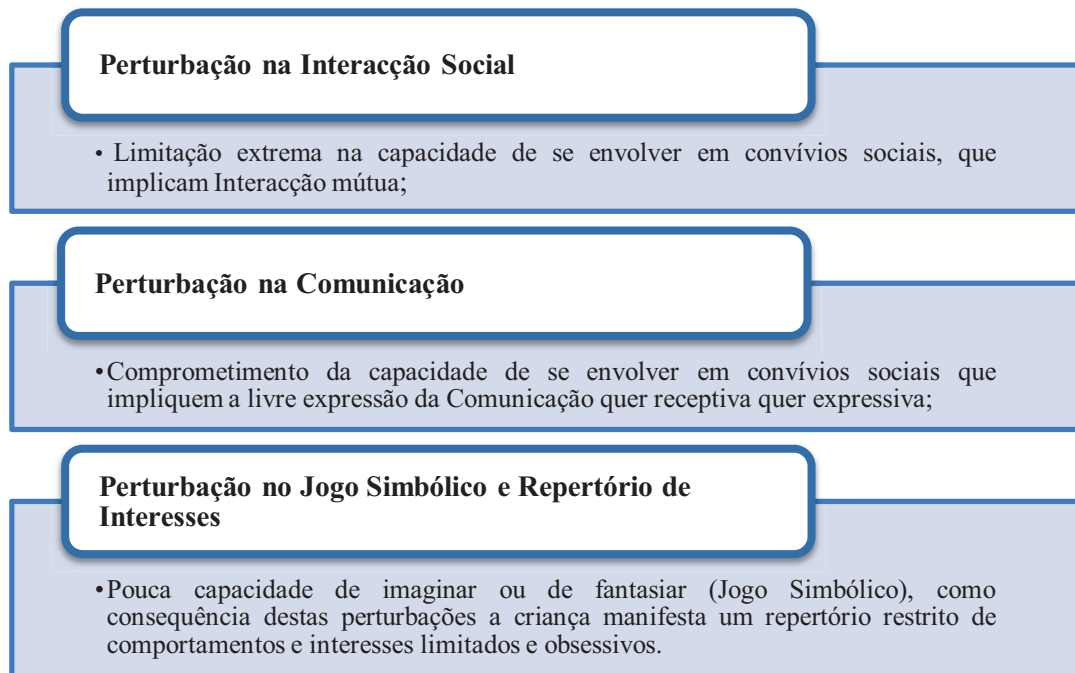


Figura 3 - Principais características comportamentais do Espectro do Autismo, segundo a Tríade de Perturbações.

O Autismo caracteriza-se, essencialmente, por um desenvolvimento deficitário da comunicação e interação social e um repertório muito limitado das actividades e interesses. As manifestações desta perturbação dependem do nível de desenvolvimento do sujeito e da sua idade cronológica.

Como já foi referido anteriormente, os sintomas podem ser diferentes nas distintas fases de desenvolvimento da criança com Espectro do Autismo, por isso este conjunto de características pode adoptar diferentes combinações, devemos realçar que as características não são as mesmas ao longo da vida, mas não significa que o diagnóstico se altere ou que a criança ficou curada.

Segundo Happé (1994), o aparecimento e desaparecimento de determinadas características apenas significa que existiram alterações globais no comportamento da criança. As características determinam em muito o tipo e o grau de dificuldade que poderemos sentir ao trabalhar com indivíduos com o autismo e, desta forma, deverá ser realizado um trabalho orientado para as características específicas do indivíduo com o qual trabalhamos, de forma a responder o melhor possível às suas próprias necessidades.

No autismo, as características específicas como a dificuldade de interacção social estão sujeitas a variar com o tempo e o nível de desenvolvimento do indivíduo.

Os indivíduos com Autismo podem apresentar as seguintes características:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em descodificar expressões ou emoções (próprias ou no outro); • Interesses repetitivos e estereotipados; • Rituais compulsivos; • Resistência à mudança; • Dificuldade em expressar as suas necessidades; • Apego inadequado a objectos; • Maneirismos motores estereotipados e repetitivos; • Alheamento; • Hiperactividade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos auto e hetero agressivos; • Choros e risos imotivados; • Necessidade de se auto – estimular; • Sem linguagem falada; • Ecolália; • Discurso na 2ª ou na 3ª pessoa; • Linguagem idiossincrática (significados próprios); • Linguagem rebuscada; • Hipo reactividade; • Reactividade flutuante; • Hiperactividade ou extrema passividade;

Quadro I - Características do Autismo, segundo Garcia e Rodriguez (1997)

As crianças mais pequenas além de serem “peritas” em isolarem-se mesmo numa sala cheia de familiares, podem sentir dificuldades em acariciar, aversão aos afectos, ausência de contacto visual ou de resposta à voz dos pais, segundo Siegel (2008:41)

“As interacções sociais são pouco frequentes e, usualmente, menciona-se que o indivíduo com autismo vive num “mundo à parte” ou “no seu próprio mundo (...) Ao nível da vinculação, estes mantêm pouco contacto de vinculação com os parentes mais próximos, como o pai ou a mãe.”

Seguidamente, procedemos à análise concisa dos principais modelos de intervenção e o papel que os pais desempenham.

5. MODELOS DE INTERVENÇÃO

Segundo Falcão (1999)

“ (...) apesar de não existir cura para o autismo é possível reduzir algumas limitações a esta problemática. A intervenção terapêutica pode ajudar a diminuir os comportamentos indesejados e a educação deve ensinar actividades que promovam maior independência da pessoa com autismo.” Santos et Sousa (2009:5)

Através de uma boa organização da terapia, pode ser uma resposta às necessidades da pessoa com Espectro do Autismo. Esta, supostamente equilibrada, incide em três níveis de intervenção, sendo eles, a intervenção assistencial, educacional e psicológica. Na intervenção assistencial, tem-se em conta o bem-estar físico de segurança, higiene e saúde. A intervenção educacional pretende modificar alguns comportamentos, como no contexto relacional escola/casa/família/sociedade. Quanto à intervenção psicológica, visa atingir os factores não claramente visíveis, “*mas que potencializam e determinam um crescimento e organização estrutural bio-psicoemocional equilibrada e normal no ser humano*”. (Pereira: 1996:64)

5.1 Modelos de Intervenção de Natureza Psicanalítica

“ (...) faz uso de uma variedade de conceitos psicanalíticos adaptados às técnicas e necessidade da criança. O processo de transferência permite que os desejos inconscientes do paciente, face aos outros, se actualizem durante o procedimento psicanalítico; os desejos e os conflitos são habitualmente considerados como uma repetição dos protótipos infantis. Deste modo, no decurso da sessão terapêutica, são utilizados brinquedos com o intuito de facilitar o estabelecimento da relação.” Marques (2000) cit in Pereira et Serra (2006:45)

De acordo com a autora, este modelo de intervenção estruturada teve início em 1943 e perdurou até aos anos sessenta, como nessa época predominava as teorias psicanalíticas, as orientações terapêuticas eram de índole psicanalítica e adaptadas às necessidades das crianças.

A terapia tinha como objectivo encontrar o equilíbrio “*através da reconstrução do mundo afectivo*” (Marques, 2000:88), encaminhando o medo, a ansiedade e a tensão para o terapeuta. Desta forma, reconstruía-se o “eu”, através da intervenção no inconsciente, pois os desejos inconscientes actualizam-se face aos outros. O modelo em questão baseava-se no tipo de intervenção terapeuta/criança e os pais não assumiam qualquer função participativa, o seu papel era desvalorizado.

Na verdade, o modelo psicanalítico exige muitos pré-requisitos cognitivos e, portanto, é difícil de aplicar, não sendo desejável fazê-lo de forma rígida e ortodoxa. As dificuldades apresentadas e críticas correntes a esta abordagem abriram caminho para uma procura mais intensa de novas orientações terapêuticas.

5.2 Modelos de Intervenção de Natureza Comportamental

Segundo Pereira et Serra, os comportamentalistas davam valor à existência de “ (...) reforços pobres e de padrões de aprendizagem negativos, conservando o aspecto central da culpa e da responsabilidade dos pais.”

Para estes psicólogos de orientação comportamental, a intervenção podia ajudar a melhorar as capacidades dos jovens com autismo, assim como permitir a aquisição de uma série de competências como a linguagem, a autonomia e competências sociais. O programa tinha como objectivo ensinar um conjunto de competências para o jovem funcionar adequadamente em casa ou na escola. O grau de complexidade e de exigência ia aumentando gradualmente, consoante as competências que iam sendo adquiridas, sendo este treino intensivo com cerca de 40 horas de treino por semana durante sensivelmente dois ou mais anos.

No que diz respeito às críticas, mencionam a carência da generalização das competências apreendidas noutros contextos, a desvalorização das preocupações e prioridades parentais e a necessidade de se adaptar progressivamente uma intervenção evolutiva da criança.

No que concerne aos pais, estes assumiam uma postura didáctica, onde tinham a função de transmitir os conhecimentos adquiridos. Para existir sucesso neste tipo de intervenção os pais teriam de proceder a utilização deste método de forma persistente e sistemática em casa e, para tal acontecer, pais eram sujeitos a um curso de treino na utilização das técnicas comportamentais.

5.3 Modelos de Intervenção de Natureza Cognitivo-Comportamental

Os modelos que vamos mencionar seguidamente, podem ser definidos como programas de transição entre os modelos comportamentais tradicionais e os modelos cognitivos. Seguidamente iremos apresentar de forma sucinta os principais tipos de intervenção que têm assumido grande relevo na actualidade.

5.3.1 Modelo TEACCH

Sabendo as características especiais destas crianças, chegou-se à conclusão que os ambientes educativos estruturados na educação das crianças com autismo era o mais vantajoso para o seu desenvolvimento. Aparece então o programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children - Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da Comunicação).

Este programa teve origem nos Estados Unidos da América, no ano de 1971 pelo professor Eric Schopler e seus colaboradores e, desde então, tem servido como modelo internacional, foi concebido para as crianças com Perturbações do Espectro do Autismo de todas as idades.

Baseia-se na ajuda às pessoas com espectro do autismo e às suas famílias, uma vez que existe uma grande preocupação em preparar os autistas para serem mais autónomos e atenuarem os seus comportamentos mais característicos., como refere Pereira et Serra (2006:51) “ (...) *ajudar a as pessoas autistas para que vivam ou trabalhem de forma mais autónoma possível em casa, na escola ou no local de trabalho.*”

O modelo estabelece sete princípios orientadores, sendo eles: a melhoria na adaptação, através da integração no meio e do desenvolvimento das competências; avaliação e intervenção individualizadas, através de um programa de intervenção; estruturação do ensino; Identificar as competências emergentes, na avaliação; abordagem terapêutica cognitivo-comportamental, em que se acredita que qualquer comportamento inadequado pode derivar de um défice ao nível da percepção ou compreensão; apelo ao técnico “generalista”, podendo trabalhar melhor em ambiente e contexto familiar; apelo à colaboração parental, de modo a trabalharem com os técnicos, permanecendo em casa.

Segundo Schopler, são quatro as componentes principais do ensino estruturado²: a Estruturação Física que está dividida por seis áreas de aprendizagem: Aprender; Trabalhar; Brincar; Computador; Trabalho em grupo; Reunião. A Informação Visual, o Plano de Trabalho e as Pistas Facilitadoras do Desempenho, são as restantes componentes.

² www.appda-lisboa.org.pt/

Esta intervenção tem a limitação da continuidade do trabalho por parte do terapeuta, mas há um apelo à participação dos pais, enquanto parceiros activos. Como a nossa investigação incide-se numa criança com idade pré-escolar, o programa Portage sendo um modelo dirigido às crianças desde o nascimento até aos 6 anos, será apresentado e descrito pormenorizadamente a seguir.

5.3.2 Programa Portage

O modelo Portage teve a sua origem em comunidades rurais do estado Wisconsin, E.U.A., onde levar uma criança a uma escola ou outra instituição, para receber qualquer forma de programa educativo, implicava longas e difíceis deslocações. A escassez de recursos em intervenção precoce pesou igualmente na criação do modelo Portage.

O Programa Portage é um sistema de ajuda à educação precoce, domiciliário e dirigido aos pais de crianças com necessidades educativas especiais, de acordo com Marques (2000:93)

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

Assim, os pais devem ser, necessariamente, preparados para anular os comportamentos inadequados e estimular respostas momentâneas, tendo uma função demasiado pedagógica. Estes assumem um papel em que há uma aceitação obrigatória, imposta por pessoas exteriores à família, ou seja, os técnicos. Na Inglaterra, o modelo passou a ser utilizado a partir de 1976 e visionou-se resultados positivos devido às estratégias educativas e ao ensino individualizado, sempre com a presença do agente educativo. Em 1992, criou-se em Portugal a Associação Portage, para divulgar entre as famílias de crianças com necessidades educativas este modelo de intervenção.

O Programa Portage de Educação Precoce tem os seguintes componentes: Lista de Registo de Comportamentos – é composta por 619 comportamentos divididos em seis áreas; Ficha de Actividades – é uma ficha que fornece sugestões de pelo menos três

actividades, para determinado comportamento; Folhas de Registo de Actividades – são folhas utilizadas de forma conjugada com a Lista de Registo de Comportamentos;

Tal como já foi referido anteriormente, as Fichas de Actividades e a Lista de Registo de Comportamentos estão divididas em seis áreas de desenvolvimento: Estimulação do bebé; Socialização; Linguagem; Autonomia; Cognição; Desenvolvimento Motor.

Iremos em seguida abordar dois modelos de intervenção no qual a criança que faz parte do nosso trabalho de investigação beneficia, o Modelo Son Rise e a Terapia Ocupacional.

5.3.3 Modelo Son Rise

“A participação espontânea da criança em interacções dinâmicas, envolventes e estimulantes é factor chave para o tratamento e recuperação do autismo.” Houghton (2008:2)

O modelo de Son Rise teve origem nos EUA, no início dos anos 70, foi criado por um casal Barry e Samahria Kaufman, cujo filho Raun tinha sido diagnosticado com Autismo severo e um QI abaixo de 40. Os especialistas diziam que não havia esperança de recuperação. Determinados em ajudar o filho decidiram procurar uma forma de se aproximarem do filho.

A ciência naquela época, não oferecia orientação alguma para facilitar o desenvolvimento social de crianças com Autismo. Desde que Raun melhorou, após três anos de trabalho intensivo, os Kaufman têm oferecido o programa Son Rise a várias famílias internacionalmente. Até o momento, ainda não se realizou nenhum teste longitudinal rigoroso quanto à eficácia deste programa embora se possa ver que os princípios-chave desta abordagem contam com o apoio da literatura de pesquisa actual.

Este método valoriza a relação entre as pessoas e consiste em ensinar a criar e implementar programas e acções centradas nas crianças, que se tornam em participantes activas. Os pais aprendem a interagir de uma forma divertida e dinâmica com os filhos, encorajando, desta forma, o desenvolvimento social, emocional e cognitivo.

“Toda a aprendizagem acontece no contexto de uma interacção divertida, amorosa e espontânea que inspira tanto pais como filhos. Pais que utilizam o Programa Son-Rise relatam não somente um progresso magnífico no desenvolvimento dos filhos, mas também uma melhora dramática em seu próprio bem-estar emocional.”³

De acordo com Houghton (2008:3), este programa decorre num quarto, normalmente na casa da criança, estruturado para diminuir estimulação sensorial. Apenas cores neutras são utilizadas e as cores com grande contraste ou os padrões com altos níveis de distração são evitados. Não existe painéis visuais com alto nível de distração e só é empregada iluminação natural ou incandescente. Todos os brinquedos e objectos são mantidos fora do chão em prateleiras nas paredes de forma a propiciar uma área no chão para se brincar que seja livre de distrações.

Um dos factos a ser realçado é que durante as sessões de brincadeiras no quarto de brincar está apenas um adulto e uma criança. Isso significa que os únicos barulhos ou movimentos existentes na sala serão os dela. As crianças, no Programa Son-Rise baseados em casa, frequentemente tomam a iniciativa de ir para o quarto de brincar, brincam ali mesmo quando estão sozinhas e conversam sobre o quanto gostam de seu quarto especial. Há muitos relatos informais que sustentam esta afirmação.

“Quanto mais tempo a criança passa envolvida com um adulto, mais a criança aprende. Observa-se que as crianças com autismo que demonstram mais atenção, alcançam níveis mais altos de desenvolvimento linguístico.” Mundy et al, 1990; Sigman et Rusky, 1997; Dawson et al, 2004 citado por Houghton (2008:4)

Os pais e os técnicos que utilizam este programa, quando trabalham com uma criança com autismo individualmente, têm como desafio a exclusão da experiência social, que caracteriza esta problemática.

Houghton (2008:7) refere que existem duas formas, sendo a criança o foco central, de tornar a interacção motivadora: seguir a criança, ou seja, motivar a criança e dar controlo, isto é, ser sensível à criança.

Relativamente à primeira forma, uma das estratégias que o Son Rise usa para motivar as crianças com autismo é a utilização de objectos e actividades com os quais a criança está motivada. Esta abordagem baseada em brincadeira começa com a área de motivação da criança (ex.: saltar na cama elástica). O adulto junta-se a essa brincadeira

³http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/languages/portuguese_version.php

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

A segunda forma que facilita o aparecimento de um interesse espontâneo e genuíno é dar controlo ou empregar um estilo responsivo de interacção.

Sabendo que este programa é centrado na criança significa que o tema da brincadeira resulta dos interesses individuais da criança; e a criança escolhe quando quer começar e terminar aquela interacção.

Num estudo de famílias utilizando o Programa Son Rise em suas casas, Williams (2004, referido por Houghton, 2008:14), descobriu que as famílias se sentiam geralmente mais positivas, uma vez que desenvolviam o Son Rise e referiam uma melhoria na interacção de toda a família. O número de famílias que escolheram usar, é testemunho do facto de que os pais estão à procura de algo diferente do que é oferecido pelas abordagens tradicionais ao autismo.

Como já foi referido anteriormente, vamos descrever outro modelo de intervenção utilizado pela criança em estudo, a Terapia Ocupacional.

5.3.4 Terapia Ocupacional

Não existe uma data precisa sobre a fundação da Terapia Ocupacional. Algumas ideias e práticas são identificadas durante o século XIX contudo, a Terapia Ocupacional tem a sua origem nos Estados Unidos da América no início do séc. XX. O nome da profissão foi atribuído por George Barton em 1914.

George Barton era arquitecto e começou a interessar-se pelo uso da ocupação como método de tratamento devido à sua experiência pessoal como indivíduo portador

de deficiência. Fruto desse interesse, estabeleceu contacto com outras pessoas que usavam a ocupação como tratamento e em 1917 formou a Associação Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional. Em 1921, foi alterado o nome para Associação Americana de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association (AOTA)).

Segundo com Faias 2002 citado por Mota (2004:14)

“A Terapia Ocupacional é uma profissão em evolução. Ao longo dos anos o estudo da ocupação e dos seus componentes tem ensinado a profissão sobre os seus conceitos intrínsecos e construtores que guiam a prática da Terapia Ocupacional. O Enquadramento da Prática de Terapia Ocupacional: Domínio e Processo é a evolução lógica de uma série de documentos que têm sido desenvolvidos nas últimas décadas para promover uma maior consistência no objecto e terminologia da profissão.”

Neste sentido a Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde, que serve-se de actividades como instrumento terapêutico. Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), Terapia Ocupacional é

“(...) a arte e a ciência de orientar o homem para execução de determinadas tarefas, com o objectivo de restaurar, reforçar e melhorar o seu desempenho, facilitar o aprendizado de ofícios e funções essenciais a sua adaptação ao meio e sua produtividade, diminuir ou corrigir tendência patológicas, melhorar e conservar a saúde”.⁴

O objectivo principal da Terapia Ocupacional é promover a vida a partir da procura de melhor qualidade possível, dentro das capacidades e limitações de cada indivíduo. O trabalho é desenvolvido com várias faixas etárias, desde indivíduos recém nascidos até idosos.

O tratamento de Terapia Ocupacional, quase sempre, é desenvolvido junto a uma equipa multidisciplinar onde, percebemos que a troca entre os profissionais é fundamental nos resultados do tratamento.

Os locais da prática profissional são: escolas, faculdades, ambulatórios, clínicas, hospitais, centros comunitários, empresas, entre outros, podendo muitas vezes, se estender ao domicílio e/ou comunidade da pessoas em tratamento.

De acordo com o Decreto de Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro - art. 5º, a terapia ocupacional é

“ q) avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social e outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em actividades seleccionadas consoante o objectivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade, através de estratégias adequadas com vista

⁴ <http://www.aota.org/>

a proporcionar ao individuo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respectivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para a melhoria da qualidade de vida.”

De uma maneira geral, é importante que a Terapia Ocupacional coloque a criança com autismo em contacto directo com o que ela pode fazer para suprir suas necessidades básicas e essenciais ao seu desenvolvimento, também com o papel de orientar a família de como fazê-la realizar acções que favoreçam o seu convívio social, ensinando-lhe também os limites dos quais deve obedecer.

Seguidamente apresentamos o diagnóstico e seus critérios e a avaliação e classificação desta problemática, referindo alguns instrumentos utilizados para avaliar a pessoa com Espectro do Autismo.

6. DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO

Segundo Siegel (2008:41), o diagnóstico tem dois propósitos, *“Primeiro, um diagnóstico é um rótulo. Significa que o problema é reconhecível e já aconteceu antes. (...) O segundo propósito muito importante do rótulo ou diagnóstico, é que é um bilhete para aceder aos diferentes serviços de apoio.”*

O diagnóstico nesta problemática é também fundamental, e, numa primeira instância, permite explicar à família o que a criança tem, permitindo dar-lhes uma ideia daquilo que poderão vir a esperar do seu filho, pois descreve quais os sintomas do Espectro do Autismo na criança em questão, os sintomas mais marcantes e os mais moderados, assim como uma descrição dos pontos fortes e fracos da criança diagnosticada. Numa segunda instância diagnosticar permite iniciar um plano de tratamento e encaminhar a criança aos serviços de que deverá vir a poder usufruir, aqueles de que ela necessita para colmatar as suas necessidades e dificuldades.

O diagnóstico faz surgir o tratamento e este atende a diferentes tipos de serviços que, durante o processo, podem vir a mudar consoante a evolução da criança. Este tem por base o comportamento, sendo realizado através da interpretação da significação do desvio, da ausência ou do atraso em determinado comportamento. Como tal, quanto mais cedo se efectuar o diagnóstico, mais precocemente se poderá intervir, e haverá

probabilidade dessa intervenção poder ter um impacto fulcral no desenvolvimento da criança, e na sua família.

6.1 Critérios de Diagnóstico

Actualmente, existem vários instrumentos de diagnóstico e avaliação das crianças com esta patologia, destacando-se o DMS-IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais; *American Psychiatric Association*) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). De acordo com estes instrumentos, a Perturbação Autística é por vezes denominada de Autismo Infantil, Autismo Infantil Precoce e Autismo de Kanner. Esta localiza-se nas Perturbações Invasivas do Desenvolvimento, dos quais fazem parte o Perturbação de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e o Transtorno de Asperger.

Os critérios do DMS-IV-TR (2006) para a perturbação autista são divididos por três categorias e itens associados. O primeiro refere-se ao défice qualitativo na interacção social, e é considerado quando manifestado pelo menos por duas das seguintes características:

- (a) *acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contacto ocular, expressão fácil, postura corporal e gestos reguladores da interacção social;*
- (b) *incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;*
- (c) *ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectivo (por exemplo; não mostrar, trazer ou indicar objectos de interesse);*
- (d) *falta de reciprocidade social ou emocional;*

O segundo refere-se aos défices qualitativos na comunicação, e é considerado quando existe manifestação por uma das seguintes características:

- (a) *atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhada de tentativas para (compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);*
- (b) *nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversa com os outros;*
- (c) *uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;*
- (d) *ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento;*

O terceiro diz respeito aos Padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados, que é considerado quando há manifestação de pelo menos por uma das seguintes características:

- (a) preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no objectivo;*
- (b) adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;*
- (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo);*
- (d) preocupação persistente com partes de objectos.*

Com o objectivo de determinar se um indivíduo tem Espectro do Autismo, é necessário manifestar, pelo menos, um atraso ou funcionamento anormal nas áreas de interacção social, linguagem utilizada na comunicação social e no jogo simbólico ou imaginativo.

De facto, é fundamental revelar, no mínimo, 6 dos 12 sintomas, assim como, pelo menos 2 na área social e 1 em cada uma das categorias da comunicação e dos comportamentos / interesses. Segundo o DMS-IV-TR, um dos sintomas apresentados manifesta-se antes dos 3 anos de idade. Esta perturbação não beneficia da presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância para ser explicada. Em seguida, vamos descrever os critérios correspondentes à CID-10.

Critérios de diagnóstico para o Distúrbio Autista – CID – 10, segundo Pereira et Serra (2006:41) adaptado de Gillberg 1995.

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

- 1) Incapacidade de usar adequadamente o olhar, expressão facial, gestual e os movimentos corporais nas interacções 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 em caso de ansiedade, desconforto, ou sofrimento;*
- 4) Inexistência de procura espontânea para partilha de alegrias, interesses ou de sucesso com os outros;*
- 5) Ausência de reciprocidade social e emocional, que se manifesta por respostas perturbadas ou anormais às emoções dos outros, ou ausência de modulação do comportamento em função do contexto social.*

Problemas qualitativos da 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.*

Comportamentos, interesses e actividades restritas, repetitivas e estereotipadas, manifestação de pelo menos um dos sintomas seguintes:

- 1) *Ocupação obsessiva por um ou vários centros de interesse estereotipados e limitados*
- 2) *Adesão aparentemente compulsiva a 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.*

6.2 Avaliação Psicoeducativa

“Avaliar uma criança autista requer o contributo de uma equipa interdisciplinar experiente, uma vez que existe um atraso em múltiplas áreas do desenvolvimento.” (Pereira et Serra 2006:38)

Nesta problemática equipa de avaliação poderá ser constituída: neurologistas, terapeutas da fala, psicólogos, pedopsiquiatras, pediatras, terapeutas ocupacionais, técnicos de serviço social que deverão trabalhar, conjuntamente, com os pais, educadores/professores, uma vez que estes últimos acompanham a criança no seu quotidiano e poderão fornecer mais informações sobre o seu dia-a-dia. O trabalho em equipa é um instrumento fundamental para se iniciar e dar continuidade ao tratamento.

A avaliação da criança é realizada, principalmente, ao nível comportamental, já que na actualidade ainda não existem marcadores físicos específicos para esta perturbação. Deste modo, o diagnóstico baseia-se na forma como a criança se comporta, ou seja, na demonstração de comportamentos específicos.

Como refere Siegel (2008:119)

“(...) o diagnóstico do autista é feito com base numa avaliação do comportamento da criança, incluindo testes às suas interacções sociais, à sua inteligência, à sua linguagem receptivo-expressiva, ao seu comportamento adaptativo e à presença, ou ausência, de sinais específicos de autismo.”

A prática da avaliação psicoeducacional pode auxiliar na detecção precoce e identificação das áreas educativas em que existem mais dificuldades, isto é, permite verificar quais as áreas fortes, fracas e emergentes da criança, indicando as suas maiores dificuldades, assim como as medidas a prosseguir.

Apenas após a avaliação pormenorizada dos aspectos relativos a cada uma das áreas de desenvolvimento, baseada em informações provenientes dos relatórios médicos, psicopedagógicos e sócio-familiar, pode-se realizar um plano de intervenção educativo e/ou terapêutico.

De acordo com Bautista et al (1997), na avaliação podem ser utilizados diferentes instrumentos, tais como: escalas de desenvolvimento e comportamento, registo de observação de comportamentos, questionários, entrevistas, entre outros. A fim de obter o maior número de informações fiáveis torna-se fundamental observar a criança nos diferentes contextos em que se encontra por exemplo na escola, em casa.

Um dos instrumentos de avaliação mais utilizados é o Psycho Educacional Profiler, conhecido por PEP que passarei a apresentar. O PEP surgiu em 1979 mas a sua edição revista surgiu em 1988, sendo agora reconhecido por PEP-R. A sua revisão surgiu devido à necessidade de “(...) *responder à demanda de aplicação do teste em crianças pequenas*”, já que, a possibilidade de um diagnóstico cada vez mais precoce, origina que as próprias famílias procurem o acesso a um tratamento o quanto antes.

O PEP-R é um instrumento de avaliação que visa medir a idade de desenvolvimento das crianças com Autismo ou perturbações de comunicação. Este instrumento é composto por duas escalas: a primeira avalia o nível de desenvolvimento da criança e a segunda, o nível de comportamento.

Este instrumento foi desenvolvido para a “(...) *apreciação tanto das áreas de habilidade, quanto das deficitárias*”, uma vez que, os instrumentos tradicionais falhavam, talvez devido há pouca cooperação das crianças autistas em situações de testagem, ou pela dificuldade da mesma em contactar com os examinadores, ou ainda, este último os compreender. O perfil de desenvolvimento obtido é então utilizado no planeamento educacional, principalmente em relação ao Modelo de Intervenção TEACCH⁵.

⁵ www.appda-lisboa.org.pt

O instrumento de avaliação em questão é usado numa população alvo dos 1 aos 12 anos e, segundo Schopler (1994:12), esta escala dá-nos informações ao nível de desenvolvimento da criança em diferentes áreas, tais como: imitação, percepção, motricidade global e fina, percepção óculo-manual, realização cognitiva e cognição verbal; e ao nível do comportamento: relacionamento afectivo, jogo e interesse pelos materiais, respostas sensoriais e linguagem.

A escala do comportamento do PEP-R destina-se à identificação de comportamentos não habituais característicos do autismo. O objectivo é o diagnóstico: fornece informações sobre o grau de desorganização e de desvio dos comportamentos presentes na criança, localiza os domínios precisos nos quais esses comportamentos se manifestam. A avaliação é concretizada através da cotação das respostas (1-10) para os seguintes indicadores: ao nível do desenvolvimento será o “sucesso” (a criança realizou a tarefa com sucesso), “emergente” (actividade que a criança só realiza auxiliada ou se for demonstrada), “insucesso” (a criança não conseguiu realizar a tarefa); e ao nível do comportamento, este é considerado como: “apropriado”, “médio” ou “severo”.

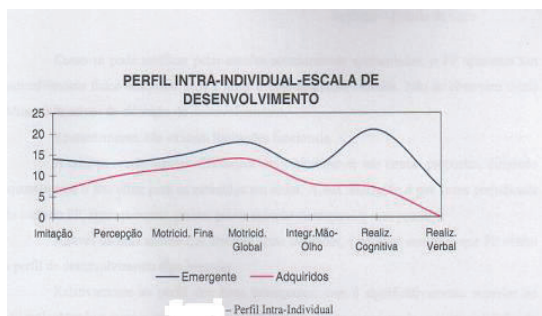


Figura 4 – Perfil intra-individual, Escala de desenvolvimento do PEP.R.



Figura 5 – Perfil da Escala de Comportamento PEP.R.

Como forma de conclusão e para facilitar a interpretação dos resultados, elaboram-se dois gráficos distintos (Figura 4 e a Figura 5), que servirão como base para redigir o relatório avaliativo final. Este deverá ser inserido no processo do aluno, onde vai ficar registado, depois de analisados os pontos fortes e fracos da criança, o nível de desenvolvimento e a idade de desenvolvimento em que a criança se enquadra. Permite também a determinação das competências emergentes em cada uma das áreas avaliadas, que servirão de base para a realização do Plano Individual de Intervenção.

CAPÍTULO II – A CRIANÇA E O MUNDO DO AUTISMO

1. A CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO NA IDADE PRÉ- ESCOLAR

O desenvolvimento da criança em idade pré-escolar é caracterizado pela presença de características físicas, psicológicas e sociais próprias que não são mais do que o resultado do binómio hereditariedade/meio ambiente em constante dialéctica. Na realidade, é a sua estrutura e funcionalidade comportamental, para não utilizar nesta fase o termo personalidade em construção, que se encontram em formação, possuindo já uma história individual e social, que está em íntima relação com a família e os membros da comunidade em que está inserido.

É assim a partir desta visão que temos a criança como um ser bio psicossocial, onde se deve ter em atenção toda uma série de dimensões e/ou áreas de desenvolvimento, que vão permitir um desenvolvimento integral e o mais saudável possível, tendo em vista a estabilidade emocional, relacional e afectiva no futuro.

De uma forma geral as crianças tem curiosidade pelas pessoas e por tudo o que a rodeia. Por volta do primeiro aniversário, uma criança com desenvolvimento normal interage com os outros olhando directamente nos olhos do seu interlocutor, copia palavras e movimentos, e faz gestos simples como bater as mão e dizer “adeus”. Ao longo do tempo começa demonstrar interesse por alguns jogos sociais tais como o “faz de conta” e o “escondidinhas”.

Como já foi referido anteriormente, o autismo é geralmente identificado na criança por volta dos três anos de idade. Uma criança em idade pré-escolar com autismo “clássico” geralmente retira-se ou isola-se e passa a não responder a outras pessoas.

Denota-se, alguma dificuldade no estabelecimento do contacto visual, fazendo-o ocasionalmente, o que vai de encontro ao estudo realizado por Pereira (1996:57), que nos diz que enquanto “*as pessoas normais usam o contacto pelo olhar de um modo especial, ou seja quando desejam captar a atenção daqueles com quem comunicam*”, nas pessoas com Autismo esse contacto parece ser fortuito, superficial e fugidio, havendo muitas vezes a sensação, por parte de quem se relaciona com elas, de estarem

apenas atentos em momentos episódicos. Elas também podem envolver-se em rituais repetitivos, interagindo apenas consigo mesma. Apresentam comportamentos como balançar, bater palmas, ou uma necessidade obsessiva de manter uma determinada ordem em brinquedos ou outro tipo de objectos.

Uma das características relevantes destas crianças é a ausência virtual da capacidade do jogo simbólico, isto é, elas não se integram nos típicos papéis das brincadeiras “pais-filhos”...”doutores-enfermeiras” e não há lugar ao “faz de conta”, ou seja, não interage com os outros, pode não dar resposta aos desafios ou às brincadeiras que lhe fazem. De acordo com Jordan (2000:115) *“As crianças com autismo não se juntam espontaneamente a outras crianças em jogos de faz de conta, embora possam aprender com os colegas ou professor, a executar certas acções.”*

A criança não utiliza os brinquedos na sua função própria, por exemplo um carro pode ser um instrumento de arremesso ou servir para movimentar as rodas (que estão viradas para cima) e não um carro para movimentar no caminho, uma boneca pode servir para desmanchar e partir mas não para embalar.

As crianças com autismo na idade pré-escolar têm falta quase completa de motivação para alcançar qualquer objectivo, mas tendem a demonstrar satisfação quando realizam um trabalho e raiva e frustração se não são capazes de executar qualquer tarefa.

Dos três aos cinco anos de idade o comportamento de uma criança com autismo tende a tornar-se mais óbvio. A criança não fala ou ao falar, utiliza a ecolália (a criança repete (eco) o mesmo som, repetitivamente) ou inverte os pronomes, tende a imitar muito bem, reproduzindo exactamente aquilo que ouvem, incluindo a entoação e o sotaque. Há crianças que falam correctamente mas não utilizam a linguagem na sua função comunicativa, continuando a mostrar problemas na interacção social e nos interesses.

Algumas crianças com esta problemática nesta idade têm muita dificuldade em partilhar e esperar pela sua vez – bastante mais do que as outras crianças. A Memória destas crianças é excepcionalmente boa, especialmente para acontecimentos pessoais, mas em relação ao conhecimento geral do mundo (memória de factos) esta parece deficiente; as dificuldades na linguagem implicam uma diminuição nas capacidades de raciocínio, planificação e memória.

A maioria das crianças autistas tem dificuldades de aprendizagem a nível geral e aquelas que se situam dentro de parâmetros normais de inteligência apresentam determinadas dificuldades na aquisição de conhecimentos e no raciocínio, que afectarão o acesso aos conteúdos curriculares, o que pode exigir abordagens específicas de aprendizagem (Jordan 2000:102).

2. O IMPACTO QUE O AUTISMO TEM NA FAMÍLIA

“Antes de os pais de uma criança com autismo serem pais dessa criança, eram um casal. Antes de se conhecerem, eram indivíduos com as suas identidades particulares.” Siegel (2008:183)

Quando se inicia uma nova família e se concebe um novo lar, também se dá início a um processo de adaptação, a vários níveis, desde as rotinas diárias, à (re)construção de valores e às condutas adaptativas da nova base familiar. Com a perspectiva da chegada de um filho, novas esperanças são assumidas pela família, no que se refere às suas semelhanças físicas, à sua personalidade, às suas formas de interacção social e afectiva, ao seu futuro. Estas expectativas são idealizadas desde o primeiro momento (concepção), espera-se que seja uma criança saudável e que tenha tudo o que a sociedade hoje em dia exige.

De acordo com Gomes (s/d:18)

“Quando as idealizações dos progenitores são «derrubadas» porque o filho «chegado» não foi o idealizado, naturalmente há uma ruptura nesta idealização e surgem sentimentos de rejeição, não pela criança, mas pelo facto em si. A partir daqui, há toda uma família que tem de se adaptar a uma nova realidade e mudar a sua dinâmica compulsoriamente.”

Os pais necessitam de reflectir acerca dos sentimentos suscitados por um diagnóstico de autismo e há estádios pelos quais a maior parte das famílias passam. Saber como os outros pais pensam e raciocinam, quando enfrentam o diagnóstico do seu filho, pode fazê-lo sentir que não está só e que não é o único que se sente confuso, furioso, triste, ou cujo os sentimentos ou pensamentos não consegue controlar, quando ao seu filho é diagnosticado esta patologia.

Segundo Correia (2003) as reacções dos pais à informação de que o seu filho é uma criança com NEE têm sido comparadas às experiências de perda de alguém amado, por morte ou separação. Assim, também os pais atravessam um período de luto pela perda de um filho “idealizado”.

De acordo com a figura 6 os vários modelos do processo de luto hipotetizam uma sequencia de estádios, que vão do choque inicial à aceitação da realidade. Se estes estádios são reais e vivenciados numa sequência idêntica por todos os pais, ainda é um facto que tem suscitado alguma controvérsia por parte da comunidade científica que se tem dedicado a esta área. Turnbull (cit in idem:63) refere que

“No momento do diagnóstico esta controvérsia torna-se irrelevante, porque os pais necessitam de expressar os seus sentimentos, já que isso constitui um passo saudável para a resolução, devendo ser facultada com honestidade toda a informação acerca da condição do seu filho.”

Choque Negação Pânico	<ul style="list-style-type: none"> • Vergonha • Desmotivação • Sobrecompensação • Saltar de médico em médico
Raiva Ressentimento	<ul style="list-style-type: none"> • Projecção da revolta na escola, nos familiares ou parentes • Abuso verbal para com os profissionais
Negociação Exigência	<ul style="list-style-type: none"> • Adiar a aceitação racional do inevitável • Trabalhar com determinação
Depressão Desânimo	<ul style="list-style-type: none"> • "Que adianta esforçar-me!" • Incapacidade • Tristeza pela perda do filho idealizado
Aceitação	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de que se pode fazer algo • Adaptações do estilo de vida • Vontade de envolvimento activo

Figura 6 - Estádios da reacção parental a um filho com NEE - traduzido e adaptado de Cook et al 1992, cit in Correia (2003:63)

Os pais da criança com Espectro do Autismo passam, ainda, pela maturação física e cognitiva num contexto social e psicológico, associado ao momento da adolescência, até à procura desesperada de uma solução, que permita que o seu filho prepare o futuro.

Muitos são os factores que influenciam a forma como uma família se adapta às exigências acrescidas de ter uma criança com autismo. Há uma dinâmica básica que é

estabelecida muito precocemente em algumas famílias e que se centra no medo de que a criança com esta patologia sinta qualquer forma de disciplina, ou de restrição, como rejeição. Segundo Marques (2000:125)

“ (...) quando referimos as crianças com autismo, não falamos de crianças com um défice manifestado em circunstâncias bem definidas e limitadas. Falamos de crianças que podem manifestar um comportamento permanente inadequado, às horas das refeições, na escola ou numa saída com a família. (...) são crianças com sérios problemas de comunicação e de interacção.”

Em suma, falamos de crianças que originam, nas suas famílias, elevados níveis de ansiedade, preocupação e instabilidade. Neste sentido, deveremos compreender todo este processo, a fim de se disponibilizar estratégias e atitudes educativas que promovam um desenvolvimento harmonioso da criança.

3. INTERVENÇÃO PRECOCE NA CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

De acordo com o Decreto-Lei n.º 218/2009 de 6 de Outubro, considera-se

“ «Intervenção precoce na infância (IPI)» o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social.”

A Intervenção Precoce destina-se a crianças até à idade escolar, que estejam em risco ou 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, contudo não se dirige só à criança e aos pais, como também à família em geral e à sociedade.

Esta intervenção junto dos pais, tem como objectivos ajudar a lidar com o filho com deficiência, evitar que eles se sintam solitários no seu ajustamento emocional e ajudá-los no processo de adaptação à situação causada pela deficiência, neste sentido vai melhorar a interacção pais/filho levando a uma relação emocional mais equilibrada.

Na avaliação deve ter em conta a gravidade da situação da criança, e segundo Brown e Brown (1993) citado por Bairrão (1994:39) existem três tipos de categorias de crianças com deficiência ou em risco:

1. *crianças que foram identificadas e que revelam condições físicas ou mentais graves que podem originar atrasos de desenvolvimento;*
2. *crianças com atraso de desenvolvimento, mas que devido aos seus problemas não serem tão objectivos tem que se fazer um despiste;*
3. *crianças em risco , que são aquelas que devido a alterações biológicas , sociais ou psicológicas, possam vir a ter problemas de desenvolvimento caso não tenham Intervenção Precoce.*

Assim, existem duas categorias de risco – o biológico e o ambiental. O risco biológico é aquele que inclui crianças com antecedentes médicos pessoais ou familiares que integram condições biológicas que podem levar a uma grande probabilidade de problemas de desenvolvimento.

O risco ambiental é aquele em que as crianças estão sujeitas a ambientes familiares complicados ou graves problemas sociais e que podem afectar as crianças psicologicamente ou trazer efeitos “desastrosos na criança”.

Neste sentido, a avaliação em intervenção precoce é um momento extremamente importante e não se pode falar em intervenção sem antes falar em avaliação, pois estes são dois momentos indissociáveis de um mesmo processo. Visto que a avaliação vai permitir um estudo aprofundado dos sinais ou sintomas que não são considerados normais no desenvolvimento da criança e vai também estudar o seu meio ambiente (pais, família, comunidade). Este estudo vai ser feito por vários especialistas e são eles que vão determinar as diferentes maneiras de intervir.

Assim, a avaliação em intervenção precoce passa a ter uma perspectiva ecológica, baseada no modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979) que realça a influência exercida pelos vários sistemas em que a criança se encontra inserida (microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema), não esquecendo as características específicas da própria criança e a influência que esta tem nos seus parceiros interactivos directos, nomeadamente nos elementos do seu ciclo familiar.

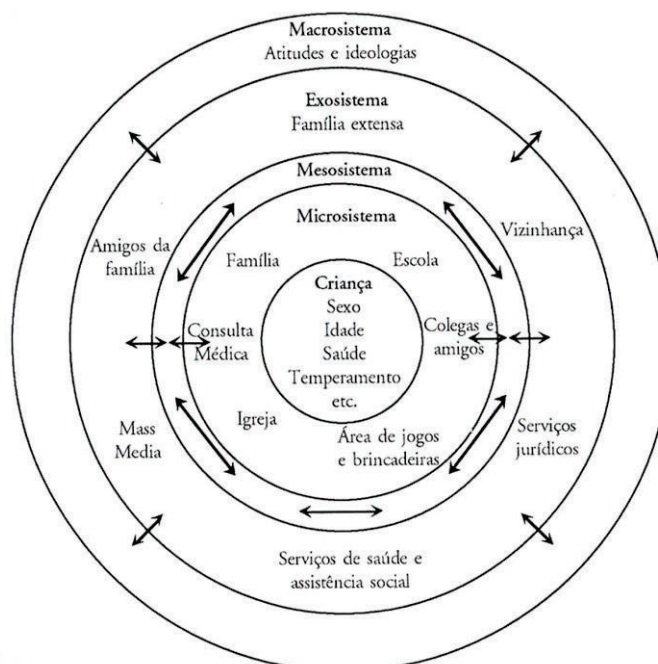


Figura 7 - Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner in Portugal, (1992:40)

Este modelo ecológico (Figura 7) descreve as relações existentes entre os vários sistemas que influenciam a vida da criança, descritos na teoria ecológica do desenvolvimento desenvolvida por Bronfenbrenner. O autor propõe um modelo onde o desenvolvimento acontece através de processos de interação recíproca progressivamente mais complexa entre a criança e todos os níveis de influência do meio ambiente. As crianças têm diferentes oportunidades no seu desenvolvimento, dadas por seus atributos pessoais (físico e mental) e pelo meio social em que vivem.

Neste sentido, o modelo de Bronfenbrenner, ajudou a alargar a acção da intervenção precoce a outros contextos, que não exclusivamente nas características individuais da criança, passou então a considerar-se a criança e os pais enquadrados na realidade mais abrangente da família e esta por sua vez, enquadrada no contexto mais alargado da comunidade, pois todos estes contextos influenciam o desenvolvimento da criança. Bairrao (1994:40-46)

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 informação e melhores competências para lidar com a sua criança, e incentivar a libertação de algum tempo para o descanso e lazer.*” (Idem:47)

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.

ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, iremos justificar o tipo de estudo que estamos a realizar “estudo de caso”, contextualizar os instrumentos utilizados e o modo como estes foram seleccionados e elaborados, bem como descrever a forma como foram processados. Trata-se também de um “estudo descritivo” já que fornece informação acerca de uma criança do sexo masculino, de cinco anos com autismo que será designada, ao longo do trabalho, por D., descrevendo as suas características e meio onde está inserido.

De acordo com Fortin (1996:164) o estudo descritivo “(...) *consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desse grupo ou população*”. Quanto à modalidade e à sua finalidade, pretende-se interpretar, compreender e reflectir sobre a realidade, logo a sua finalidade é básica. Para esse efeito foram construídas grelhas de observação, tendo como apoio a escala PEP-R, que têm como finalidade observar o desenvolvimento da criança, com o objectivo de identificar o nível de desenvolvimento, numa criança com autismo em idade pré-escolar.

1. METODOLOGIA

Como já foi referido, o nosso trabalho está organizado como um estudo de caso, dado que irá consistir numa metodologia de investigação aprofundada acerca de um indivíduo, de um caso, importa salientar que, para Stake (2005) citado por Duarte (2008:113), o estudo de caso permite prestar atenção aos problemas concretos das nossas escolas: “*O caso pode ser um menino. Pode ser um grupo de alunos ou um determinado movimento de profissionais preocupados com uma situação relativa à infância.*”, sendo realizada com alguma intensidade, de forma a descrever e compreender acontecimentos e contextos complexos e nos quais estão, envolvidos vários factores.

Desta forma e de acordo com Yin (1994),

“Estudo de caso é um estudo realizado 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.” (idem:114)

O estudo de caso pertence aos métodos de procedimento, como referem os autores Marconi et Lakatos (2001:106) estes métodos *“Pressupõem uma atitude concreta em relação ao fenómeno e estão limitadas a um domínio particular.”*

O método de pesquisa que melhor se enquadra neste estudo é de natureza qualitativo, uma vez que possibilita a produção de um estudo compreensivo e interpretativo da prática educativa. Existindo a preocupação em observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno sem procurar controlar, ou seja, *“O objectivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar.”* (Fortin, 1996:22).

Segundo Bogdan e Biklen (1994:90) os dados recolhidos designados por qualitativos, são ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. Ainda que, os indivíduos que fazem investigação qualitativa possam vir a seleccionar questões específicas à medida que recolhem os dados, a abordagem à investigação não é feita com o objectivo de testar hipóteses, mas sim privilegiar, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos de investigação.

A metodologia de investigação qualitativa envolve diversas abordagens, de acordo com designações adjudicadas pelos diferentes investigadores, tendo capacidade de abranger: *“(...) a observação participante, a etnografia, o estudo de caso, o interaccionismo simbólico, a fenomenologia ou, muito simplesmente, uma abordagem qualitativa.”* (Lessard-Hébert, Goyette, Boutin, 1994:31).

O presente estudo tem como objectivo geral conhecer as características do Autismo e as dificuldades que esta problemática transporta consigo ao nível pré-escolar e familiar das crianças diagnosticadas com esta patologia. Os objectivos específicos serão: descobrir o conceito do Autismo e temas associados a ele, apresentar quais as implicações desta problemática na Educação de crianças com este diagnóstico, descobrir como as famílias lidam com a notícia de que os seus educandos são portadores de uma Necessidade Educativa Especial – NEE e o contributo da intervenção precoce na criança com autismo.

Este estudo centra-se numa amostra não probabilística, na medida em que, se pretende especificar e estudar uma criança que, não garante representatividade, e vale pelo rigor em relação ao problema em estudo.

As metodologias de investigação qualitativa implicam a utilização de instrumentos e técnicas para recolha e tratamento de dados a fim de obter o máximo rigor e fiabilidade. Para que neste estudo de caso se consigam recolher informações fidedignas, iremos recorrer a diferentes técnicas, são elas as técnicas documentais e não documentais. No que se refere às técnicas documentais, utilizaremos os relatórios médicos a que tivemos acesso e ficha de anamnese.

“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.” Luc Albarello (1997)

Bogdan et Biklen (1994) referem que a observação directa capta os acontecimentos, no momento em que ocorrem sem a mediação de outras formas de recolha de dados. Dizem ainda que a observação incide sobre os comportamentos, procurando captar tipos de comportamento individual e de interacção, assim como os fundamentos ideológicos e culturais que os motivam. Desta forma o observador tem de estar atento e registar todos os comportamentos, a sua evolução e os efeitos que produzem nos contextos em que se manifestam. O campo de observação do investigador é bastante amplo e o registo dos dados faz-se em função dos objectivos definidos para a observação, para o que é útil construir uma grelha de observação.

Para Bell (2004) a maior parte das grelhas de observação situa-se entre duas modalidades de observação - participante e não participante, segundo o autor (idem:164) *“Quer a sua observação seja estruturada ou não, quer seja participante ou não, o seu papel consiste em observar e registar da forma mais objectiva possível e em interpretar depois os dados recolhidos.*

Neste caso, a nossa participação irá ser participante, de acordo com Lessard-Hébert, Goyette, Boutin (1994:155)

“Na observação participante, é o próprio investigador o instrumento principal de observação. (...) A observação participante é portanto uma técnica de investigação qualitativa adequada ao investigador que deseja compreender um meio social que, à partida, lhe é estranho ou exterior e que lhe vai permitir integrar-se progressivamente nas actividades das pessoas que nele vivem.”

Com estes instrumentos procurou-se recolher informações que complementem as observações e os registos documentais existentes sobre a criança, informações que são determinantes para serem descritas e analisadas no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – Caracterização da Realidade Pedagógica

Com este capítulo pretendemos dar a conhecer a essência do nosso estudo, uma criança com autismo, através da apresentação do seu caso. Todos sabemos e tendo em conta os capítulos anteriores que o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que se traduz em vários aspectos, como a forma como a criança vê e compreende o mundo que a rodeia e a isola do contacto social.

Para que a educação de uma criança com esta problemática seja bem sucedida é, sem dúvida alguma, necessário trabalhar em parceria com a família. É essencial a existência duma equipa multidisciplinar (médicos, terapeutas, assistentes sociais e educadores), constituída por profissionais na qual os pais têm um papel importante a desempenhar; que permita uma avaliação mais abrangente que leve a um maior rigor no processo de tomada de decisões. (Correia, 1997).

Vamos começar por descrever o meio em que o D. está inserido, depois caracterizamos o contexto escolar (instituição e turma) envolvente em que se encontra a criança, a caracterização da família e por fim a caracterização do D.

1. CARACTERIZAÇÃO DO MEIO

“Reconhece-se, actualmente, que as dificuldades de desenvolvimento manifestadas por alunos com PEA não são apenas decorrentes da sua problemática central, mas também da forma como estas são aceites e compensadas pelo meio ambiente.” (Jordan 2000:65)

O estabelecimento que o D. frequenta é um Centro Social de uma freguesia pertencente ao Concelho de Santa Maria da Feira, Distrito de Aveiro (Anexo 1), sendo o mesmo local onde habita a criança.

Este município tem 213,45 km² de área e 147 406 habitantes (2008), subdividido em 31 freguesias. O concelho é limitado a norte pelos municípios de Vila Nova de Gaia e de Gondomar, a leste por Arouca, a sueste por Oliveira de Azeméis e São João da Madeira, a sul e a oeste por Ovar e a oeste por Espinho.



Figura 8 – Mapa do Concelho de Santa Maria da Feira

Santa Maria da Feira é uma cidade portuguesa situada na Grande Área Metropolitana do Porto, região Norte e sub-região de Entre Douro e Vouga, com cerca de 11 040 habitantes.

O município de Santa Maria da Feira inclui três cidades (Fiães, Lourosa e Santa Maria da Feira) e diversas vilas (actualmente 13, entre as quais a destacar: Argoncilhe, Arrifana, Lobão, Mozelos, Nogueira da Regedoura, Paços de Brandão, Rio Meão, São João de Vêr, São Miguel do Souto, São Paio de Oleiros e Santa Maria de Lamas).⁶

É uma freguesia que se localiza no litoral, tendo como tipo de povoamento misto. Ao nível das actividades económicas destacam-se a comercial, a agrícola e a industrial. Dominam, como modelo de habitação, casa rural e apartamentos, também há zonas de vivendas e um de blocos camarário.

Na zona que envolve o Centro de Apoio Social, tem-se vindo a assistir à construção de muitos empreendimentos, de relativo elevado custo, o que, de certo modo, determina o nível sócio-económico das famílias que aqui se situam.

Existe uma rede de transportes públicos de autocarros e transportes escolares. Apesar de não existir nenhum centro comercial a população recorre aos vários hipermercados, lojas, restaurantes e cafés desta freguesia.

É uma freguesia onde há pouca oferta de escolas públicas e particulares no ensino pré-escolar, só existe uma escola com a valência pré-escolar e EB1ºciclo. Dentro

⁶ http://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Maria_da_Feira

do Apoio Social à Comunidade existem as seguintes estruturas: creches, ATL, Lar de Terceira Idade, Consultório médico, clínica privada, Apoio ao Domicílio e Centro de Dia.

Nesta freguesia existem Correios; Junta de Freguesia; um Centro de Saúde e uma Igreja com Capela. Fazem parte desta localidade várias associações culturais e recreativas entre as quais, a Associação recreativa; o Clube de Futebol; o Clube Desportivo e Recreativo; o Grupo Desportivo e Recreativo; o Grupo Folclórico.

Segundo Duarte (1994:14),

“A escola deve procurar estabelecer relações constantes com o meio, pois a formação integral do aluno não passa pela simples instrução dos conteúdos académicos, mas sim pela educação interdisciplinar, na qual desempenham um papel preponderante os valores essenciais a um crescimento harmonioso e talvez a hipótese de salvação do planeta e das pessoas que nele vivem.”

Torna-se importante caracterizar o Meio para compreendemos que uma escola não se pode isolar da sua realidade. O meio que a envolve pode possibilitar inúmeros factores de desenvolvimento, especialmente, desenvolver a capacidade de inclusão da criança no seu meio, permitindo um conhecimento das suas atitudes, valores ou crenças.

É indispensável que a instituição comunique e estabeleça relações com o meio em que esta inserida. O meio envolvente é também uma importante fonte de aprendizagens. O contacto concreto com diferentes realidades desperta a curiosidade das crianças e aumenta os seus conhecimentos.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ESCOLA/INSTITUIÇÃO

“Os estabelecimentos de educação pré-escolar têm incontestavelmente um papel a desempenhar no desenvolvimento harmonioso das crianças, para além de proporcionar contacto com outros adultos e crianças, adquirem novas experiências sociais e culturais que preparam a sua escolarização futura e contribuem, por outro lado, para o seu desenvolvimento físico, intelectual e afectivo.” Ministério da Educação (1996:7)

O jardim-de-infância, espaço de transição entre família e a escola, local privilegiado para a realização do pré-escolar.

Sendo a Educação Pré-Escolar complemento da acção educativa da família, é fundamental o envolvimento e o trabalho em parceria entre, este agente educativo e o Jardim-de-Infância, para o sucesso global da criança. Assim, a escola deverá ser o resultado da interacção entre os diferentes intervenientes no mundo da criança, no caso

concreto deste trabalho, no mundo da criança com Perturbação do Espectro do Autismo. No Jardim-de-Infância, o Educador dá continuidade ao processo educativo que a criança iniciou na família e proporciona-lhe um contexto culturalmente rico e estimulante que desperta a curiosidade e o desejo de aprender.

A criança, objecto de estudo deste trabalho, encontra-se a frequentar este nível de ensino, que tem por base as Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar (OCEPE). No sentido de as compreendermos melhor e nos enquadrarmos na Educação Pré-Escolar (EPE), faremos, de seguida, uma caracterização sobre as mesmas, bem como algumas reflexões sobre a sua importância.

Em 1997, no desenvolvimento de princípios já consagrados na Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), é publicada a Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar (Lei n.º 5/97, de 10 de Fevereiro), que define este nível de educação como a primeira etapa da Educação Básica no processo de educação ao longo da vida. Só a partir deste diploma a EPE dispõe de um quadro legislativo próprio. Este diploma, visa não só construir um suporte à expansão da educação pré-escolar como também permitir uma maior articulação entre as diversas modalidades e respostas para as quais estabelece princípios comuns (Ministério da Educação, 1997).

Aparece, pela primeira vez, uma referência à importância de serem definidas orientações curriculares comuns a todos os contextos institucionais em que a EPE se desenvolve, propondo uma aproximação entre Jardins-de-infância e Escolas do 1º ciclo do Ensino Básico, no sentido de se encontrem plataformas de articulação curricular entre ambos.

Diante dessas considerações seria oportuno salientar também que a pré-escola deve oferecer à criança um ambiente de qualidade que estimule as interações sociais entre as crianças e professores, e que seja um ambiente enriquecedor da imaginação infantil, onde a criança tenha a oportunidade de actuar de forma autónoma e activa. É neste local que o educador tem papel fundamental no preparo do ambiente e na selecção e definição dos objectivos a serem alcançados por meio da brincadeira infantil.

De acordo com os dados recolhidos da Ficha de Caracterização da Escola (Anexo 2) a instituição que o D. frequenta localiza-se no concelho de Santa Maria da Feira, sendo o mesmo onde a criança reside.

O estabelecimento de ensino faz parte das I.P.S.S. de Santa Maria da Feira, foi construído como edifício com área aberta e fechada. Realizaram obras no ano passado, onde a direcção apostou, sobretudo, na segurança das crianças e de todos os colaboradores, foram realizadas obras ao nível da rede de incêndios, da rede eléctrica e da própria sinalética. Inclusive, o piso e as portas de emergência foram substituídos.

Este Centro Social tem bons acessos, não existem barreiras arquitectónicas nem elevador, mas existem rampas que facilitam o acesso às áreas interiores e exteriores.

A Instituição está dividida por vários espaços, existem catorze salas, duas salas de professores sendo uma para reuniões e outra de arquivo. Possui uma biblioteca e um ginásio bem equipados, uma secretaria e um gabinete psico-social. Relativamente ao WC existem quatro para professores, seis para os alunos e dois adaptados (N.E.E.), o recreio tem uma área aberta adequada e uma área fechada.

Quanto aos equipamentos audiovisuais é um centro que tenta estar actualizado com as novas tecnologias. Os oito computadores, as três impressoras e as duas fotocopiadoras foram adquiridos recentemente, existe máquina fotográfica, retroprojector rádio, projector de slides, DVD, vídeo, scanner, televisão e internet.

As cadeiras e mesas estão adequadas aos níveis etários, mas não para alunos com deficiência.

Fazem parte da estrutura pedagógica desta instituição catorze turmas e trezentos e dez alunos, distribuídos pelas valências de berçário, creche, pré-escolar e ATL, há cinco crianças com NEE. Existem dez professoras efectivas, três professoras a contrato e uma docente com especialização em Educação Especial, em relação às habilitações académicas cinco docentes têm o bacharelato e oito são licenciadas.

O pessoal não docente é constituído por dezassete auxiliares de acção educativa, um porteiro, um cozinheiro, três motoristas, dez tarefeiras e duas vigilantes.

3. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

A intervenção do educador no desenvolvimento do processo educativo passa por várias etapas que se interligam. Assim, para um eficaz desenvolvimento da sua prática pedagógica este deverá ser capaz de “observar cada criança e o grupo para conhecer as suas capacidades, interesses e dificuldades” (Ministério da Educação, 1997:25), tal

como o contexto em que estas se inserem, para que possa adequar, o melhor possível, todo o processo educativo à situação real. A observação constitui, portanto a base do planeamento.

“Há diferentes factores que influenciam o modo próprio de funcionamento de um grupo, tais como, as características individuais das crianças que o compõem, o maior ou menor número de crianças de cada sexo, a diversidade de idades das crianças, a dimensão do grupo.” (Ministério da Educação, 1997:35)

Procedemos à caracterização do grupo, na qual a criança em estudo está inserida, a partir da análise da Ficha da Caracterização do Grupo (Anexo 3) e de informações transmitidas pela educadora da sala. Este grupo é composto por 23 crianças com idades compreendidas entre os 4 e 5 anos. Verificamos através do gráfico 1, que a maioria é do género masculino; relativamente às idades existem mais crianças com 5 anos de idade do que com 4 anos; constatamos que existem mais crianças com 4 anos do género feminino. Não há uma diferença significativa entre o número de idades e de género.

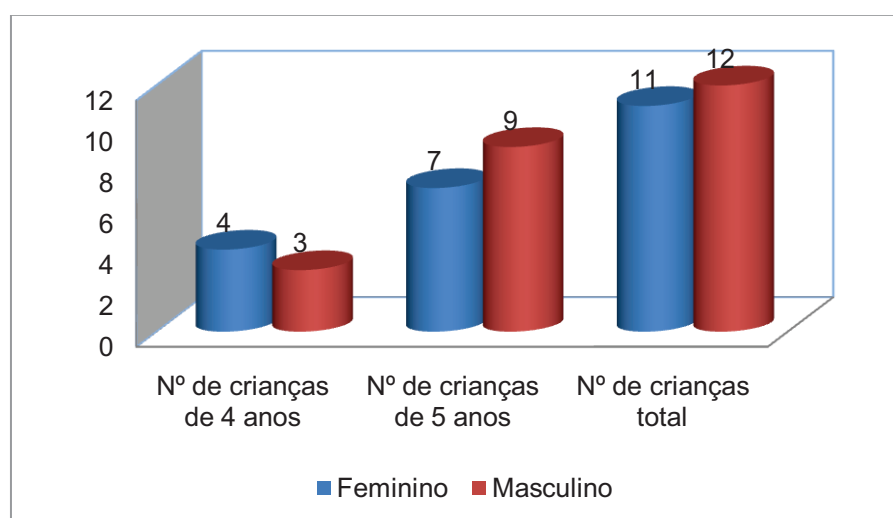


Gráfico 1 – Representação do grupo por idade e género

Todas as crianças da sala residem na área pedagógica da instituição (concelho Santa Maria da Feira) à excepção de quatro crianças que se encontram neste estabelecimento de ensino devido ao local de emprego dos pais.

O nível sócio económico deste grupo é médio, em geral o grau de escolaridade destes agregados familiares é elevado, a maior parte é licenciado, no entanto alguns não têm salários correspondentes ao nível das habilitações que possuem.

Neste grupo existem duas crianças com N.E.E., o D. com o diagnóstico de autismo e a outra criança do género masculino de 5 anos possui dificuldades de aprendizagem e de linguagem.

A sala do D. tem uma educadora de ensino regular que está efectiva., em relação ao pessoal não docente que serve de apoio ao grupo há uma auxiliar de acção educativa, uma psicóloga ambas estão efectivas; uma terapeuta da fala e uma educadora de intervenção precoce, ambas trabalham em tempo parcial.

As crianças frequentam actividades de expressões como música, ginástica e inglês, quem exerce são docentes externos à instituição. A sala é constituída por nove mesas, três armários, um televisor, um vídeo gravador, uma máquina fotográfica, um gravador e dois computadores sem ligação à internet. O acesso à sala é amplo e com rampas, mas sem elevador. Em termos de construção é boa, a pintura e o chão é muito bom (revestido com piso anti-queda); o isolamento térmico e acústico são considerados bons; tem um arejamento e uma luminosidade muito boa, tem muita luz natural que entra pelas janelas, existe uma porta de saída de emergência.

Nos placards estão decorados com desenhos das crianças; as paredes estão adornadas com algumas tabelas (presença, actividades, quem é o responsável, calendário), o abecedário e os números.

Esta sala está dividida por cantos e com o respectivo material, o canto da expressão plástica, o canto da expressão dramática, o canto da informática, o canto dos jogos, a biblioteca e o espaço onde decorrem as conversas de grande grupo (em cima da manta).

4. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

A família é hoje percebida como uma fonte de satisfação pessoal. Numa sociedade qualificada de pós-industrial e pós-moderna, constitui-se como o meio, mais próximo, mais envolvente e mais solidário.

Ao longo do trabalho temos realçado da importância da família, 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.

O ambiente social mais importante no qual a criança se desenvolve é a família, sendo fundamental para o sucesso das crianças com autismo na escola. Os pais desempenham um papel crucial na intervenção junto destas crianças, podendo ser um precioso contributo para o seu sucesso.

É na família que a criança encontra o ambiente necessário que lhe permita generalizar o que aprendeu na escola, sendo também o melhor lugar para valorizar os avanços e os fracassos, as mudanças de comportamento e para estabelecer objectivos a curto, médio e longo prazo, sendo imprescindível a inclusão dos familiares nos programas de educação de crianças com autismo.

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.»

O agregado familiar do D. é constituído pelos pais. A mãe tem o décimo segundo ano e o curso de estética, o pai tem o curso de gestão de empresas. A mãe tem 34 anos, é esteticista contudo passa a maior parte do seu tempo em casa, acompanhando e estimulando o desenvolvimento do filho. O pai tem 37 anos, sendo administrador e gerente de uma empresa, aproveita todo o tempo disponível para brincar e promover a vinculação da criança. A família assume-se como uma família da classe média alta. Em relação ao nível habitacional, a habitação é própria e é uma vivenda de dois pisos, onde o D. tem o seu próprio quarto. Uma das divisões é utilizada para as sessões das diversas terapias, os pais designam como “O cantinho do D.”.

5. CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

As características do caso que iremos apresentar foram retiradas a partir de informações dadas pelos pais onde se preencheu uma Ficha de Anamnese (Anexo 4), do relatório de acompanhamento psicológico da instituição educativa que o D. frequenta (Anexo 5), da Declaração médica com o diagnóstico da criança (Anexo 6), do relatório

de acompanhamento em consulta de Psicologia do Desenvolvimento da CRIAR (Anexo 7) e de conversas informais com a educadora.

O D. é uma criança do sexo masculino, pertence ao concelho de Santa Maria da Feira, nascido a 30 de Junho de 2006, tendo actualmente, quatro anos e onze meses.

De acordo com a Ficha de Anamnese, foi uma gravidez desejada e planeada, ao longo do período pré-natal teve assistência médica semanalmente, não tendo qualquer tipo de problema nesta fase.

No período perinatal, surgiram complicações no momento do parto. Devido à pouca dilatação uterina por parte da mãe e à insistência da médica, que acompanhou a gravidez, em realizar o parto normal, foi necessário realizar cesariana de urgência, já existia sofrimento fetal devido à falta de oxigénio e o cordão umbilical estava à volta da garganta e nariz. Após o nascimento o D. teve de ser reanimado, o seu APGAR ao 1' 3 e aos 5' era 9, não tendo verificado mais alguma complicação.

Desde o seu nascimento que o D. mostrou sempre ser uma criança simpática, carinhosa e de relacionamento fácil. Segurou a cabeça aos quatro meses, sentou-se aos seis meses, começou a gatinhar aos nove meses e iniciou a marcha aos onze meses. Apresentava uma postura corporal normal para a sua idade, porém, os pais observavam que o filho: não interagia; emitia maioritariamente sons e dizia apenas as palavras mais básicas.

Aos dezoito meses os pais e os familiares mais próximos repararam que o D. continuava a apresentar problemas na linguagem. Em consulta com o Pediatra, os pais fizeram referência à sua preocupação em relação à linguagem, mas o médico tranquilizou-os no momento dizendo que as crianças não são todas iguais e por isso o seu desenvolvimento era divergente.

Dos dezoito meses aos vinte e quatro, mãe observou o D. a ter comportamentos esquisitos. Além de apresentar dificuldades ao nível da linguagem este mostrava um comportamento mais agitado por não ser compreendido, nem sempre reagia quando o chamavam e não dava funcionalidade aos brinquedos.

As preocupações foram-se acentuando com o passar do tempo e, aos trinta meses, os pais voltaram a contactar o Pediatra do filho. Referiram que os sintomas haviam piorado, principalmente, ao nível da linguagem pois o filho não respondia nem reconhecia o seu nome; não fixava o olhar; falava muito pouco; quando brincava com

carrinhos apenas rodava a roda e imitava o conduzir. Sob pressão dos pais, o médico concordou em mandar fazer alguns exames, mandou fazer um Audiograma e Potenciais Evocados que mencionavam que a criança não apresentava problemas a nível auditivo.

Os pais percorreram durante cerca de seis meses alguns Pedopsiquiatras, e todos diziam que estava tudo normal. O D. entra para o jardim-de-infância aos trinta e nove, onde a mãe alertou para os comportamentos do filho à educadora da sala. A sua adaptação não foi muito fácil, mas ao longo do tempo criou empatia com a educadora da sala. Desde a sua entrada que a criança foi observada por vários profissionais da instituição: educadora da sala, psicóloga e por uma educadora de Intervenção Precoce.

Esta equipa de profissionais realizou um relatório centrado no D. do ponto de vista cognitivo, englobando o maior número de áreas possível, desenrolou-se em 4 fases: entrevista à mãe, reunião com as duas educadoras, observação participante e não participante em contexto natural de sala de actividades e a avaliação cognitiva e da personalidade em contexto de gabinete.

A avaliação cognitiva e da personalidade foi desenvolvida no gabinete de psicologia, onde foi aplicada a Escala de Desenvolvimento de Griffiths dos 0 aos 2 anos. Esta escala avalia o desenvolvimento infantil em diferentes áreas: Locomoção, Pessoal-Social, Audição e Linguagem, Coordenação, Olho-Mão e Realização.

Como o D. não atingiu os objectivos nesta Escala de Desenvolvimento, não foi possível aplicar a referente à idade cronológica, no entanto foi aplicado uma subescala Raciocínio Prático (Escala de Desenvolvimento de Griffiths dos 2 aos 8 anos), verificou-se que ainda não tinha sido adquirida. Durante a aplicação destas escalas, o D. manteve comportamentos desajustados, como correr e o deambular arrastando-se ao longo da parede da sala e o atirar objectos ao ar, focando o interesse no barulho que faziam. De acordo com o relatório de acompanhamento psicológico, o D. apresentava um Quociente Global de Desenvolvimento de 35, encontrando-se muito abaixo da média para a sua idade (QGD < 88).

Como a criança revelou bastantes dificuldades para a sua idade, determinou-se que iria ter um trabalho individualizado com: a Educadora da sala, a Educadora de Intervenção Precoce e ainda ter consultas de Terapia da Fala. Uma vez que ainda não se sabia que tipo de problemática o D. padecia, as profissionais do jardim-de-infância solicitaram uma consulta de Pediatria do desenvolvimento (Anexo 8).

Foi consultado por uma médica especialista em Pedopsiquiatria, onde realizou uma Avaliação Comportamental que indicou o Espectro do Autismo, aconselhando os pais à realização de novos exames de despiste de outras patologias. Alguns dos exames foram: um Electroencefalograma e uma Ressonância Cerebral e, nestes, a criança não apresentava qualquer tipo de lesão. Declarou que o D. (três anos e seis meses) era portador de Perturbação do Espectro Autista, com dificuldade ao nível da comunicação, ao nível da interação social e tendência para comportamentos repetitivos. Realçou para o tipo de intervenção que deveria ter, esta consistia no apoio de Ensino Especial (intensivo e estruturado) além de terapia da fala adaptada e apoio pedagógico para a estimulação global, não esquecendo a articulação dos técnicos com a família.

A pedopsiquiatra encaminhou-os para Centro de Educação e Terapia – CRIAR. A partir de Janeiro de 2010 a criança começou a ser acompanhada nas valências de Psicologia e beneficiou de uma intervenção contextualizada por parte de uma equipa externa ao CRIAR, educadora de intervenção precoce e terapia da fala em contexto escolar e uma psicopedagoga em casa. Frequentava o jardim-de-infância só na parte da manhã, tinha duas sessões de intervenção precoce e uma de terapia da fala por semana.

De acordo, com o relatório de consulta de Psicologia do Desenvolvimento CRIAR nas primeiras sessões observou-se dificuldades severas ao nível da comunicação e da linguagem, nomeadamente défice ao nível da iniciativa comunicativa e turnos de comunicação, dificuldades de atenção conjunta e contacto ocular, ecolália diferida (relacionadas com programas de televisão) e imediata.

Ao nível comportamental verificou-se um comportamento egocêntrico, uso instrumental do adulto e défice de reciprocidade social, interesses restritos, comportamentos ritualistas e maneirismos motores, esteoreotipias vocais, dificuldade ao nível do jogo de forma geral.

Após seis meses de intervenção, fez-se uma nova avaliação onde se certificou uma melhoria na aceitação (de forma mais flexível) das actividades, mas continuava com dificuldades de regulação emocional. Observou-se uma melhoria ao nível da linguagem receptiva e compreensiva, na capacidade de compreender orientações dadas pelos adultos. Segundo os co-terapeutas, os pais são uma peça chave na generalização em casa e a outros contextos naturais, das competências desenvolvidas nas sessões.

Aos quatro anos os pais iniciaram em casa a intervenção através do Modelo Son Rise, num espaço estruturado de acordo com este modelo, com a terapeuta Ocupacional, também iniciaram o Modelo Biomédico (dieta alimentar). A mãe em apenas uma semana, através do treino de controlo de esfíncteres, conseguiu que o D. deixasse a fralda durante o dia, utilizando apenas para dormir. Ao longo do dia, é necessário questionar e relembrar o D. acerca da necessidade de ir à casa-de-banho.

Segundo a mãe, uma das actividades que a criança mais gosta de fazer é comer, gostando e comendo de tudo, à excepção dos alimentos interditos pela sua dieta alimentar, come utilizando os talheres adequados e de forma autónoma. Gosta de cantar e de reproduzir, com o adulto, os diálogos dos filmes e livros preferidos (Ruca, Noddy). Gosta que lhe contem histórias, principalmente do Noddy, reproduzindo posteriormente os excertos que mais gosta. O mesmo acontece com os DVD'S.

Devido à actividade motora e constante procura sensorial que caracteriza a criança, este chega ao final do dia muito cansado, necessitando de se deitar cedo. Consequentemente, acorda de madrugada, acordando os pais e demonstrando interesse em brincar, o que quebra o seu padrão de sono, assim como o dos pais que necessitam, igualmente, de descansar. O D. dorme acompanhado com um cão de peluche, com o qual demonstra grande carinho (dá-lhe muitos beijos e abraço-o). Por norma, deita-se com um jogo ou livro, perguntando por ele quando acorda, estas informações foram transmitidas pelos progenitores.

Neste ano lectivo, a manhã é passada no infantário, onde tem apoio da educadora de intervenção precoce três vezes semanais, o D. quando chega ao infantário tem um período de adaptação, tal como todos os colegas de turma, onde demonstra tristeza e ansiedade face ao afastamento da mãe contudo é uma situação momentânea.

De acordo com a educadora, o D. apresenta-se na fase de garatuja no desenho, pega no lápis percebendo a sua utilidade e dando-lhe uso. O D. receia tudo o que é novo, isto é, demonstra medo face a situações, objectos e brinquedos que não conhece, necessitando de um período de adaptação, de adquirir confiança face a este e ao contexto, procurando no adulto conforto e segurança. Assim, alguns dos momentos que passa no jardim-de-infância são pautados pelo isolamento, pelas brincadeiras solitárias e pelo desinteresse do outro.

A criança beneficia de apoio de intervenção precoce três vezes por semana no período da manhã em contexto escolar. No período da tarde, tem uma equipa multidisciplinar nas valências de terapia da fala uma vez por semana; apoio psicológico uma vez por semana, terapia ocupacional duas vezes por semana e terapia sacro-craniana uma vez por semana. Nos horários em que não tem terapia e sempre que ele pretende trabalhar com a mãe nas áreas que preferir, não descorando o programa Son-Rise que o estimula no desenvolvimento e a ultrapassar obstáculos ou momentos mais complicados.

O D. faz uma abordagem de tratamento biomédico D.A.N. em Espanha e é acompanhado em Portugal por uma pedopsiquiatra no norte do país.

De forma geral, os pais consideram que as diversas intervenções desde a intervenção precoce até às terapias têm vindo a melhorar o desenvolvimento do D., ou seja, complementam-se.

Seguidamente iremos justificar as razões da determinação das Necessidades Educativas Especiais.

CAPITULO III – DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

O conceito de NEE sofreu algumas transformações ao longo do tempo, foi utilizado pela primeira vez pelo conhecido Relatório Warnock que reavaliou o atendimento aos alunos com deficiência e que alterou decisivamente a organização da educação especial, nomeadamente as respostas educativas para os alunos com NEE. Foi adoptado e redefinido a partir da Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), passando a abranger todas as crianças e jovens cujas necessidades envolvam deficiências ou dificuldades de aprendizagem.

Assim sendo, surgiu o Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro que veio substituir o antigo Decreto-Lei 319/21 de 23 de Agosto. Este novo Decreto-lei defende os princípios orientadores da Escola Inclusiva referidos na Declaração de Salamanca e define os apoios especializados nas diferentes valências de educação, seja no sector público, cooperativo ou privado. Propondo a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação em um ou vários domínios da vida. Segundo este acordo

“Os apoios especializados visam responder às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação, num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social e dando lugar à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicosocial.”

No artigo 25º do 3/2008 referente à criação de unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo foca a importância da adopção de *“(...) opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família”*. O que é indispensável destacar a importância de se ir ao encontro das reais necessidades e potencialidades da criança, sem nunca esquecer o papel da família e delinear um plano que bem conseguido e objectivo que preencha essas necessidades. Como refere Correia (2003:9)

“ (...) a criança com necessidades educativas especiais real não se alimenta de sonhos, mas sim, de práticas educativas eficazes que têm sempre em linha de conta as suas capacidades e necessidades. É o conhecimento real que nos faz distinguir entre o que faz sentido e o que não faz, que nos faz sentir a verdadeira acepção do termo necessidades educativas especiais”.

Para determinarmos as necessidades educativas especiais é necessário avaliar a criança de forma pormenorizada. O “ponto forte” do PEP-R, segundo seus autores (Schopler et al, 1995) é justamente o facto de este instrumento considerar dois aspectos significativos quando se pretende avaliar crianças com autismo: o atraso no desenvolvimento e os comportamentos atípicos.

Neste sentido, a grelha de observação (Anexo 9), já mencionada neste trabalho, foi elaborada com base: na caracterização do D. (sexo, idade, e diagnóstico); na escala de Comportamento PEP-R de acordo com as áreas: da linguagem, relacionamento e afectos, respostas sensoriais e jogos e interesses pelos materiais e na escala de Desenvolvimento PEP-R, tendo em conta as diferentes áreas: Imitação, Percepção, Coordenação Óculo-Manual, Motricidade Fina, Motricidade Global, Realização Cognitiva e Cognitiva Verbal.

Esta grelha na escala do desenvolvimento foi legendada com a escala “sucesso” (a criança realizou a tarefa com sucesso), “emergente” (actividade que a criança só realiza auxiliada ou se for demonstrada), “insucesso” (a criança não conseguiu realizar a tarefa). Já na escala do Comportamento a grelha está legendada com “apropriado” (se a criança se comporta de forma esperada para a idade), “médio” (quando a manifestação da criança for inadequada) e “severo” (quando os comportamentos são inadequados, mas a intensidade, qualidade e manifestações do comportamento são claramente mais exageradas e perturbadoras).

O registo desta grelha foi realizado em três sessões de quarenta e cinco minutos cada, em ambiente sala de jardim-de-infância.

Como já foi referido, a nossa observação foi realizada ao nível do comportamento e desenvolvimento. Primeiramente, iremos mostrar através do Quadro II o comportamento do D. ao longo da observação.

NÍVEL	Apropriado	Médio
RELAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação por elogios • Pede ajuda ao examinador • Afectividade • Consciência da presença do examinador 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto visual • Cooperação • Tolerância a interrupções • Motivação pelos reforços sociais
MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação por recompensas concretas 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploração do ambiente • Exame do material • Capacidade de atenção • Comportamento durante a actividade
SENSORIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade visual e auditiva • Gestos estereotipados 	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse pelas texturas • Interesse olfactivo
LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização das palavras • Jargão ou linguagem idiossincrática • Ecolalia diferida e imediata • Preservação de palavras e sons • Inteligibilidade da linguagem • Competências sintácticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Entoação e inflexão • Utilização dos pronomes • Comunicação espontânea

Quadro II – Observação ao nível do Comportamento

É de salientar que durante as observações o D. só realizou as actividades que fossem do seu agrado, mostrou dilação ao nível temporal não tendo noção do início e fim da tarefa. Constatou-se que dependendo dos estímulos presentes, da motivação e do contexto a sua atenção variava, ou seja, por vezes não conseguiu manter uma atenção

adequada ao longo da tarefa. A criança evidenciou ser sensível à crítica, mostrando uma reacção emocional excessiva face ao insucesso ou à não concretização dos seus desejos ou necessidades.

Em relação à linguagem e comunicação, a criança mostrou iniciativa comunicativa sobretudo com pedidos ou mostrar objectos, teve atenção conjunta, usou o gesto comunicativo e contacto ocular. Ao longo da observação utilizou por vezes a ecolália diferida (apesar de ter uma intencionalidade comunicativa e funcional) e por vezes funcional.

Ao nível de relação, conseguiu seguir o apontar e frequentemente o olhar do adulto para observar referências deste, sendo recíproco na partilha de prazer da observação. Quando envolvido numa actividade o D. ignorava ao chamamento do adulto, só com o adulto utilizava o reforço no tom de voz é que a criança respondia com um olhar ou sorriso. A criança tentava manter um contacto físico com o adulto. Mostrou interesse e envolveu-se em actividades que reconhece ou no seu dia-a-dia ou da televisão. Há momentos que brinca sozinha, mas já começa a participar em algumas brincadeiras dos colegas.

Seguidamente, iremos expor através de gráficos os resultados da grelha de observação ao nível do desenvolvimento, de acordo com Marconi et Lakatos (2002:38) “ Ao gráficos são utilizados com habilidade, podem evidenciar aspectos visuais dos dados, de forma clara e de fácil compreensão.” Estes gráficos permitem a observação das áreas com sucesso, insucesso e emergente da criança em questão, determinando as suas áreas fortes, fracas e emergentes.



Gráfico 2 – Área da Imitação

Como podemos observar neste gráfico, a percentagem maior é emergente, onde a criança apresentou algumas dificuldades ao fazer um rolo com a plasticina, mostrou algumas dificuldades em imitar alguns movimentos e acções com objectos, em relação à imitação com objectos sonoros mostrou algumas dificuldade e só reagiu à imitação de acções quando lhe suscitavam interesse, repetir dois sons. A percentagem que aparece a seguir é a do sucesso, a criança conseguiu: imitar o som dos animais, repetir duas palavras (cão e bebé), e reagir à imitação dos seus sons, mostrou insucesso no jogo das escondidas e não disse adeus com a mão.



Gráfico 3 – Área da Percepção

Em relação à área da percepção a percentagem maior é a emergente, o D. teve momentos em que seguiu as bolas de sabão com os olhos e que atravessou o olhar com a linha média, apresentou algumas dificuldades em associar os cubos aos discos de cinco associações conseguiu associar quatro, no início ainda tentou procurar o objecto, mas como não estava a conseguir começou a emitir uns sons altos, no entanto com incentivo do adulto conseguiu encontrar. Verificamos através do gráfico que o sucesso e o insucesso têm a mesma percentagem. A criança exibiu grandes dificuldades tendo como insucesso a preferência ocular. Não conseguiu indicar os espaços por tamanho num puzzle, só com a ajuda da educadora e só respondeu ao gesto de sentar na cadeira.

Teve sucesso ao indicar o local correcto das peças dos puzzles das formas geométricas, conseguiu completar o puzzle com quatro peças, mostrou interesse pelo livro de linguagem.

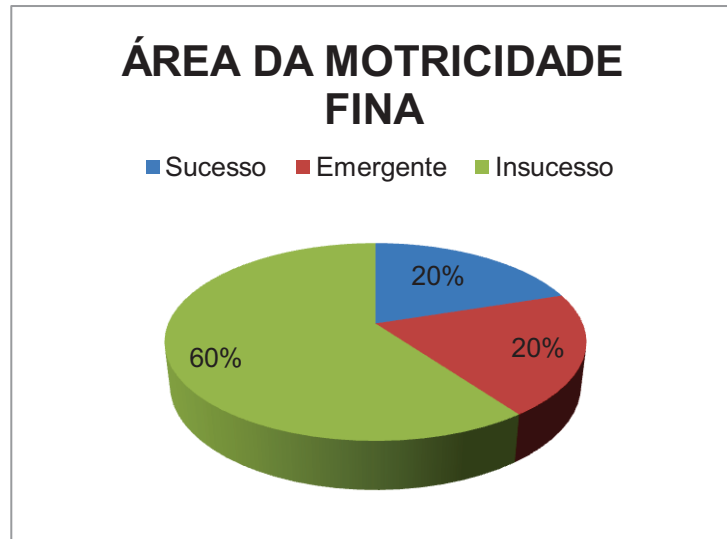


Gráfico 4 – Área da Motricidade Fina

Ao analisarmos este gráfico verificamos que na área da motricidade fina, a criança teve maior percentagem de insucesso. O D. apresentou grandes dificuldades em desenroscar o frasco, em fazer as bolas de sabão e em enfiar as contas no fio, a criança não conseguiu executar nenhum destes itens.

Existe a mesma percentagem para emergente e sucesso, na primeira a criança evidenciou dificuldades em usar as mãos cooperativamente mostrando alguma descoordenação e teve sucesso em identificar e dar objectos.

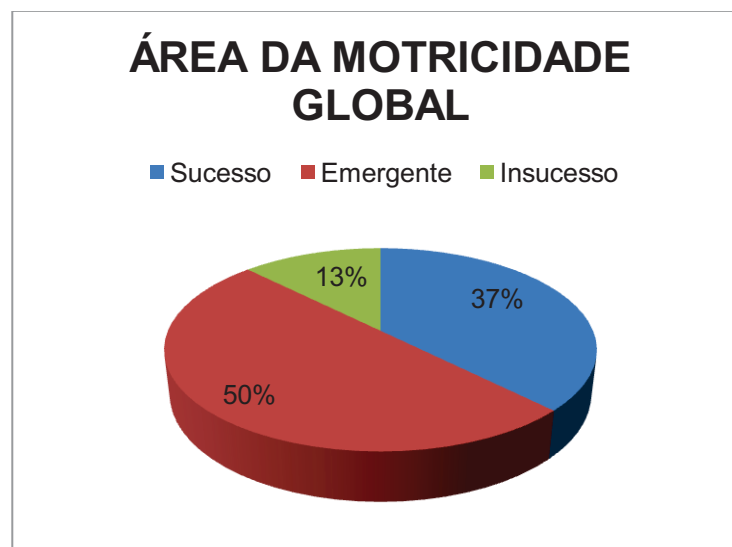


Gráfico 5 – Área da Motricidade Global

A partir deste gráfico observamos que a maior percentagem é a emergente, a criança conseguiu cruzar linhas médias, mas com alguma dificuldade. Apesar de a criança conseguir dar o impulso para chutar a bola, a maior parte das vezes não conseguiu executar o movimento do chute. Apresentou algumas dificuldades em movimentar as mãos cooperativamente, por isso a maior parte das vezes não conseguiu apanhar a bola, desistindo de continuar a tentar. Em relação aos pés, executou o maior número de movimentos com o pé direito, no entanto não está a sua preferência não está definida.

Teve sucesso em manter-se num só pé, a saltar com os pés juntos e a balançar duas pérolas no fio. O insucesso é que tem menor percentagem, mostrou desinteresse em bater palmas, não o fazendo mesmo em acompanhamento de canções.



Gráfico 6 – Área de Coordenação Óculo-Manual

Ao analisarmos este gráfico, observamos que a percentagem mais elevada é a de insucesso, o D. apresentou grandes dificuldades em copiar o círculo, o quadrado, pintar dentro dos limites, em passar por cima das formas e em combinar nove letras, em todos estes itens a criança teve a ajuda do adulto. Teve sucesso em encaixar peças, conseguiu encaixar as peças por tamanho e pôs o cubo dentro da caixa. A percentagem mais baixa desta área foi a emergente, tentou copiar a linha vertical, mas com alguma dificuldade e conseguiu empilhar seis dos oito cubos.



Gráfico 7 – Área da Realização Cognitiva

Na realização cognitiva a criança teve como maior percentagem o sucesso, nesta área conseguiu apontar partes do corpo do boneco e mostrar partes do seu próprio corpo, executou com facilidade o jogo interactivo complexo, conseguiu identificar cinco cores, fez correspondência entre cinco cartão/objecto e deu os cinco objectos que lhe foram pedidos. Verificamos neste gráfico uma igualdade de percentagens entre a emergente e o insucesso. Relativamente à emergente a criança apresentou algumas dificuldades em mimar a função de alguns objectos, nomeou quatro objectos, só demonstra a função de alguns dos objectos, apresenta algumas dificuldades em reconhecer profissões e acções, mas consegue reconhecer animais e objectos. Teve insucesso na identificação de grande e pequeno, só com a ajuda do adulto, a educadora dizia o início da palavra (gran... ou peque...) e o D. terminava. Apesar de saber pronunciar a palavra quadrado e triângulo, não conseguiu identificar. Não mostrou qualquer tipo de interesse por encontrar o objecto escondido, por isso nem tentou procurar. Apresentou muitas dificuldades na antecipação da rotina, não teve a noção que depois de fazerem a higienização das mãos na parte da manhã e colocarem no comboio que é para almoçar.

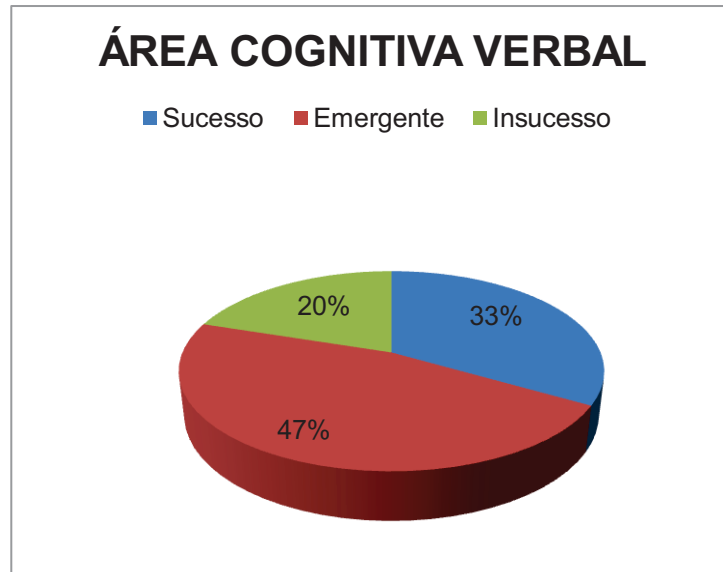


Gráfico 8 – Área Cognitiva Verbal

Ao analisarmos este gráfico verificamos que a percentagem do emergente é a mais alta. A criança pediu ajuda para o seu objecto favorito, conseguiu nomear objectos ou animais, mas apresentou dificuldades nas acções (verbos), apresentou algumas dificuldades em repetir frases complexas, utilizou frases com duas palavras, mas a maior parte das vezes respondia com a repetição da pergunta ou intercalava com frases dos desenhos animados. Apresentou algumas dificuldades na utilização de frases com quatro palavras, utilizou o plural em algumas frases e começou a utilizar o pronome pessoal “eu”. O D. conseguiu ter sucesso ao nomear as cinco cores; repetiu dois e três dígitos; conseguiu nomear os cinco objectos; repetiu frases curtas e simples “O bebé chuta a bola vermelha.”.

A criança apresentou grandes dificuldades em nomear formas, não conseguiu denominar nenhuma, teve insucesso ao nomear grande e pequeno. Disse o seu nome mas não respondeu a mais nenhuma pergunta de identificação.

1. PERFIL INTRA INDIVIDUAL

O perfil do aluno, segundo Fonseca (1989:124) ” (...) é elaborado através da interpretação dos dados do diagnóstico e da formulação explicativa dos resultados obtidos.”

A adoção de processos de observação e a utilização de checklists ou outro dispositivo de avaliação por áreas facilita a obtenção do perfil, que equivale um certo nível de desenvolvimento, sendo este confirmado pela mesma escala.

A Grelha de Observação aplicada à criança D. permitiu-nos descobrir quais as suas áreas fortes, fracas e emergentes, determinando as suas Necessidades Educativas Especiais -NEE. Partindo dessas informações criamos um gráfico que permitirá definir o perfil intra-individual da criança em estudo.

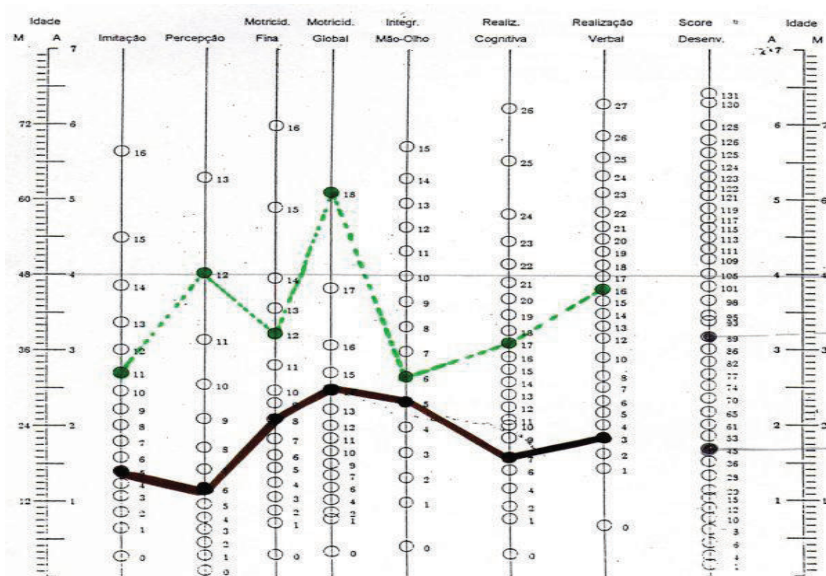


Gráfico 9 - Perfil de Desenvolvimento PEP Agosto de 2010

Na avaliação de desenvolvimento realizada em Agosto de 2010, com o Perfil Psicoeducacional (PEP), “apresenta um Índice de Desenvolvimento Global de 49, que se traduz num atraso de desenvolvimento muito significativo.”

Os resultados para a Escala de Desenvolvimento “apresentam um bom potencial desenvolvimental, sendo elevado o perfil obtido para as competências emergentes, nomeadamente ao nível da percepção, motricidade global e realização verbal” (cf. Perfil de Desenvolvimento a verde), segundo o Relatório de Acompanhamento em Consulta de Psicologia CRIAR.

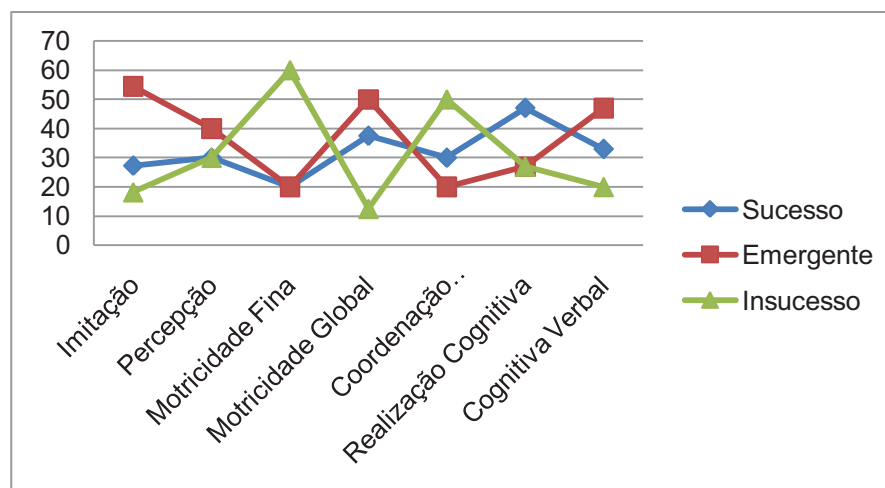


Gráfico 10 – Perfil Intra Individual

Tendo o gráfico como referência, a criança apresenta como áreas fortes as áreas: a realização cognitiva. Fazem parte das áreas emergentes a imitação, a percepção, motricidade global e a realização verbal, podemos concluir que são as áreas que estão a ser trabalhadas com a criança. De acordo com o gráfico podemos verificar que as áreas fracas são a Motricidade Fina e a Coordenação Óculo-Manual.

Ao compararmos os dois gráficos (Gráfico 9 e Gráfico 10), verificamos que a criança no gráfico Perfil de Desenvolvimento tem como áreas emergentes a percepção, a motricidade global e a realização verbal, já no gráfico Perfil Intra Individual, constatamos que a criança teve uma evolução tendo sucesso na área de realização cognitiva e como áreas emergentes a imitação, percepção, motricidade global e cognitiva verbal.

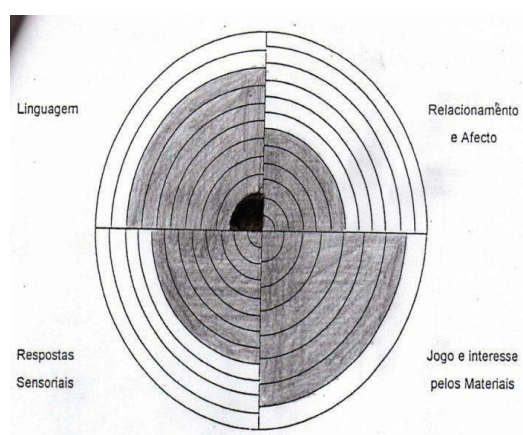


Gráfico 11 – Perfil de Comportamento PEP de Agosto 2010

Iremos fazer uma breve análise ao Perfil do Comportamento da criança, comparando o gráfico 11 com os dados recolhidos durante a nossa observação, quadro II.

De acordo com, o relatório de Acompanhamento em Consulta de Psicologia CRIAR (Anexo 7) “ (...) ao nível da Escala de Comportamento, a área mais afectada e de forma mais severa é a linguagem e também ao nível do Jogo e Interesse pelos materiais haja também muitas dificuldades.”

Através da nossa observação ao nível do comportamento, constatamos que o D. não apresenta qualquer item como severo e que o seu comportamento é apropriado ou médio. Neste sentido, verificamos que o comportamento do D. sofreu uma evolução positiva, principalmente ao nível da linguagem, os outros níveis estão em desenvolvimento.

Reunidas todas estas informações, conseguimos obter uma visão pormenorizada e mais completa das necessidades e dificuldades desta criança para que, possamos elaborar uma proposta de intervenção adequada e coerente.

CAPITULO IV – PLANO DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA

“As crianças com autismo também poderão melhorar quando sujeitas a tratamento adequado, mas seguirão um padrão de desenvolvimento diferente, dadas as diferenças a nível biológico e, assim sendo, o tratamento e a educação de que necessitam deverá ser, igualmente, diferente.” (Jordan:2000:14)

O plano de intervenção a que nos propusemos, passa essencialmente pelas áreas fracas, mas é importante ter em conta as áreas consideradas fortes, uma vez que podem servir de suporte para um bom desenvolvimento. Os seus pontos fortes e os seus aspectos positivos podem ser realçados para a sua auto-confiança e a sua auto-estima, são condições essenciais de apoio à criança, que ajudam à concretização de estratégias propostas no programa de intervenção a por em prática.

Para a proposta de intervenção deve-se partir das características e necessidades específicas da criança, deve-se diagnosticar e observar competência que o ensinam a pensar e aprender. Todo o trabalho a realizar terá que ser em conformidade com a família, e com todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Através das informações recolhidas nesta investigação iremos construir um possível plano de intervenção pedagógica para o D., uma vez que já sabemos que as suas áreas fracas são a motricidade fina e coordenação óculo manual. Este plano incidirá nestas duas áreas através de actividades, objectivos específicos, e recursos.

Primeiramente é necessário estimular a criança para que esta realize as actividades até ao fim, estas devem ser lúdicas e poderão ser realizadas individualmente e em grupo, já que o D. está integrado numa turma regular, onde já começou a interagir com os seus pares, podemos 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 D. de forma a promover a comunicação.

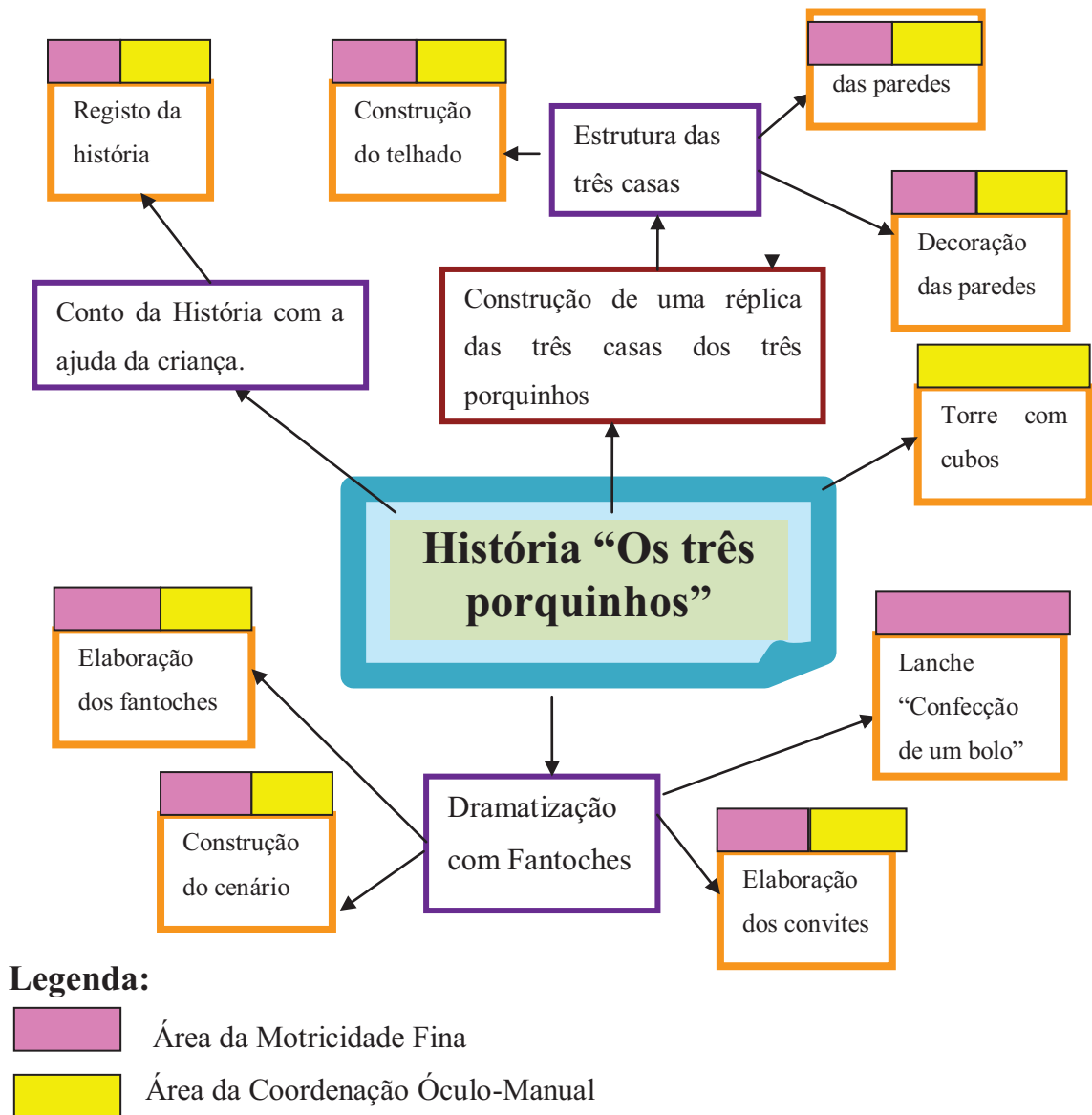
A planificação das tarefas deverá

“(...) ter em linha de conta o perfil da criança, de forma a proporcionar um reforço do eu (...) as áreas fracas deverão ser analisadas rigorosamente, subdividindo as tarefas difíceis em subtarefas mais simples que possam ser assimiladas e integradas pela criança.” (Fonseca,1999:125-126)

Neste sentido, as propostas de intervenção irão partir da área forte de D. que é a realização cognitiva, as actividades terão como principal função o desenvolvimento das áreas fracas, motricidade fina e coordenação óculo-manual.

1. PROPOSTAS DE ACTIVIDADES

Para a primeira proposta de intervenção iremos utilizar como estratégia a exploração da história “Os três porquinhos”, que será realizada através da leitura, jogo, dramatização, desenho, colagem, pintura e recorte. As intenções pedagógicas que pretendemos com estas actividades é promoverem o desenvolvimento ao nível da



Descrição da actividade:

Como já foi referido anteriormente as propostas irão ter como ponto de partida a área forte do D., que é a realização cognitiva. Esta área tem como finalidade auxiliar as áreas fracas da criança: a motricidade fina e a coordenação óculo-manual.

A educadora da sala tem como projecto as histórias tradicionais, a última que contou foi “Os três porquinhos”, vamos utilizar esta história para a nossa primeira proposta de actividades, já referido neste trabalho que uma das actividades que o D. mostra interesse é pela leitura de histórias.

Inicialmente a professora de Ensino Especial colocará à frente da criança a imagem da história “Os três porquinhos”, sabendo que a área forte é a realização cognitiva o D. irá dizer qual é a história que corresponde, ou seja, reconhecer a imagem. Em seguida, a professora irá pedir à criança para construir a imagem com os cubos, com esta actividade pretendemos motivar a criança. Depois irá pedir para a criança empilhar 8 cubos, pretendemos que a criança desenvolva a coordenação óculo-manual.

A primeira actividade em grupo que propomos irá ser leitura da história “Os três porquinhos” pela professora de Educação Especial, para o grupo da sala do D., a criança em estudo pega no livro e mostra as imagens enquanto a professora conta, ao pedido desta a criança muda de página. O objectivo da leitura em grande grupo é que o D. interaja com os pares e o facto de pegar no livro e folhear é para promover a coordenação de movimentos finos, ou seja, a motricidade fina.

Em seguida, as crianças individualmente irão fazer o registo da história, através do desenho e pintura, com esta actividade pretendemos que o D. desenvolva a motricidade fina e a coordenação óculo-manual.

Outra actividade que propomos é a construção das casas de cada porquinho da história, primeiro iremos construir a estrutura de cada casa com cartão, depois as crianças irão colar cada extremidade (formando as paredes das casas). Depois iremos decorar: a casa de palha com feno; a casa de madeira com paus de gelado e a casa de tijolos com esponja, em todas elas, o D. com as restantes crianças da sala, terão de recortar, pintar os diversos materiais e colar em cada estrutura da casa. Esta actividade tem como objectivo desenvolver a motricidade fina, a coordenação óculo-manual, identificar figuras geométricas, identificar grande e pequeno.

Para concluir a construção das casas, as crianças irão colar a cartolina em forma de telhado por cima da casa e depois decora-lo. As crianças irão rasgar papel de seda e para depois fazerem bolas, estas irão ser coladas. Com esta actividade pretendemos que se desenvolva a motricidade fina por exemplo a cooperação das duas mãos, manipulação de objectos, capacidade de agarrar; a coordenação óculo-manual.

A dramatização com fantoches, é outra das nossas propostas, para isso as crianças terão de construir fantoches, a base será uma meia e a irão decorar cada meia com botões, tecidos, lã. Esta actividade terá como objectivo que a criança desenvolva a motricidade fina, ou seja, aumente a capacidade de agarrar e manipular objectos, aumente a força nas mãos, e também que desenvolva a coordenação óculo-manual, como por exemplo melhor o controlo das mãos, a cooperação entre as duas mãos.

O cenário irá ser elaborado a partir de papel de cenário, onde as crianças irão desenhar e pintar, com esta actividade pretendemos que o D. melhor a sua capacidade de desenho, pinte dentro dos limites, ou seja, desenvolva ao nível da coordenação óculo-manual. Também irão fazer parte do cenário as casas dos três porquinhos que as crianças construíram.

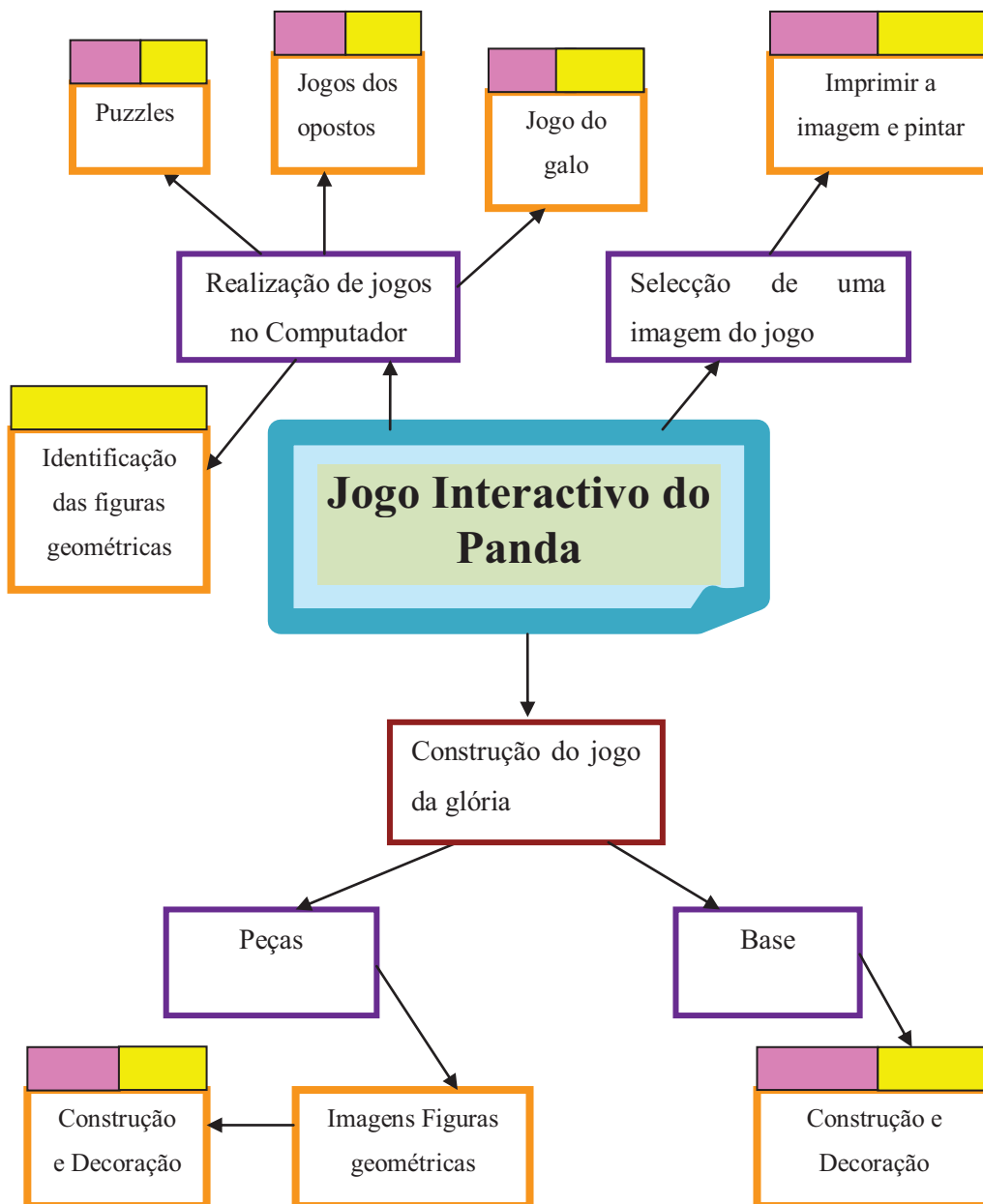
A professora de educação especial irá convidar as crianças de outra sala da instituição a assistirem à dramatização, para isso cada criança elabora um convite. Este convite irá ser decorado com massinhas pintadas. Pretendemos com esta actividade desenvolva a motricidade fina e coordenação óculo-manual.

Depois as crianças irão confeccionar um bolo, onde o D. vai utilizar uma colher para colocar os vários ingredientes num recipiente, com esta actividade o objectivo é que desenvolva a capacidade de agarrar e manipular objectos.

Para finalizar as crianças irão dramatizar a história com os fantoches, com esta actividade pretendemos que o D. desenvolva a área da imitação por exemplo a manipulação de um boneco, imitação o som de um animal, imitação de acções com o objecto; aumente a capacidade de agarrar e manipular objectos e desenvolva a memória, concentração, a interacção social, percepção e a linguagem.

2. PROPOSTAS DE ACTIVIDADES

As estratégias baseadas nesta proposta de intervenção são os jogos interactivos, a pintura e a construção de jogos. A intenção pedagógica que estas actividades possuem é desenvolver o D. ao nível da motricidade fina e coordenação óculo-manual.



Legenda:

- Área da Motricidade Fina
- Área da Coordenação Óculo-Manual

Descrição da actividade:

Estas propostas irão ter como ponto de partida a área forte do D., que é a realização cognitiva. Esta área tem como finalidade auxiliar as áreas fracas da criança: a motricidade fina e a coordenação óculo-manual.

Como o D. manifesta grande interesse por actividades de informática, vamos utilizar o jogo interactivo como auxílio à nossa proposta de intervenção.

A informática é utilizada para ajudar a ultrapassar dificuldades tanto em termos de reprodução gráfica como em termos de atenção e de perseverança.

Muitas destas crianças sentem pouca motivação para realizar aprendizagens e às vezes revelam dificuldades nos desempenhos motores finos, frequentemente o apelo de um ecrã e de um software agradável pode ser uma mais-valia no trabalho com elas. Também nesta área se pode aprender a esperar a vez ou a executar uma actividade partilhada.

O jogo interactivo irá ser realizado com uma criança de cada vez e com a professora de Educação Especial, este jogo tem várias opções, independentemente da opção a criança terá de escolher a resposta certa, caso erre a professora deve dar oportunidade de repetir e só depois passar para a seguinte. Nesta actividade o D. vai ter oportunidade de trabalhar com a opção dos opostos as noções grande/pequeno; alto/baixo; em cima/em baixo/; magro/gordo; longe/perto. Na opção do puzzle desenvolve a percepção visual, já na identificação das figuras geométricas a criança terá que seleccionar a figura conforme o que ouvir do computador, com este jogo a criança pretendemos que a criança desenvolva a percepção auditiva, identifique as figuras geométricas. O jogo da galo a criança pode desenvolver ao nível da agilidade, percepção.

Além de ser uma actividade lúdica (jogo interactivo) possui um grande valor pedagógico, pois provoca na criança a elaboração de esquemas mentais, a estimulação do seu pensamento, a ordenação de tempo e de espaço. Todos os jogos descritos favorecem as condutas cognitivas e desenvolvimento das capacidades como a memória, concentração e destreza manual ao manusear o rato do computador.

A construção do jogo da glória será a nossa proposta seguinte, para a elaboração das peças cada criança irá escolher duas figuras geométricas através do computador e

depois imprimir, em seguida, irão copiar na cartolina por exemplo três círculos e três quadrados e recortam, para a decoração recortam papéis de revistas e colam. Para a base a professora de Educação Especial desenha um quadrado para cada criança (+/-20 cm) numa cartolina branca, seguidamente pede para as crianças recortarem e decorarem a base com a técnica bolas de sabão (misturar a tinta com liquido da louça). Com esta actividade pretendemos que a criança desenvolva a motricidade fina e a coordenação óculo-manual, melhorar capacidade em desenhar formas, controlo de um lápis.

A última actividade desta proposta a criança terá que seleccionar de uma imagem do jogo, imprimi-la e pintar através da técnica do cotonete. Esta actividade tem com objectivo desenvolver a coordenação de movimentos finos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Riviére (1984:98)

“Esta tarefa educativa é provavelmente a experiência mais comovedora e radical que pode ter o professor. Esta relação põe à prova, mais do que nenhuma outra, os recursos e as habilidades do educador. Como ajudar os autistas a aproximarem-se de um mundo de significados e de relações humanas? Que meios podemos empregar para ajudá-los a comunicar, a atrair sua atenção e interesse pelo mundo das pessoas para retirá-las do seu mundo ritualizado, inflexível e fechado em si mesmo?” (cit. in Cavaco, 2010:121-122)

Ao finalizarmos este trabalho de investigação, confirmamos que nem todas as crianças com autismo apresentam a mesma constelação de sintomas. Para além disso, cada criança com autismo, tal como cada criança que não tem esta problemática, tem uma personalidade única e que lhe é particular.

A prática permitiu o contacto e algum conhecimento sobre a problemática e a teoria possibilitou um conhecimento mais aprofundado sobre a mesma.

Ao longo das últimas décadas foram propostas muitas abordagens, para intervir com estas crianças e com os respectivos pais, no entanto, importa salientar o envolvimento cada vez maior e mais participativo não só dos pais mas também de todos os técnicos e professores envolvidos neste processo terapêutico.

O Autismo intriga e angustia as famílias, normalmente temos uma criança bonita, sem sinais óbvios de lesão, que mostra uma falta de receptividade e interesse pelas pessoas, dificuldade na comunicação, na interacção e na actividade imaginativa e um repertório de actividades e interesses restritos. No decorrer deste trabalho, verificamos que as famílias não se adaptam passivamente às tensões provocadas pela presença de um filho autismo. Cada uma delas tem o seu modo de lidar com essa situação, o que depende de muitos factores. A patologia, as especificidades e as exigências de uma criança com autismo implicam sucessivas adaptações e reorganizações por parte da sua família, mais concretamente dos seus pais. O seu desenvolvimento depende, também, da forma como os pais organizam o meio educacional que a rodeia, na medida em que, embora o grau de dificuldade varie muito de indivíduo para indivíduo este está, em grande parte, dependente da qualidade do trabalho educativo realizado.

A família também deverá fazer parte da equipa multidisciplinar e, ao longo do trabalho tentamos reforçar essa ideia, uma vez que, além de serem os primeiros educadores dos seus educandos, permitem também o contacto do educando com um leque variado de aprendizagens. A família em parceria com a escola poderá encontrar as melhores estratégias de ensino para colmatar as necessidades do seu educando.

Os pais desempenham um papel visível e muito importante na ajuda à criança e por esse motivo é imprescindível, que se apercebam desde cedo da importância do seu papel no processo de intervenção e apoio à criança.

São vários os programas e os modelos de intervenção de pais com crianças. Estes programas têm ajudado o D. a melhorar a qualidade da relação pai-filho, exigindo dos pais a prática de novas actividades com o seu próprio filho e demonstraram um grande efeito tanto no comportamento da criança como nos pais. Vários estudos demonstram que a utilização destes modelos e programas de intervenção oferecem ambientes caseiros que proporcionam às crianças com Autismo não só uma melhoria da sua comunicação como do seu desenvolvimento social. É importante que os profissionais e as escolas que atendem crianças e jovens com Autismo tenham presente que estas famílias enfrentam dificuldades acrescidas.

Dada a relatividade dos resultados obtidos, uma vez que se trata de um estudo de caso, propomos investigações futuras mais alargadas, considerando a temática exequível de explorar, sendo os resultados destas investigações muito produtivos para a valorização das competências de qualquer criança que sofre desta perturbação.

Para finalizar, com elaboração deste trabalho averiguamos que existe uma necessidade de haver uma articulação entre a família e a escola, as duas principais instituições de socialização da criança, parece ser uma ideia consensual, sempre que se fala em oferecer uma educação de qualidade a todos. A família e a escola são os primeiros ambientes que a criança conhece, sendo portanto determinantes para o seu desenvolvimento.

“Cada criança é, acima de tudo, um indivíduo com características próprias que necessita de uma observação cuidadosa para a determinação do seu nível de compreensão e das suas necessidades, mas essa observação tem de ser completada com o conhecimento das dificuldades especiais com que se depara ao procurar dar um sentido ao mundo que a rodeia.” Jordan (2000:56)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ↵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2006). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ↵ BAIRRÃO, J. (1994). *A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: o caso da intervenção precoce*. Inovação.
- ↵ BELL, Judith. (2004). *Como realizar um Projecto de Investigação*. Gradiva Publicações Lda.
- ↵ BOGDAN, R..BIKLEN,S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos seus Métodos*. Porto: Porto Editora.
- ↵ BOSA, Cleonice; BAPTISTA, Claudio Roberto.(2002). *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção*, Porto Alegre: Artmed. Editora
- ↵ CAVACO, Nora, (2010). O profissional e a educação especial - uma abordagem sobre o autismo, Editorial.
- ↵ CONFERÊNCIA MUNDIAL DA UNESCO SOBRE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS: ACESSO E QUALIDADE (1994) - *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das necessidades educativas especiais* [Documento policopiado]. Salamanca: UNESCO.
- ↵ CORREIA, Luís de Miranda, (2003). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – Um guia para educadores e professores*, Porto: Porto Editora.
- ↵ CORREIA, Luís de Miranda (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

- ↵ DUARTE, José B., (2008). Revista Lusófona de Educação, nº11
- ↵ FONSECA, Vítor. (1999). *Insucesso Escolar - abordagem psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora
- ↵ FONSECA, Vitor (1989) *Educação Especial- Programa de estimulação Precoce*, Lisboa: Editorial Noticias.
- ↵ FORTIN, M. (1996). O processo de investigação: da concepção à realização. Copyright Décarie Éditeur.
- ↵ GARCIA, Teresa; RODRÍGUEZ, Carmen (1997). *A Criança Autista*. In Cuberos, M. et al. *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro
- ↵ GHAZAL, M. (1993) *Come a sopa e... cala-te! – Uma abordagem dos conflitos Pais – Filhos*. Temas Pedagógicos. Lisboa: Editorial Estampa
- ↵ GOMES, Ana Maria Paula Marques. *Famílias Heroínas – enfrentar a adversidade de ter um filho diferente*. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- ↵ HEWITT, S. (2006). *Compreender o autismo- estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*. Porto: Porto Editora.
- ↵ HOUGHTON, Kat. (2008). *Empirical Research Supporting the Son-Rise Program*. The Autism Treatment Center of America Sheffield, Massachusetts, EUA, Tradução: Márcia Teixeira. Revisão: Mariana Tolezani
In <http://www.inspiradospeloautismo.com.br/pdfs/Pesquisa.pdf> consultado a 5 de Junho 2011.
- ↵ JORDAN, Rita, (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Ministério da Educação: Instituto de Inovação Educacional, Lisboa.

- ↵ MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria (2001). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Editora ATLAS S.A.
- ↵ MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria (2002). *TÉCNICAS DE PESQUISA*. São Paulo: Editora ATLAS S.A.
- ↵ MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora ATLAS S.A.
- ↵ MARQUES, Carla Elsa. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- ↵ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. (1996). *Dos 3 aos 5 no jardim-de-infância*. Lisboa
- ↵ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (1997). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Departamento de Educação Básica.
- ↵ MOTA, Andreia Martins. (2004). *O Estado da Terapia Ocupacional*. Porto.
- ↵ Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ↵ PEREIRA, Edgar. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Graforim Artes Gráficas Lda
- ↵ PEREIRA, Manuela Cunha, SERRA, Helena. (2006). *Autismo – Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.

↵ SANTOS, Isabel Margarida Silva Costa Dos, SOUSA, Pedro Miguel Lopes De. *Como intervir na perturbação autista.*

In www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0262.pdf - consultado 23 de Maio de 2011

↵ SIEGEL, Bryna. (2008). *O mundo da criança com autismo – Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo.* Porto: Porto Editora.

Fontes

↵ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Autismo> consultado em 20 de Maio 2011

↵ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Neuropatologia> consultado em 22 de Maio 2011

↵ <http://www.profala.com/artautismo8.htm> consultado em 26 de Maio 2011

↵ www.appda-lisboa.org.pt consultado em 7 de Junho 2011

↵ http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/languages/portuguese_version.php consultado em 13 de Junho 2011

↵ <http://www.inspiradospeloautismo.com.br/Programa/Programa.html> consultado em 13 de Junho 2011

↵ <http://www.byweb.pt/santamariadafeira/mapa.html> consultado 20 de Junho 2011

Legislação interna

↵ Decreto de Lei nº3/2008. (7 de Janeiro de 2008). Lisboa: Ministério da Educação.

↵ Decreto de Lei n.º 281/2009 (6 de Outubro de 2009). Lisboa: Ministério da Educação.

↪ Lei nº 5/97. (10 de Fevereiro de 1997). Lisboa: Ministério da Educação.

↪ Decreto de Lei n.º 564/99 (21 de Dezembro - art. 5º, linha q.). Lisboa: Ministério da Saúde.

ANEXOS