

**NICOLE BARBOSA**

**AUTISMO E RESPOSTAS EDUCATIVAS NO CONTEXTO  
ESCOLAR**



**DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM  
EDUCAÇÃO ESPECIAL**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSORA DOUTORA DANIELA NASCIMENTO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO**

**OUTUBRO DE 2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Na etapa final do mestrado, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que viveram comigo as dúvidas, as angústias, os receios e as alegrias inerentes à concretização deste projeto.

À minha família e namorado, pelo apoio, carinho e compreensão incondicional, principalmente nos momentos mais difíceis.

À professora Dr.<sup>a</sup> Daniela Nascimento, pela orientação, conselhos e disponibilidade, fundamentais para a realização deste projeto.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer a todos os docentes que tiveram a amabilidade e disponibilidade para responder ao questionário, contribuindo assim, para a realização deste projeto de investigação.

## RESUMO

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação global do desenvolvimento e as crianças com esta alteração apresentam, geralmente, dificuldades nas áreas da socialização, do jogo, da linguagem e da comunicação.

O presente projeto, realizado na área da Educação Especial, no domínio cognitivo e motor, pretende contribuir para uma melhor perceção acerca da realidade do contexto escolar, nomeadamente no que concerne às respostas educativas dadas às crianças com autismo e, simultaneamente, apresentar uma descrição detalhada acerca da síndrome, das suas características e sintomas, assim como do seu percurso evolutivo. Procuramos ainda identificar os principais obstáculos e contornos do processo comunicacional que a criança autista manifesta junto dos professores, bem como a perceção destes relativamente a esse processo e a possíveis estratégias de intervenção/remediação. Daí que a questão que orientou o percurso da investigação tenha sido “Quais as respostas da comunidade educativa face às necessidades da comunicação da criança autista?”, e à qual se procurou responder através da aplicação de um inquérito por questionário aos docentes do 1º ciclo e docentes de educação especial da área do Vale do Sousa. Através deste instrumento, pretendemos analisar as opiniões dos docentes relativamente às ferramentas comunicacionais utilizadas em contexto escolar junto de alunos com PEA. Os resultados obtidos pareceram confirmar apenas parte das nossas hipóteses, pois concluímos que a equipa docente, num trabalho que se assume com lacunas e limitações, procura responder às necessidades comunicacionais da criança com PEA.

**Palavras-Chave:** Perturbação do Espectro do Autismo (PEA); Respostas Educativas; Educação Especial; Comunicação; interação

## **ABSTRACT**

The Autism Spectrum Disorder is a global developmental disorder and children with this change usually present problems to sociability, difficulty of play, language and communication.

The present project, conducted in the area of Special Education, in the cognitive and motor developmental, aims for a better perception in the school context, particularly in relation to educational responses to children with autism, while simultaneously providing a detailed description of the syndrome, like the characteristics and symptoms, as well as its evolutionary path. This one assumes as his objective identifying the main obstacles of the autistic children communication, discovering the perception of the teachers and their answers towards the same. Hence, the question that guided the course of the investigation was "What are the responses that the educational community have for the needs of the autistic children communication?". The present study intends to contribute to the clarification of this issue.

This way, the survey questionnaire was administered to the teachers, of the primary school and special education teachers in Vale the Sousa area as a working tool. Using this instrument, we intend to analyse the opinions of teachers, making a survey of the possible answers and apply them to the child with ASD. The obtained results outperformed the majority of cases, so we could conclude that currently teachers are trying to respond to the communication needs of the child with ASD. This work also suggests some strategies to help develop the skills of children with ASD, as well as some forms of intervention to use in the school context.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder; Answers Education, Special Education, Communication Interaction;

# ÍNDICE

Introdução/Enquadramento do Estudo	10
<b><u>Parte I – Enquadramento Teórico</u></b>	
<b>1. Autismo</b>	12
1.1 Percurso Histórico	12
1.2 Definição e Caracterização de Autismo	16
1.2.1 Subtipos de Autismo	17
1.3 Diagnóstico de Autismo	19
1.3.1 Diagnóstico Diferencial	23
1.4 Etiologia	25
1.4.1 Teorias Psicogénicas	27
1.4.2 Teorias Biológicas	28
1.4.3 Teorias Psicológicas	32
1.4.4 Teorias Alternativas	33
1.5 Incidência	34
1.6 O Percurso Desenvolvimental do Autismo: sintomas e manifestações comportamentais	35
<b>2. Avaliação</b>	38
2.1 Formas de Avaliação	38
<b>3. Perturbações associadas ao autismo</b>	41
3.1 Linguagem e Comunicação	42
3.2 Interação Social	45
3.3 Imaginação	46
<b>4. Estratégias Educativas de Intervenção com a Criança Autista</b>	47
4.1 Construção de um Programa de Intervenção (PI)/ Programa Educativo Individual (PEI)	48
4.2 A Educação e a Criança	49
4.2.1 Modelo DIR	50
4.2.2 Modelo ABA	51
4.2.3 Modelo TEACCH	52
4.2.3.1 Programa PIPA	56
4.3 Objetos Educacionais	60

4.4 Intervenção junto da criança autista	61
4.4.1 Interação	61
4.4.2 Comunicação e Linguagem	62
4.4.2.1 Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) e	63
Sistema de Comunicação Aumentativa e Alternativa (SAAC)	
4.5 Cognição	67
4.6 Motricidade	68
4.7 Competências Académicas	69
<b><u>Parte II – Estudo Empírico</u></b>	
<b>5. Metodologias de Investigação</b>	71
<b>6. Apresentação e Discussão de Resultados</b>	76
6.1 Caracterização da Amostra	76
<b>7. Discussão e Sínteses de Resultados</b>	102
<b>8. Considerações Finais</b>	105
<b>9. Bibliografia</b>	108
<b>10. Anexos</b>	111

## ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Evolução do Conceito de Diagnóstico (DSM-APA)	21
Quadro 2 – Critérios de Diagnóstico para Distúrbios de Autismo	22
Quadro 3 – Critérios de diagnóstico para Distúrbios de Autismo ICD-10	23
Figura 1 – Representação do “Modelo de patamar Comum”	31
Quadro 4 – Problemas de Comunicação no Autismo	42
Quadro 5 – Linguagem	43
Figura 2 – Inserção da Linguagem na Comunicação	44
Figura 3 – Pirâmide das etapas de Implementação do Programa PIPA	59
Figura 4 – Plantas da UEEA	60
Figura 5 – Exemplo de Signos Bliss	64
Figura 6 – Sistema PIC	65
Figura 7 – SPC Símbolos Pictográficos para a Comunicação	65

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico e Tabela 1 – Género	76
Gráfico e Tabela 2 – Idade	77
Gráfico e Tabela 3 – Habilitações Académicas	77
Gráfico e Tabela 4 – Situação Profissional	78
Gráfico e Tabela 5 – Formação em Educação Especial	78
Gráfico e Tabela 6 – Área de Espacialização	79
Gráfico e Tabela 7 – Crianças com PEA no Agrupamento	80
Gráfico e Tabela 8 – Crianças com PEA na escola	81
Gráfico e Tabela 9 – Nº de Crianças com PEA Retidas	82
Gráfico e Tabela 10 – Média de Retenções no 1º Ciclo	83
Gráfico e Tabela 11 – Motivo para as Retenções	83
Gráfico e Tabela 12 – Frequência de Medidas Educacionais Adaptadas	86
Gráfico e Tabela 13 – Frequência de Mobilização de Atividades Não Docentes	89
Gráfico e Tabela 14 – Ordem de Importância dada aos Objetos e Estratégias que Respondam às Necessidades da Criança com PEA	90
Gráfico e Tabela 15 – Parcerias Existentes com a Escola	92
Gráfico e Tabela 16 – Formas de Comunicação Utilizadas na Sala de Aula	93
Gráfico e Tabela 17 – Recursos Utilizados na Sala de Aula	94
Gráfico e Tabela 18 – Em que Medida os Recursos Utilizados são Relevantes	95
Gráfico e Tabela 19 – Estratégias Educativas Utilizadas na Sala de Aula	96
Gráfico e Tabela 20 – Adequação dos Materiais e Estratégias Utilizadas	97
Gráfico e Tabela 21 – Justificação das Adequações das Estratégias	98
Gráfico e Tabela 22 – Reuniões entre Equipas Docentes	99
Gráfico e Tabela 23 – Regularidade da(s) Reunião(ões)	100
Gráfico e Tabela 24 – Principais Temáticas Abordadas na(s) Reunião(ões)	101
Gráfico e Tabela 25 – Motivo da Não Realização da(s) Reunião(ões)	101

## ÍNDICE DE SÍGLAS

<b>ABA</b>	Applied Behavioral Analysis (Análise Comportamental Aplicada)
<b>ABC</b>	Autism Behaviour Checklist
<b>ADI-R</b>	Autism Diagnosis Interview – Revised
<b>ADOS</b>	Autism Diagnostic Observation Schedule
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>BOS</b>	Behavioural Observation Scale for Autism
<b>CAA</b>	Comportamento Aumentativo e Alternativo
<b>CARS</b>	Children Autism Rating Scale
<b>CHAT</b>	Checklist for Autism in Toddlers
<b>CE</b>	Compreensão da Escrita
<b>DSM</b>	Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
<b>PEA</b>	Perturbação do Espectro do Autismo
<b>PEI</b>	Programa Educativo Individual
<b>PI</b>	Programa de Intervenção
<b>PIPA</b>	Programa Integrado para o Autismo
<b>PO</b>	Produção Oral
<b>TEACCH</b>	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação surge no âmbito do Mestrado em Educação Especial - domínio Cognitivo - Motor - e tem como objetivo conhecer a realidade dos sujeitos com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), sobretudo no que concerne à forma como eles comunicam no contexto escolar.

Neste trabalho procuramos espelhar a situação atual nas escolas no que concerne às respostas educativas dadas perante a problemática do autismo, através da auscultação da opinião de professores titulares de turma do 1º ciclo e de professores de educação especial sobre as ferramentas comunicacionais utilizadas. Os inquiridos apresentam a sua opinião através de um inquérito por questionário.

O objetivo principal é, então, refletir sobre as respostas educativas fornecidas às crianças com PEA e, simultaneamente, atingir os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a perceção da comunidade educativa sobre os comportamentos e necessidades da criança autista;
- Conhecer a eficácia das respostas educativas utilizadas pela comunidade educativa com a criança autista.

Neste entendimento, o presente projeto tem como questão de partida “Quais as respostas da comunidade educativa face às necessidades da comunicação da criança autista?”, sendo através desta que se desenvolve toda a investigação. Deseja-se identificar as respostas da comunicação existentes a ser aplicadas com a criança com PEA e as que são utilizadas pelos docentes. Pretende-se ainda, contribuir para o esclarecimento da questão anterior, ainda analisar o que o que se “faz no terreno” e o que há a melhorar.

O atual projeto estrutura-se em duas partes que se complementam, o enquadramento teórico, onde se aborda a temática do autismo e o estudo empírico realizado.

A primeira parte é constituída por quatro capítulos, onde se faz uma abordagem ao autismo, especificando a sua evolução histórica, as suas características e o seu diagnóstico. No segundo capítulo, é abordado a avaliação do autismo, referenciando formas de avaliar e de intervir nesse espectro. Dentro do

terceiro capítulo, abordamos as perturbações associadas ao autismo, sobretudo nas áreas da comunicação, da linguagem, da interação e da imaginação. No quarto capítulo refletimos acerca do percurso educativo dos alunos com PEA, sobretudo no que concerne aos objetivos educacionais e às metodologias de intervenção.

Na segunda parte do projeto encontra-se o trabalho empírico, centrado na metodologia de investigação e na apresentação e análise dos dados obtidos através do inquérito por questionário.

Por último, está presente a conclusão do projeto, onde se aponta algumas sugestões para futuras investigações.

# PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1 AUTISMO

### 1.1 PERCURSO HISTÓRICO

O termo “Autismo” deriva do grego *autos* (próprio), significa que a criança ou pessoa vive dentro de si mesma, não sendo considerada narcisista, termo que acarreta outra conotação. Foi primeiramente descrito por Bleuler em 1908, que associou o autismo “à descrição do isolamento social observado em adultos, vítimas de esquizofrenia” (Marques, 2000, p.26).

Em 1943, o autismo surge descrito, pela primeira vez, como uma síndrome pelo pedopsiquiatra Leo Kanner cujo trabalho surge publicado sob o título “*Autistic disturbances of affective contact*” e que se direciona a um “autismo infantil”.

Kanner, no seu artigo, descreve e caracteriza o comportamento de 11 crianças (3 raparigas e 8 rapazes) que apresentam alterações comportamentais distintas das outras crianças até então, ou seja, que possuem um comportamento “marcante e distintivamente diferente da maioria” (Hewitt, 2006, p.7). As crianças em estudo possuíam uma aparência física normal, no entanto, cada uma delas demonstrava um isolamento social. Este isolamento surge desde cedo, não permitindo que a criança se vincule a um par. Com este estudo, Kanner identificou como características do autismo: incapacidade de relacionamento com os outros; dificuldade no uso da linguagem; desejos obsessivos em manter as coisas no mesmo local, com a mesma ordem; ansiedade e agitação com determinados objetos ou temas.

A descrição de Kanner (1943) continua, ainda hoje, a ser uma referência válida, pois reúne todas as características aceites para descrever a perturbação do autismo.

Em 1944, um ano após a publicação de Kanner, surge um novo trabalho intitulado “*Autistic Psychopathy in Childhood*” (Hewitt, 2006, p.8), por Hans Asperger, um médico austríaco que viveu e trabalhou em Viena, não tendo este tido qualquer contacto com o trabalho realizado por Kanner.

Asperger estudou um grupo de rapazes que possuíam um QI médio ou acima da média, mas que manifestavam dificuldades em interagir socialmente e uma certa

preferência pelo jogo/brincadeira solitária e que, quando lhe eram alteradas as rotinas mostravam-se muito ansiosos ou perturbados. Falavam fluentemente mas, demonstravam falta de compreensão durante uma conversação e não se apercebiam da importância da mesma a nível social, e cometiam erros, não conseguindo aprender com os mesmos. Este grupo de crianças demonstrou também dificuldades de coordenação e revelavam ter consciência da sua diferença face a outras crianças da mesma faixa etária, o que promovia uma autoestima baixa e algumas tendências suicidas.

Assim sendo, o grupo de Asperger apresenta como principais características um contacto social inapropriado, uma forma de comunicação especial, uma expressão facial fraca, gestos estereotipados e um grau de inteligência normal ou acima da média.

Segundo Marques, Kanner e Asperger “acreditavam que o isolamento presente no autismo, era inato (palavras de Kanner) ou constitucional (palavras de Asperger)” sendo duradouro em todas as faixas etárias. (Marques, 2000, p.26)

Em ambos os estudos foi então possível verificar que as crianças apresentam uma aparência normal, um contacto visual deficitário movimentos estereotipados, assim como estereótipos verbais, resistência a mudanças procura constante do isolamento e interesse obsessivo por determinados objetos e comportamentos excêntricos.

Kanner e Asperger, com a sua investigação, pretendiam mostrar que existe uma distinção clara entre esquizofrenia e autismo. Para isso basearam-se em três tópicos: a ausência de alucinações, a possibilidade de melhoria e de que o autismo surge nos primeiros anos de vida.

Apesar de Kanner e Asperger apresentarem pontos comuns nas suas conclusões, também divergiam em três áreas distintas, ou seja, na capacidade linguística, motora e de aprendizagem.

Nos estudos de Kanner, este refere que três dos seus pacientes nunca falaram e que os restantes não utilizavam a linguagem como forma de comunicação. Em contrapartida, Asperger, observou que uma em quatro crianças era fluente na sua língua materna.

Relativamente à capacidade motora, Kanner salienta um comportamento desajeitado em alguns casos do estudo, em especial na motricidade fina e global. Asperger, por sua vez, descreve as crianças do seu estudo, como pouco aptas quer

para a realização de atividades motoras quer para, problemas a nível da coordenação da motricidade global estendendo-se também à motricidade fina.

Por último, Kanner acreditava que as crianças com autismo aprendiam mais facilmente com recurso a rotinas e mecanizações, enquanto Asperger acreditava que os seus pacientes, ou seja, as crianças do seu estudo, aprendiam mais facilmente se produzissem de forma espontânea sugerindo que eram ““pensadores do abstracto”” (Marques, 2000, p.27).

Em 1952, foi publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM. Destinado a profissionais da área de saúde mental, contém uma lista das diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA). Em 1968, foi publicada a DSM-II, uma versão atualizada do DSM.

Na década de 70, mais precisamente em 1979, Lorna Wing e Judith Gould criaram a “expressão “espectro do autismo”” (Lima, 2012, p.1), num estudo realizado com 35.000 crianças. Observaram que um grupo alargado de crianças apresentava dificuldades na interação social, associada a dificuldades de comunicação e à falta de interesse em atividades, não se enquadrando no diagnóstico formal de autismo. Na publicação do seu estudo, Wing e Gould, demonstram que as crianças com autismo apresentam algumas dificuldades, no entanto, havia três áreas facilmente identificáveis – linguagem e comunicação, competências sociais e imaginação ou flexibilidade de pensamento. Ou seja, a criança apresenta uma limitação na capacidade de participar em situações de convívio social, na utilização da expressão comunicativa quer receptiva quer expressiva, assim como, uma redução da capacidade de utilização da imaginação e da fantasia, fazendo com que a criança tenha dificuldade em fantasiar tornando-se repetitiva.

A estes três sintomas definidos por Wing e Gould, deu-se o nome de “Tríade de Lorna Wing” (Marques, 2000, p.18) ou Tríade de Incapacidade (Hewitt, 2006, p.10). Sendo a comunicação uma competência complexa que inclui o contacto visual, a expressão facial e a linguagem corporal e verbal.

O indivíduo com autismo demonstra incapacidade de interpretar, usar ou responder de forma apropriada à comunicação, sendo um desafio constante para o próprio e para os que o rodeiam. A esta, acresce ainda, a incapacidade para

interpretar sinais quando combinados com a linguagem verbal, prejudicando a percepção do que realmente está a ser dito. A incapacidade, também demonstrada pelo autista, no que se refere ao uso de gestos apropriados, da comunicação verbal e das expressões faciais aumenta a dificuldade destes perceber o real contexto de um diálogo.

No entanto, com o auxílio de uma intervenção especializada, a capacidade de comunicação do autista pode ser melhorada, minimizando um pouco as dificuldades que enfrentam diariamente.

A socialização é parte integrante na vida do ser humano, começando em criança com as brincadeiras. No entanto, o autista revela preferência pelo afastamento das outras crianças, optando pelo isolamento e centrando-se em objetos.

Todos os indivíduos com autismo são confrontados, regularmente, com a incapacidade em decifrar e reagir adequadamente face a situações sociais. Esta incapacidade de socialização não se restringe ao envolvimento com o jogo e em fazer amizades, mas estende-se ao trabalho em grupo ou parceria com um companheiro, às situações de aulas, de desportos de contacto ou coletivos, aos períodos de estudo em silêncio, às relações estudante-professor, ou seja, em qualquer situação que envolva pelo menos outra pessoa.

O processo de aprendizagem social depende das competências de comunicação verbal, mas acima de tudo, da capacidade de captação e de decifração de pistas e regras sociais não-verbais. Para a maioria das pessoas, este é um processo de aprendizagem contínuo, natural e excitante. No entanto, para o autista, este processo representa um enorme desafio.

A incapacidade de imaginação afeta a capacidade do indivíduo fazer de conta, de se envolver no jogo simbólico ou imaginativo, ou até mesmo, na capacidade de resolver problemas. Esta incapacidade resulta na resistência à mudança, seja de que tipo for, podendo conduzir à compreensão limitada, por parte do autista, das consequências, quer positivas quer negativas.

Num ambiente escolar, a "rigidez de pensamento" (Hewitt, 2006, p.15), demonstrada pelo autista, dificulta, impedindo, por vezes a transferência de novos saberes, de novas competências. A mínima alteração na rotina pode levar a uma perturbação no autista, que dure o resto do dia escolar, levando-o a estar instável.

Estes três sintomas de Wing e Gould (comunicação, socialização e imaginação), não são abertamente referidos no manual de diagnóstico tradicional,

ou seja DSM, porém, passaram a ser universalmente aceites e ponderados por todos os que nesta área trabalham, como docentes, médicos e outros profissionais.

A partir dos anos de 1980 e até aos nossos dias, tem-se discutido muito sobre o autismo, sendo atualmente, o termo utilizado – Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Este é utilizado para designar três alterações do desenvolvimento (Coelho & Aguiar, 2011, p.12): Perturbação Autista (Autismo clássico); Perturbação de Asperger, e as Perturbações Globais do Desenvolvimento sem outra Especificação. Estas últimas, correspondem à existência de um défice grave na aprendizagem social que não cumprem, na totalidade, os critérios de diagnóstico para o autismo.

Em 1980 surge a DSM-III. No entanto, a maior revisão da DSM foi feita em 1994, surgindo com a publicação da DSM-IV. Atualmente existe a DSM-V, que foi publicada a 28 de maio de 2013.

## **1.2 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE AUTISMO**

Definir autismo é algo que se tem vindo a tentar fazer ao longo dos anos, porém, ainda hoje, não existe um total acordo quanto à definição e designação desta perturbação psíquica. De um modo geral as crianças/pessoas com autismo demonstram ter boa inteligência e memória dirigida apenas para interesses específicos. Estimativas recentes mostram que a síndrome - perturbação do espectro do autismo, ocorre em aproximadamente quatro ou cinco em cada 10.000 indivíduos, sendo, cerca de três a quatro vezes mais comum em meninos do que em meninas.

Atualmente, o DSM-IV (Manual de Diagnóstico e de Estatística das Perturbações Mentais) inclui o autismo nos distúrbios generalizados do desenvolvimento, como distúrbio autista e caracteriza-se por:

- um aparecimento da síndrome antes dos 30 meses de vida;
- uma alteração e défice a nível das interações pessoais;
- uma incapacidade/alteração a nível da comunicação (verbal e não verbal);
- uma incapacidade/perturbação da compreensão da linguagem;
- Uma perturbação a nível do jogo social e imitativo adequado;
- um repertório a nível das atividades e interesses restrito;

- um interesse por rotinas e rituais;
- um surgimento de comportamentos repetitivos e estereotipados.

É importante lembrar que na perturbação do espectro do Autismo:

- não há um padrão fixo na forma como se manifesta;
- não existe uma idade determinada para o seu aparecimento;
- os sintomas surgem gradualmente;
- os sintomas específicos variam bastante, podendo a criança não apresentar todos os sintomas identificados pela síndrome;
- os sintomas variam com a idade.

Em suma, a perturbação do espectro do autismo pode manifestar-se por um atraso ou desvio da interação social, pela linguagem usada como forma de comunicação e pelo jogo simbólico ou imaginativo, antes dos três anos de idade. Todavia, existem relatos de pais que afirmam que os seus filhos até 1 ou 2 anos de idade tiveram um desenvolvimento normal, apresentando posteriormente uma regressão.

Segundo a DSM-IV, por definição se existe um período em que a criança demonstra ter um desenvolvimento normal, este não se alonga, manifestando-se apenas até aos três anos de idade.

### **1.2.1 SUBTIPOS DE AUTISMO**

O autismo tem vindo a sofrer inúmeras alterações, sendo um facto, as diferenças existentes entre os indivíduos com autismo. Desta forma, o DSM-IV-TR, considera que existem subtipos da perturbação do desenvolvimento, que se distingue da Perturbação Autística:

- 1) Autismo Clássico ou Síndrome de Kanner – anteriormente definido por distúrbio autista;
- 2) Síndrome de Asperger – é diagnosticada tendo por base os mesmos critérios do diagnóstico do autismo, salvo em relação à comunicação. Esta perturbação atinge, principalmente, as áreas da socialização e do comportamento. As crianças com esta síndrome demonstram características particulares da fala e da linguagem, não tendo atraso na aquisição da mesma. Não possuem amizades estáveis, são habitualmente obsessivos e possuem rituais inadequados. Segundo Peeters e Gillberg (Marques, 2000), esta

síndrome distingue-se do diagnóstico de autismo segundo a avaliação da empatia, em que a criança com Asperger demonstra uma empatia mais elevada do que a autista. A avaliação do quociente de inteligência (Q.I) é outra forma de distinguir a síndrome, uma vez que, a criança com Asperger apresenta um Q.I mais elevado, tendo maior aptidão verbal.

- 3) Síndrome de RETT – trata-se de uma perturbação que apresenta as seguintes características: desenvolvimento pré-natal e perinatal aparentemente normal, desenvolvimento psicomotor aparentemente normal até aos 5 meses; perímetro cefálico normal no nascimento. Após este período de desenvolvimento normal, surgem na criança as seguintes características: desaceleração no crescimento; perda de competências manuais; desenvolvimento de movimentos estereotipados das mãos, perda da interação social; movimentos pouco coordenados do andar ou do tronco; disfunção no desenvolvimento da linguagem recetiva e expressiva com atraso no desenvolvimento psicomotor. Esta perturbação distingue-se da Perturbação Autística pelo facto de existir um período de desenvolvimento normal, havendo depois uma regressão em todas as áreas, mas mais acentuada a nível motor. Esta perturbação é degenerativa e o prognóstico é mais grave em comparação com o autismo.
- 4) Perturbação Global do desenvolvimento sem outra especificação – é a designação utilizada quando existe um défice grave no desenvolvimento a nível social e que está associado ao défice a nível das competências de comunicação (verbal e não-verbal) ou à presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas. No entanto, este género de perturbações não respondem aos critérios necessários para a síndrome autista. A sua classificação ou denominação não tem ainda um consenso geral.
- 5) Traços Autistas – nesta patologia, são incluídas as crianças que manifestam pelo menos três sinais, mas que não correspondem aos critérios das outras perturbações.

### 1.3 DIAGNÓSTICO DO AUTISMO

A delimitação do diagnóstico do Espectro do Autismo gera ainda algumas controvérsias e algumas contradições.

Atualmente, a classificação de autismo designa uma categoria de diagnóstico mais abrangente que nos anos 40. Assim sendo, o autismo “é a expressão sintomática final de uma perturbação cerebral provocada por diferentes tipos de lesões, manifestando-se por diferentes graus de sintomatologias, mantendo-se constante a tríade de incapacidades” (Marques, 2000, p.34).

O seu diagnóstico tem como base o comportamento. Desta forma, é feita uma observação e interpretação do significado do desvio, da ausência ou atraso de um determinado comportamento. No entanto, é difícil diferenciar de forma clara as crianças com autismo do vasto grupo de crianças com Perturbações do Desenvolvimento.

Ao longo dos últimos 50 anos, a visão clínica do autismo definida por Kanner (1943), tem vindo a ser sucessivamente referida, mantendo-se as características por ele assinaladas. Segundo Kanner (Marques, 2000), a criança com autismo apresenta as seguintes características:

- 1) Incapacidade para estabelecer um relacionamento social;
- 2) Falha no uso da linguagem/comunicação;
- 3) Interesses obsessivos e desejos pelo isolamento;
- 4) Fascínio por objetos;
- 5) Boas capacidades cognitivas;

Em 1945, Kanner reduziu as principais características do autismo a duas: isolamento social e indiferença face aos outros; resistência à mudança e rotinas repetitivas. Estas explicam a ausência de motivação para se relacionarem com os seus pares.

Para se fazer um diagnóstico, é necessário, os especialistas estarem cientes das principais teorias e concentrarem-se nos fatores específicos da criança. É necessário ter a certeza de que:

- a criança/pessoa com PEA tem um conjunto de problemas associado à síndrome;

- os problemas existem em todos os contextos (casa, escola), sendo consistentes;
- não existem outras explicações para as dificuldades apresentadas.

Na perturbação do espectro do autismo, existem três áreas primordiais que são vivenciadas pela criança com esta síndrome:

1. Social – nesta área, a criança com PEA demonstra dificuldades em estabelecer a atenção conjunta em todas as etapas da sua aquisição, ou seja, não sorri em resposta a um sorriso, não acompanha o olhar dos pais, entre outros. A criança com PEA, não partilha nem procura a interação com o outro; recorre a levar o adulto pela mão ao objeto em vez de verbalizar o pedido; não formaliza o pedido nem olha diretamente para o objeto que pretende; demonstra dificuldades em responder quando é chamado; procura o isolamento; não compreende as interações sociais, assim como demonstra dificuldades em entender e interpretar as situações sociais; não compreende a perspectiva dos outros, demonstra dificuldades em partilhar e mostra empatia com os outros.
2. Comunicação – nesta área, a criança com PEA apresenta um atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral; incapacidade para iniciar ou manter um diálogo; utiliza o uso repetitivo ou estereotipado da linguagem e demonstra ausência do jogo ao nível do desenvolvimento.

A criança com PEA não demonstra interesse ou intenção em comunicar, nem recorre a outros meios de comunicação não-verbal. Nestas crianças, quando existe alguma forma de linguagem, esta está reduzida a um vocabulário restrito, sendo as palavras, por essa razão muitas vezes usadas fora do contexto. Demonstram, ainda, um atraso no desenvolvimento a nível do jogo simbólico, demonstrando apenas interesse por brinquedos de causa-efeito.

3. Comportamentos invulgares e repetitivos – nesta área, a criança com PEA, demonstra adesão à rotina ou a rituais específicos; maneirismos motores estereotipados e repetitivos e preocupação por partes de objetos. A este nível, a criança com PEA apresenta alterações diárias de comportamento, sendo este, repetitivo, não funcional e atípico. Revela interesse e necessidade da existência de rotinas claras e explícitas. No caso de

alteração das rotinas, torna-se indispensável/imprescindível um aviso prévio de modo a salvaguardar o bem-estar da criança. O primeiro alerta, é sempre dado pelos pais, que frequentemente se queixam de que o filho “parece que não ouve”, “não se interessa por nada”, entre outras situações. Estas informações são marcantes no início do diagnóstico. Face a esta situação devem ter-se em consideração os seguintes sinais de alerta no diagnóstico de PEA:

- a ausência de atenção partilhada;
- a falta de vontade de estar com os outros;
- o isolamento;
- a falta de contacto;
- o não responder ao chamamento;
- o não sorrir nem apontar;
- o não falar.

A evolução do PEA ainda não se encontra bem definida, no entanto, quanto mais precoce for a intervenção, maior é a probabilidade de se encontrar uma resposta mais adequada de forma a minimizar os efeitos negativos da síndrome.

Atualmente, os investigadores utilizam dois sistemas clínicos de diagnóstico: definições formuladas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), publicadas nas várias edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), que têm vindo a ser reformuladas com frequência, como é visível no quadro que se segue.

	DSM – III (1980)	DSM - R (1987)	DSM – IV (1994)
Nome da Perturbação	Autismo Infantil	Distúrbio Autista	Distúrbio Autista
Início	Antes dos 30 meses	Durante a 1ª e a 2ª infância	Início antes dos 3 anos e atraso ou desvio em pelo menos uma das áreas: interação social; linguagem comunicativa e jogo simbólico
Comportamento	Ausência marcante de respostas face aos outros	Alteração qualitativa da interação social (5 critérios de exclusão)	Alteração qualitativa da interação social (pelo menos 2 de 4 critérios)
Linguagem e Comunicação	Défices notórios no desenvolvimento da linguagem. Fala, quando presente, com padrões peculiares	Alteração qualitativa na comunicação verbal e não-verbal, e no jogo imaginativo	Alteração qualitativa na comunicação (pelo menos 1 de 4 critérios possíveis)
Atividades e	Respostas bizarras a	Reportório de	Padrão de comportamentos,

Interesses	vários aspetos do ambiente	atividades e interesses restritos	interesses e atividades restrito e estereotipado (pelo menos 1 de 4 critérios)
Crítérios de Exclusão	Ausência de delírios, alucinações e incoerências típicas da esquizofrenia	Nada estabelecido	Síndrome de Rett, perturbação desintegrativa da infância, Síndrome de Asperger

**Quadro 1** – Evolução do conceito de diagnóstico (DSM-APA)<sup>1</sup>

O Quadro 1 apresenta a evolução do conceito de diagnóstico. No Quadro 2, são apresentados os critérios de diagnóstico, atualmente aceites, pelo DSM-IV (1994) e no quadro seguinte, o Quadro 3, estão apresentados os critérios definidos pelo sistema ICD-10.

<p><b>1) Alteração qualitativa das interações sociais (a presença de pelo menos dois)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração profunda no uso de diversos comportamentos não-verbais como, por exemplo, o contacto visual, a expressão facial, a postura corporal e os gestos que regulam a interação social e o contacto visual;</li> <li>• Incapacidade de criar relações sociais adequadas ao nível de desenvolvimento;</li> <li>• Incapacidade de partilha de alegrias, interesses ou aquisições com outras pessoas (não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);</li> <li>• Incapacidade para a reciprocidade social e emocional.</li> </ul> <p><b>2) Alteração qualitativa da comunicação (presença de pelo menos um)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atraso ou não aquisição da linguagem falada (não compensada através de outros modos de comunicação, como a mímica ou a gestual);</li> <li>• Em pessoas com linguagem adequada, existe uma alteração grave na capacidade de iniciar ou manter uma conversação;</li> <li>• Uso repetitivo e estereotipado da linguagem ou de linguagem idiossincrática;</li> <li>• Imitação, jogo social e “faz de conta” pobres, inadequados ao nível de desenvolvimento mental.</li> </ul> <p><b>3) Padrões de comportamento, interesse e atividades repetitivos, restritos e estereotipados (presença pelo menos um)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um ou mais padrões de interesse restrito e estereotipado, anormais tanto na intensidade como no objetivo,</li> <li>• Adesão inflexível a rituais ou a comportamentos não funcionais;</li> <li>• Maneirismos motores repetitivos e estereotipados (ex. Estalar os dedos, movimentos complexos do corpo);</li> <li>• Preocupação persistente com partes dos objetos</li> </ul> <p>Existe ainda o atraso ou funcionamento anormal em, pelo menos uma das seguintes áreas, com início anterior ao terceiro ano de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interação social;</li> <li>• Linguagem como forma de comunicação;</li> <li>• Jogo imaginativo e simbólico.</li> </ul>
--

**Quadro 2** – Critérios de Diagnóstico para o Distúrbio Autista (299.00)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> (extraído e adaptado de Trevarthen, 1996, p.13, in (MARQUES, 2000, p.38)

<sup>2</sup> (extraído e adaptado do DSM- IV, 1994, p.70) in (MARQUES, 2000, p.39)

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

- 1) incapacidade de usar adequadamente o olhar, expressão facial, gestual e os movimentos corporais nas interações sociais;
- 2) incapacidade de estabelecer relações com os pares que impliquem uma partilha mútua de interesses, de atividades e emoções;
- 3) Procura raramente os outros em busca de conforto e afeto, em caso de ansiedade, desconforto, ou sofrimento;
- 4) Inexistência de procura espontânea para partilha de alegrias, interesses ou de sucessos 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 de 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 e utilização idiossincrática das palavras e das frases.

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

- 1) ocupação obsessiva por um ou vários centros de interesse estereotipados e limitados;
- 2) adesão aparentemente compulsiva a hábitos e rituais específicos e não funcionais;
- 3) atividades motoras estereotipadas e repetitivas;
- 4) preocupação persistente e não funcional com partes de objetos, elementos ou peças de um jogo.

**Quadro 3** – Critérios de Diagnóstico para Distúrbio de Autismo – ICD-10 <sup>3</sup>

### 1.3.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) encontra-se associada a várias patologias que agravam os sintomas. Atualmente e de acordo com o DSM-IV, o diagnóstico diferencial determina negativamente o nível de funcionamento das crianças. Neste diagnóstico diferencial encontram-se as seguintes patologias:

- Défice cognitivo;
- Síndrome de X-Frágil;
- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção;
- Perturbação do sono;
- Perturbação Alimentar.

<sup>3</sup> (extraído e adaptado de Peeters & Gillberg, 1995, p.31) in (MARQUES, 2000, p.40)

O autismo está associado ao déficit cognitivo, o que leva a uma perturbação da aprendizagem e da socialização. Esta ligação entre o PEA e Déficit Cognitivo é muito diversa, existindo uma grande variação a nível cognitivo entre os sujeitos.

O perfil cognitivo da criança com PEA pode ser caracterizado de acordo com as seguintes áreas:

- Atenção – nesta área a criança com PEA tem tendência a focar-se em demasia em características específicas de determinados objetos ou pessoas, em vez de perceber o todo. Tem, igualmente, tendência a distrair-se mais com estímulos internos que externos.
- Pensamento – nesta área, nas crianças com PEA, os conceitos causa-efeito são mais fáceis de serem apreendidos/assimilados. Estas crianças mostram-se relutantes em aceitar que os outros pensam de forma diferente e têm dificuldades em prever os seus comportamentos.
- Memória – nesta área, as memórias imediata e por repetição são consideradas áreas fortes para a criança com PEA. Estas crianças são capazes de memorizar dígitos, repetições de palavras ou frases. Desta forma, não existe um déficit generalizado nas competências relacionadas com a memória. Porém, a criança autista demonstra dificuldades em codificar e processar toda a informação que recebe, o que prejudica a sua aprendizagem, comunicação e socialização.
- Funções executivas – esta área inclui competências necessárias para executar comportamentos complexos. Deste modo, o perfil cognitivo da criança com PEA varia muito. As crianças com PEA sem oralidade têm uma maior competência cognitiva não-verbal de carácter simples de causa-efeito. As crianças com PEA e oralidade conseguem alcançar competências mais complexas que envolvem abstração e compreensão verbal.

O autismo está também associado à síndrome de X-Frágil, sendo que nesta síndrome a mutação completa é responsável por níveis baixos da proteína FMRP, ou mesmo da ausência desta. É uma síndrome visível, pois possui características específicas, como: orelhas grandes, em concha, de implantação baixa, rosto alongado, queixo proeminente e articulações muito flexíveis. As crianças com

síndrome de X-Frágil, estabelecem pouco contacto visual, movimentos estereotipados, fala rápida e explosiva. Esta síndrome, existe com maior prevalência nos sujeitos do sexo masculino.

Nas perturbações do espectro do autismo existe quase sempre hiperatividade e défice de atenção. A combinação desta síndrome resulta numa incapacidade acrescida na realização das atividades diárias da criança. Neste caso, o objetivo principal consiste em minimizar os sintomas principais e os que lhe estão associados, e para isso, a medicação é muitas vezes útil na modelação dos comportamentos da criança, permitindo um melhor benefício das intervenções educativas.

O autismo está também associado às perturbações do sono que são, por vezes, causados pela existência de níveis de stress familiar. Estes problemas de sono existentes nas crianças com PEA têm uma maior prevalência nas crianças mais novas. As dificuldades de socialização e comunicação que são características nas PEA, assumem um papel primordial nas suas perturbações do sono.

Por último, encontra-se o autismo associado a perturbações alimentares. Nesta patologia, as crianças com PEA ingerem uma menor variedade de alimentos do que as crianças com um desenvolvimento normal. Recusam alimentos como fruta e vegetais, tornando-se seletivas, sendo este o problema mais frequente no seio familiar. Limitam o que comem a uma pequena lista de alimentos, são inflexíveis e recusam-se a alterar esse comportamento.

## **1.4 ETIOLOGIA**

Ainda não existe uma resposta evidente para o problema da etiologia ou causa do autismo. No entanto, desde 1943, têm surgido diversas teorias, tendo-se a certeza de que “o autismo constitui um modelo peculiar de doença de natureza fundamentalmente cultural, mas com todas as probabilidades de ter uma origem biológica” (RIVIERE, 1989, cit por Bautista, 1997, p.250)).

Numa primeira fase, o autismo era encarado como uma perturbação a nível emocional e afetiva, ou seja, que resultava da interação mãe-bebé. Nesta fase, acreditava-se que a criança se isolava devido à frieza dos pais, em especial da mãe. Esta teoria foi válida até aos anos 60, tendo sido prejudicial em muitas famílias, fazendo-as sentirem-se culpadas.

Atualmente existem evidências que o autismo “resulta de uma perturbação no desenvolvimento do sistema nervoso, podendo estar dependente de alguma anomalia genética ou hereditária, pré-natal ou peri-natal” (Oliveira, 2009, p.209). Porém, as causas do autismo ainda continuam a ser um mito.

Nesta temática, cruzam-se diversas teorias, sendo por essa razão um ponto complexo e incompleto de analisar. Segundo Marques, os investigadores Hentgen e Bryson (1972), estruturaram as teorias de causalidade do autismo em três tipos: as teorias não-orgânicas ou experienciais; as teorias orgânicas experimentais e as teorias orgânicas.

As teorias não-orgânicas ou experienciais são de concepção psicodinâmica e defendem que durante a gestação e início do nascimento a criança é normal. Para os defensores desta teoria, o desenvolvimento dos comportamentos inadaptados deve-se a uma deficiência relacional ou a uma deficiência dos aspetos relacionados com o desenvolvimento psicológico dos pais, com especial ascendência para o da mãe.

As teorias orgânicas-experienciais encontram-se divididas em teorias orgânico-experienciais do autismo e teorias “orgânicas puras”. Nas teorias orgânico-experienciais do autismo, a criança é encarada como biologicamente deficiente e os pais não são considerados culpados, necessitando de apoio. Nas teorias orgânicas puras, a deficiência é considerada a expressão de uma anormalidade biológica e os pais não contribuem para a perturbação que afeta a criança.

A Perturbação do Espectro do Autismo é presentemente encarada como uma perturbação do neurodesenvolvimento de base biológica. Desta forma, assim que se observam na criança sinais de atraso de linguagem e/ou sinais de PEA, deve ser feito um rastreio sensorial: oftalmológico e audiológico. Devem ainda ser feitos exames neurológicos, assim como, um despiste genético através de consultas com diversos especialistas.

Segue-se, então, a apresentação de algumas teorias e estudos que têm sido desenvolvidos na procura das etiologias do autismo:

### 1.4.1 TEORIAS PSICOGÉNICAS

Esta teoria tem a sua raiz nas teorias psicanalíticas e defende que as crianças autistas eram normais aquando do nascimento, mas que devido fatores familiares adversos, tornavam-se autistas.

Kanner, foi o primeiro, em 1943, a considerar que o autismo surgia da possibilidade de existência de uma componente genética. Neste sentido, Kanner afirmava: “Devemos assumir que estas crianças nascem com uma incapacidade inata para proceder da forma biologicamente correta ao contacto afetivo com os outros, tal como outras crianças nascem com outro tipo de incapacidades físicas ou mentais” (Kanner, 1943, cit por Marques, 2000, p.54).

Porém, apesar de assumir uma posição inicial de que o autismo é uma deficiência inata, Kanner deixou-se influenciar pelas teorias psicanalíticas da época, que dominavam a psiquiatria. Desta forma, o autor sugeriu que as crianças seriam autistas devido a características de frieza emocional, perfeccionismo e rigidez dos pais, sendo o resultado de uma relação distorcida e patológica entre pais e filhos.

Kanner, em 1954, reforça a sua teoria escrevendo que “não podemos esquecer que o gelo emocional que estas crianças recebem por parte dos pais pode funcionar como um elemento altamente patológico para o desenvolvimento” (Marques, 2000, p.54).

Durante as décadas de 50 e 60, a teoria psicogénica prevaleceu, daí vários autores, terem sugerido que autismo surgia da falta de estimulação, rejeição parental, ausência de afeto ou existência de conflitos, resultantes de interações desviantes familiares.

Em 1967, surge a teoria das “mães frigorífico” com Bettelheim, que defendia que as crianças se tornavam autistas como resposta a um ambiente ameaçador e não afetivo ou caloroso por parte da mãe. Bettelheim acreditava que os pais das crianças com autismo inibiam o desenvolvimento das mesmas. Durante esta época, este género de abordagens tornou-se facilmente aceite e teve grande influência no trabalho com estas crianças.

Estudos realizados por Cantweel, Baker e Rutter em 1984 permitiram agrupar os fatores intervenientes do autismo em quatro grupos:

- Perturbação psiquiátrica e características de personalidade dos pais;
- Quociente intelectual e classe social dos pais;

- Interação entre pais e filhos;
- Stresse e acontecimentos traumáticos na fase inicial da criança.

Atualmente é aceite que a influência desta explicação etiológica foi devastadora para muitos pais, que passaram a viver com a culpa/responsabilidade de terem causado autismo aos seus filhos. A sociedade considerava-os maus pais.

## **1.4.2 TEORIAS BIOLÓGICAS**

Presentemente, os investigadores abandonaram os argumentos psicogénicos, acreditando que o autismo resulta de causas originais, ou seja, apresenta indícios de origem neurológica. Equaciona-se a hipótese de que o autismo seja consequência de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central que afetam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações.

Estudos realizados por Rutter e Lockyer em 1967 e por De Meyer e outros em 1973, indicam a existência de uma perturbação neurológica no autismo, porém, ainda não completamente identificada.

Com o passar do tempo, o autismo tem vindo a ser relatado como ocorrendo em associação com uma enorme variedade de distúrbios biológicos. Desta forma, é agora aceite que este resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central.

As investigações neurológicas colocaram em evidência a origem da síndrome. Porém, ainda nenhum fator ou anomalia foi consistentemente identificado e as causas mantêm-se pouco claras. No entanto, pode concluir-se que perturbações biológicas diversas podem ser causadoras da síndrome do autismo.

De entre as teorias biológicas, destacam-se os estudos genéticos, neurológicos, neuroquímicos, imunológicos e fatores pré, peri e pós-natais.

### **1.4.2.1 Estudos genéticos**

Atualmente tem-se investigado sobre a influência genética e os fatores genéticos no desenvolvimento das perturbações do espectro do autismo.

Em 1964, Rimland referiu no seu livro “Infantil Autism”, que o espectro do autismo ocorre com maior frequência em pares de gémeos monozigóticos e, com rara frequência, nos gémeos dizigóticos.

Na década de 80, Hagerman, realizou uma investigação de forma a reforçar esta teoria. Porém, com a sua investigação, Hagerman, descobriu que havia concordância nos gémeos idênticos, no entanto esta não era perfeita. Assim sendo, pode acontecer que uma criança seja autista e outra não. Uma explicação possível seria que a criança já nasce com predisposição para o autismo, no entanto, esta só será acionada devido a problemas ou dificuldades pré ou perinatais.

Segundo esta teoria Hagerman refere que existe na criança uma área cerebral mais “frágil”, que quando exposta a algum tipo de agressões determina a existência de autismo.

Em 1989, Steffenburg e Gillber, através de diversos estudos, concluíram que pode existir um gene responsável pelo autismo que produz incapacidades variáveis e que está associado a uma variedade de anomalias cromossómicas, nomeadamente a (o) síndrome de Down e a de X frágil.

Com o passar do tempo, muitos estudos foram apresentados nesta área, procurando a causa etiológica do autismo. Contudo, ainda não foi possível detetar a forma como a anomalia genética é despoletada nos indivíduos com espectro do autismo nem como afecta o desenvolvimento cerebral do mesmo.

#### **1.4.2.2 Estudos neurológicos;**

Surgiram, recentemente, novos contributos para a compreensão da base neurológica no autismo.

Segundo Trevarthen e Aitken (1996), um vasto número de perturbações nas crianças com autismo pode estar relacionado com malformações no neocórtex, gânglios basais e outras estruturas. (Marques, 2000, p.63)

O desenvolvimento destes estudos considera a existência de um defeito congénito no sistema nervoso central, que se manifesta nos aspetos sócio-emocionais do comportamento. Estas malformações podem ter reflexões tanto no sistema sensorial e motor, como também em defeitos linguísticos característicos do autismo.

Um estudo anatomopatológico realizado por Bauman & Kemper a um tecido de um indivíduo de 29 anos com autismo, revelou uma anatomia anormal em várias partes do cérebro. Este estudo sugere um dano específico no sistema límbico e a existência de neurónios compactos e densos na amígdala e hipocampo das pessoas com autismo, acrescentando que estes neurónios são mais pequenos que o normal.

Segundo Trevarthen (1996), o autismo seria provocado por um desenvolvimento anormal do cérebro, que teve início no nascimento, mas cujos seus efeitos se manifestavam ao longo da infância, principalmente durante a fase de aprendizagem da linguagem. (Marques, 2000; p.64).

#### **1.4.2.3 Estudos Neuroquímicos;**

As investigações neuroquímicas têm-se revelado pouco conclusivas, no entanto, os estudos não pararam na tentativa de encontrar novas explicações para o autismo.

Grande parte das investigações bioquímicas relacionada com o autismo tem-se desenvolvido com base nos neurotransmissores. Dado que estas substâncias são os mediadores bioquímicos relacionados com as contrações musculares e as atividades nervosas, as alterações de comportamento podem ter origem no excesso ou défice de neurotransmissores, assim como, no equilíbrio entre um par de mediadores diferentes.

A serotonina é a anomalia bioquímica que há mais tempo está associada a esta perturbação, por ser uma substância que se produz no organismo durante a metabolização do triptofano e é necessária ao normal funcionamento do cérebro. Segundo Young (1982), (Marques, 2000, p.66), a sua função encontra-se relacionada com a temperatura do corpo, medo, perceção sensorial, sono, atividade sexual, função motora, regulação, endócrina, apetite, aprendizagem, memória, resposta imunológica. No entanto, a relação entre o autismo e a serotonina, ainda não se encontra muito explícita.

#### **1.4.2.4 Estudos Imunológicos;**

O desenvolvimento de algumas infeções víricas durante a gravidez pode ser responsável por anomalias no desenvolvimento do feto. A rubéola congénita pode

provocar danos no sistema nervoso central e desta forma originar perturbações autistas no recém-nascido.

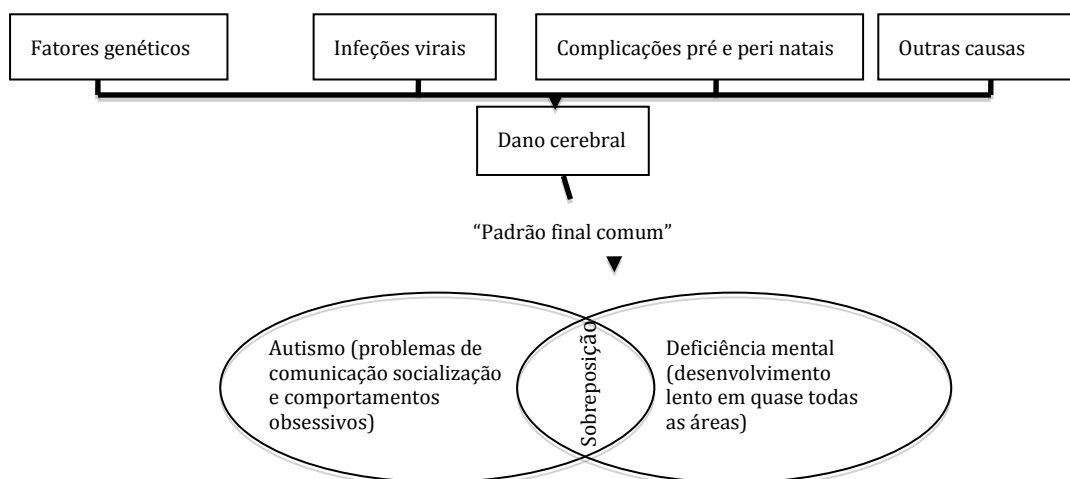
Estudos realizados até aos dias de hoje demonstram a existência de uma deficiência na função imunológica no mecanismo de autoimunização ou uma anomalia no mecanismo de regulação imunológica como estando na origem do autismo. Porém, estas relações não são claras nem explícitas.

#### 1.4.2.5 Fatores pré, peri e pós-natal

Alguns fatores que podem estar diretamente relacionados com o autismo são o aparecimento de hemorragias, o uso de determinada medicação durante a gravidez, alterações verificadas no líquido amniótico no período de gestação e até mesmo uma gravidez tardia.

Dada a falta de certezas nesta área podem igualmente relacionar-se com o autismo, vários problemas obstétricos ou outros problemas ocorridos após o parto.

Em 1994, Cohen e Bolton, apresentaram um modelo que designaram de “Modelo de Patamar Comum” (fig. 1) (Marques, 2000, p.67), como tentativa de dar respostas a todas estas dúvidas. Segundo eles existem várias causas, muitas delas ainda desconhecidas, que poderão estar na origem das áreas danificadas, e com grande probabilidade de as áreas responsáveis pelo desenvolvimento da comunicação, do funcionamento social e do jogo. Consideram ainda, que pode existir uma associação direta com o atraso mental, tendo em conta que as condições médicas tornam mais vulneráveis os sistemas cerebrais necessários ao normal desenvolvimento intelectual.



**Figura 1** – Representação do “Modelo de patamar Comum” traduzida e adaptada de Cohen e Bolton (1993) p.33 cit (MARQUES, 2000, p.69)

### 1.4.3 TEORIAS PSICOLÓGICAS

Desde sempre o autismo foi definido em termos comportamentais, mas, hoje, também é aceite que está associado ao défice cognitivo. Um bom conhecimento e compreensão do processo cognitivo são importantes para o melhor funcionamento e desenvolvimento da criança com esta síndrome.

Na década de 60, iniciaram-se os estudos sobre o funcionamento cognitivo no autismo. Rimland, em 1964, surge com a primeira teoria, na qual defende que as crianças autistas falham na associação dos estímulos recebidos com a memória resultante de experiências anteriores, teoria que foi partilhada por De Long's em 1992.

Em 1970, Hermelin e O'Conner, sugeriram que as crianças autistas arquivavam a informação verbal de forma neutra, sem a ponderar, sem a reestruturar e sem lhe atribuir significado, ao contrário das outras crianças. As suas investigações puseram em evidência uma das deficiências mais importantes e específicas do autismo: a incapacidade de avaliar a ordem e a estrutura da informação que recebem. Desta forma, o autista demonstra incapacidade em acatar regras ou estruturar experiências, da qual se denota a dificuldade em realizar tarefas orientadas por leis complexas como a interação social e a linguagem.

Segundo O'Conner (1984) e Leboyer (1987), “os autistas não possuem uma “representação mental interior”” (Marques, 2000, p.70), o que faz com que não reconheçam um determinado dado se ele não for representado de forma idêntica à representada na primeira vez o que se reflete na incapacidade de generalização manifestada e nas dificuldades de aprendizagem típicas nestas crianças.

Esta hipótese conduziu à patologia encefálica, ou seja, a uma anomalia das funções linguísticas caracterizada por um défice da comunicação verbal ou não verbal: atraso na linguagem, linguagem monótona, sem ritmo e entoação, e sem qualquer emoção. Deste modo, Trevarthen em 1996 surge com a ideia de que a patologia das crianças autistas pode ser/estar associada a uma disfunção dos dois hemisférios.

#### 1.4.4 TEORIAS ALTERNATIVAS

São teorias que apelam à possibilidade de existirem outros fatores que explicam os défices na criança, que não apenas o défice de mentalização. Alguns autores mencionaram a existência de dificuldades gramaticais ou pragmáticas como fator responsável pelo desinteresse ou insucesso da criança.

Uma vez que nestas teorias alternativas poderão incluir-se outros défices, torna-se relevante considerar os seguintes modelos/propostas:

- O Modelo de Russel (1991): segundo Russel, a “incapacidade específica da criança para se desligar dos objetos” (Marques, 2000, p.77), pode explicar a dificuldade/défice na realização das tarefas, refletindo uma dificuldade específica da criança em invocar alternativas à situação, não sendo esta capaz de pôr de parte o observável e imaginar outra situação. Este modelo permite compreender em que medida esta incapacidade afeta as respostas da criança com autismo face a várias situações sociais.
- A Proposta de Bowler (1992): este autor efetuou um estudo com 15 crianças autistas e concluiu que as dificuldades quotidianas que impossibilitam a criança de viver uma vida normal, são fruto de um défice primário, não estando em causa a mentalização em si, mas um outro mecanismo. Assim, o autor acredita na existência de uma “falha na capacidade da criança para o uso espontâneo e funcional de sistemas representacionais de níveis elevados” (Marques, 2000, p.78) que justificaria o défice que apresenta.
- A Função Executiva (1986): esta é definida como um conjunto de operações cognitivas elaboradas no córtex pré-frontal, incluindo a planificação, a flexibilidade e a memória ativa. No entanto, este défice não é específico desta perturbação, dado que existem evidências de que a incapacidade associada ao autismo é mais grave do que em outros distúrbios. Apesar dos avanços que se têm verificado, ainda se mantém um impasse e alguma discordância o que beneficia o aparecimento de outras teorias que possam ajudar a compreender o autismo.
- O Modelo de Hobson (1989; 1990): o autor defende que existe um défice mais abrangente do que a mentalização, devendo ser procurado um sistema complexo e profundo que incapacita a criança de estabelecer

subjetividade com os que lhe são próximos. Segundo o mesmo, existe nas crianças autistas, a manifestação de um déficit na expressão e compreensão das emoções e sentimentos. Para Hobson, a incapacidade demonstrada pela criança autista em perceber e responder às expressões afetivas dos outros, levaria a criança a não ser sensível às experiências sociais.

- Problemas de atenção: existe um grupo de investigadores que atribui as incapacidades típicas destas perturbações a uma dificuldade de regular a atenção. Existem igualmente estudos que sugerem que as crianças com autismo são hiperselectivos, centrando-se em detalhes em vez de objetos como um todo. Deste modo, a hiperselecção é o resultado da existência de comportamentos de isolamento por parte da criança.

## 1.5 INCIDÊNCIA

A taxa de incidência, com o passar do tempo tem sofrido algumas oscilações, dependendo da definição de autismo utilizada.

Lotter em 1966 apontou para uma prevalência de autismo de cerca de 4 em cada 10 000 pessoas. Posteriormente surge na DSM II, estudos de Wing e Gillberg, demonstram que a prevalência do autismo ronda os 4 a 6 casos em cada 10 000 pessoas.

Numa primeira fase, Bryson em 1980, apresenta um diagnóstico mais alargado estimando-se uma prevalência de 10/10 000. Numa fase seguinte encontra-se já uma prevalência de aproximadamente 60-70 em cada 10 000 (Ozonoff, 2003, p.39).

A incidência é maior no sexo masculino, na proporção de 3 ou 4 para 5, e de 4 ou 5 em cada 10.000 habitantes. Segundo ASA, 2008, a prevalência do autismo é de 1 em cada 150 crianças, sendo de 1 em cada 94 rapazes.

Esta variação na prevalência depende de múltiplos fatores, nomeadamente dos fatores etiológicos, das patologias associadas, do tipo de intervenção a que a criança está sujeita. (Riviere, 1994)

## **1.6 O PERCURSO DESENVOLVIMENTAL DO AUTISMO: SINTOMAS E MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS**

Sendo o autismo uma alteração profunda do desenvolvimento do indivíduo, este terá, pelo menos duas implicações. Por um lado, existem diversas funções afetadas nos indivíduos com autismo, por outro, o seu desenvolvimento não só se atrasa como também se altera, ou seja, os padrões funcionais e comportamentais não correspondem a nenhum estágio concreto do desenvolvimento, mas representam uma distorção do mesmo.

As características da criança com autismo surgem desde o nascimento. E a criança, é muitas vezes, referida como estranha, uma vez que raramente chora, não reage à companhia da mãe e, supostamente, não requer estimulação. Segundo Pereira (2005), a criança autista tem o seguinte desenvolvimento:

### **➤ Dos 0 aos 6 meses**

- Não pede muito;
- É indiferente perante a presença /ausência da mãe;
- Não responde a sorrisos;
- Não apresenta movimentos antecipatórios;
- Mostra indiferença por objetos;
- Reage de uma forma exagerada aos sons;
- As vocalizações iniciais podem não surgir, ou estarem sensivelmente atrasadas.

### **➤ Dos 6 aos 12 meses**

- Recusa a introdução de alimentos sólidos;
- Demonstra dificuldades em sentar-se e gatinhar;
- Não demonstra afeto;
- Não bate palmas;
- Tem dificuldade em articular palavras simples, compreendendo o seu significado;
- Não olha nem aponta para os objetos.

### ➤ **Dos 2 aos 5 anos**

- Mostra interesse por áreas específicas;
- Não faz contacto visual;
- Procura o isolamento;
- Mostra pouco ou nenhum interesse pelos brinquedos, manuseando-os de forma estranha;
- Tem pouco ou nenhum interesse em brincar ao faz-de-conta;
- A imaginação está ausente ou pouco desenvolvida;
- Os membros, particularmente as mãos, passam a apresentar maneirismos variados;
- Quando necessita de algo, não pede, move a mão da pessoa e usa-a para alcançar o objeto desejado.

### ➤ **Dos 6 anos à adolescência**

- O relacionamento com os outros mantém-se problemático;
- A linguagem mantém-se limitada;
- Mantém pouco contacto visual;
- Revela dificuldades de abstração;
- Persiste no não envolvimento emocional;
- A afetividade permanece ausente;
- Continua alheia e emocionalmente distante;
- Pode ser impulsiva, ou mostrar pouco autocontrole.

Em suma, dos 2 aos 5 anos de idade os comportamentos autistas tendem a tornar-se mais perceptíveis. A criança não fala ou quando fala utiliza a ecolália ou inverte os pronomes. No entanto, existem crianças autistas que falam corretamente mas não utilizam a linguagem na sua função comunicativa, continuando a demonstrar problemas de interação e nos interesses.

Dos 6anos de idade à adolescência, os sintomas mais perturbadores podem diminuir, contudo não desaparecem totalmente.

Na adolescência, junta-se as características autistas com os problemas comuns da adolescência. Com isto, podem melhora as relações sociais e o comportamento ou , pelo contrário, podem voltar a fazer birras, mostrar auto-agressividade, ou agressividade para com as outras pessoas.

Na fase adulta, de uma forma geral, as deficiências intelectuais poderão tornar-se mais avançadas, sendo que o adulto com autismo se comporta de maneira estranha, demonstrando dificuldades no relacionamento com os outros.

A criança/adulto com autismo, demonstra ainda, comportamentos repetitivos e estereotipados. Segundo Rutter (1987), existem seis tipos de comportamentos:

- interesses estereotipados e restritos (formas de brincar inadequadas, interesses em temas concretos);
- vinculação a determinados objetos concretos;
- rituais compulsivos (surgem na adolescência e desenvolvem-se de forma compulsiva);
- maneirismos motores estereotipados e repetitivos;
- preocupação fixa em determinado objeto ou parte dele;
- ansiedade perante mudanças de ambiente.

Existem ainda outros tipos de comportamentos problemáticos e difíceis de tratar, que podem surgir em crianças autistas, tais como: hiperatividade; agressividade; perturbações alimentares e distúrbios do sono.

As crianças autistas apresentam, ainda, um repertório muito limitado de comportamentos, ou seja, realizam poucas tarefas e atividades, devido às dificuldades que demonstram em aprender.

Segundo Reutter (1985) cit (Bautista, 1997, p.262), as dificuldades de aprendizagem da criança autista centram-se em quatro áreas:

- 1) Dificuldades de atenção – a criança autista, possui pouca capacidade para dirigir a atenção para algo, apresentando comportamentos inapropriados (estereotipados ou inadaptados), superseletividade e problemas em reconhecer a relação espaço-temporal.
- 2) Dificuldades de generalização: depende do modo, lugar e pessoa com quem aprende. Esta é uma dificuldade que pode ser superada através da realização de atividades relacionadas com o meio ambiente ou generalizando-as estruturadas e controladamente. Um dos pontos fundamentais na educação da criança autista é a organização da generalização.
- 3) Aprende de forma mecânica – a criança autista, por vezes, aprende de forma mecânica sem que entenda o significado ou a essência do que é pretendido. Desta forma, a planificação das atividades e tarefas

da criança assumem uma importância extrema, pois é desta forma que a criança aprende realmente o significado dos temas e não apenas o aspeto supérfluo.

- 4) A criança demonstra pouca resistência para enfrentar as dificuldades que surgem. Estas deixam de responder ao chamado de atenção, fazendo birras e baixando o nível de atenção, tornando, deste modo, a aprendizagem pouco ou nada produtiva. A melhor forma de colmatar o desinteresse da criança autista será a realização de uma boa planificação das atividades e a utilização adequada de reforços.

## **2 AVALIAÇÃO DO AUTISMO**

As crianças com autismo manifestam um atraso em diversas áreas do desenvolvimento, razão pela qual é importante a existência de uma avaliação. Esta avaliação, impõe a intervenção de profissionais de diferentes áreas, nomeadamente do desenvolvimento global, da comunicação, do comportamento entre outros. Todas as perturbações a nível do desenvolvimento são beneficiadas com a existência da intervenção e avaliação, se esta for conduzida por uma equipa interdisciplinar e com experiência.

Segundo Marques, a avaliação decorre em dois momentos distintos: “Um primeiro tempo, será aquele no qual se tenta delimitar um diagnóstico preciso da perturbação que se nos depara. É preciso delimitar fronteiras com outras perturbações semelhantes. O segundo tempo, será aquele em que se avalia para intervir eficazmente” (Marques, 2000, p.46).

### **2.1 FERRAMENTAS E MOVIMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Segundo Marques, pode-se dizer que a avaliação, no autismo, decorre em duas partes distintas mas complementares. Na primeira tenta-se efetuar um diagnóstico preciso da perturbação enquanto na segunda se avalia a criança para que a intervenção seja eficaz.

Com o aparecimento do DSM, o diagnóstico correto de autismo foi simplificado, tendo sido desenvolvidos questionários e checklists. O DSM é o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais da academia americana. Este manual propõe uma maneira de dar os diagnósticos em psiquiatria através de um conjunto de sintomas-chave de cada doença, além de classificar, agrupar e codificar cada patologia.

A utilização destes instrumentos permite uma melhor discriminação do diagnóstico. Desta forma, serão apresentadas de forma cronológica algumas checklists que se mostram úteis na obtenção de um diagnóstico, referenciadas por Marques (200):

- *Diagnostic Checklist for Behavior – Disturbed Children, Form E-1*, tinha como principal objetivo, permitir o diagnóstico precoce do autismo e a diferenciação de outras psicoses. Esta checklist era composta por 76 questões sobre anamnese, sintomas e características comportamentais e idade do aparecimento dos sintomas. Como os pais revelaram a existência de alterações importantes por volta dos 5 anos, em 1972, a checklist foi reformulada dando origem à versão Form E-2. Com a revisão, o autor obteve 109 questões que eram completadas pelos pais relativamente à interação social, afeto, linguagem, competências motoras, inteligência, reações a estímulos sensoriais e características familiares desde o nascimento até aos 5 anos e meio. Os resultados desta versão serviram de base para uma intervenção a nível nutricional e comportamental.
- *Autism Behaviour Checklist (ABC)* visa diferenciar a criança autista de outras com deficiência mental severa, com perturbações emocionais e cegas-surdas. Esta checklist consiste em 57 descrições de comportamento, subdivididas em 5 áreas: sensorial, relacional, uso de objetos e conhecimento corporal, linguagem e sociabilidade.
- *Children Autism Rating Scale (CARS)* tem como objetivo distinguir casos de autismo leve, moderado e grave, para além de discriminar a criança autista daquela com atraso mental. Esta escala é constituída por 15 itens distintos, que abarcam as seguintes áreas: relação com as pessoas, resposta emocional, imitação, movimento corporal, uso de

objetos, adaptação à mudança, resposta aos sentidos, medo, ansiedade, comunicação verbal e não-verbal, nível de atividade, de consciência intelectual. Os resultados obtidos dependem das características da criança e estão divididas em 3 categorias: não autismo, autismo moderado e autismo severo. Assim sendo, se a pontuação for superior ou igual a 30 está-se perante uma perturbação autista; entre 30 e 36,5 uma perturbação ligeira a moderada e, finalmente entre 37 e 60 uma perturbação grave.

- *Autism Diagnosis Interview-Revised (ADI-R)* é uma extensiva entrevista que tem como objetivo obter informação de forma a chegar ao diagnóstico de PEA ou autismo. A sua aplicação requer a presença de um profissional competente e de um informador que esteja familiarizado com a criança. Esta entrevista centra-se em três domínios importantes, segundo CID10 e DSM IV: linguagem e comunicação; interação social; comportamentos e interesses restritos e estereotipados. É através da interpretação da história do desenvolvimento da criança que se consegue obter um diagnóstico correto. Além disso, permite ainda, avaliar o comportamento da criança, proporcionando uma base para posterior planeamento e intervenção.

A entrevista inclui um questionário referente à família e perguntas sobre o comportamento da criança; analisa as etapas essenciais do seu desenvolvimento; avalia a idade de aquisição da linguagem e causal regressão; o funcionamento da comunicação/linguagem; o desenvolvimento do jogo e nível social; interesses e comportamentos; comportamentos gerais associados (ex. Autoagressão).

- *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)* é uma avaliação em crianças com suspeita de PEA, estruturada com base nas áreas da comunicação; interação social; jogo ou uso do imaginativo dos materiais. O ADOS recorre a uma combinação de dois instrumentos: o Programa de Observação de Diagnóstico de Autismo, vocacionado para crianças e adultos com um nível de linguagem mínimo; e o Programa de Observação Diagnóstica de Autismo Pré Linguístico (PL-ADOS:

DiLavore, Lord, Rutter, 1995), para crianças com linguagem ausente ou limitada.

- *Behavioural Observation Scale for Autism (BOS)* visa distinguir os autistas das crianças com atraso mental severo. Divide em 4 grupos os 24 tipos de comportamento: comportamento solitário, relação com objetos, relação com as pessoas e linguagem. Para se efetuar um prognóstico, a criança é colocada a brincar com brinquedos/objetos adequados à sua idade cronológica. É filmada e posteriormente o filme é analisado cotando-se os comportamentos registados que de seguida são avaliados informaticamente.
- *Autism Diagnostic Interview de Rutter e Le Couter* – é composto por um questionário exaustivo que fornece um quadro detalhado do desenvolvimento em 3 áreas: linguagem e comunicação; desenvolvimento social e jogo.
- *Behavioural Summarized Evaluation (BSE)* – tem como finalidade a avaliação do comportamento autista, utilizando o contexto educativo. Demonstrou ser um instrumento sensível e discriminativo do autismo em relação a outras perturbações.
- *Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)* – é uma escala onde participam pais e médicos. É composto por 9 questões sim/não direcionadas aos pais e 5 aos médicos com base nos seguintes itens: jogo intencional; atenção partilhada; interesse social e jogo social.

A utilização destes instrumentos de avaliação implica que “sempre que possível, o resultado deve ser devolvido aos pais, que devem receber um resumo claro e coerente dos resultados obtidos” (Marques, 2000,p.38).

### **3 PERTURBAÇÕES ASSOCIADAS AO AUTISMO**

As perturbações associadas ao PEA, salientadas na Tríade de Incapacidades (1979), de Lorna Wing são: comunicação e linguagem; interação social e imaginação. A especificidade de cada uma destas áreas e a interação de todas determina e facilita a intervenção caso a caso.

### 3.1 LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

A linguagem e comunicação constituem um traço específico do PEA desde a sua identificação por Kanner (1943) e Asperger (1944). c

Segundo Inês Sim-Sim, a comunicação define-se como “o processo ativo de troca de informação que envolve a codificação (ou formulação), a transmissão e a descodificação (ou compreensão) de uma mensagem entre dois ou mais interveniente(s)” e a linguagem como “um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionados e usados em modalidades diversas para o (homem) comunicar o que pensa” (idem, p.21).

Deste modo, no desenvolvimento da linguagem estão presentes a fonologia, sintaxe, semântica e pragmática. No entanto, junto dos autistas o problema reside mais na comunicação do que na linguagem em si. Independentemente do nível de linguagem, todas as crianças com PEA apresentam uma perturbação na área da comunicação, no entanto, devem ser encorajadas a comunicar.

Dos métodos e técnicas mais comuns usados no desenvolvimento da comunicação em crianças autistas, destacam-se a Comunicação Apoiada; o Picture Exchange Communication System (PECS); o Programa de Comunicação Total e os programas de Comunicação Facilitada.

A criança autista pode aprender a linguagem, para isso, é necessário tempo, estrutura e contexto e “ensinar o que é a comunicação”, prevendo o uso de todos os meios e formas de comunicação, levando a um “uso mais espontâneo” da linguagem. (Jordan, 2000, p.55)

No Quadro 4, caracterizam-se e explicam-se as principais dificuldades de comunicação, bem como, os objetivos educativos a ter em conta, segundo a perspetiva de Jordan e Powel (994).

<b>Problemas de Comunicação</b>		
<b>Característica</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo Educativo</b>
Dificuldades prosódicas (acentuação, ritmo, fonética, etc.)	Dificuldades em perceber a intenção da entoação na comunicação.	Ensinar o que é a comunicação. Ensinar o que a entoação exprime, o significado da entoação.
Compreensão literal/pedante e emprego da linguagem	Dificuldade em compreender sinónimos, comparações, metáforas e ironias.	Melhorar a compreensão dos estados de espírito dos outros e a natureza da comunicação.
Dificuldades pronominais	Dificuldade em apreender o modo como os pronomes são empregues na comunicação.	Consciência do “eu” a partir do seu interior.
Perguntas repetitivas	Dificuldade em compreender e contar histórias.	Utilizar as perguntas repetitivas para ensinar outras formas de atingir os

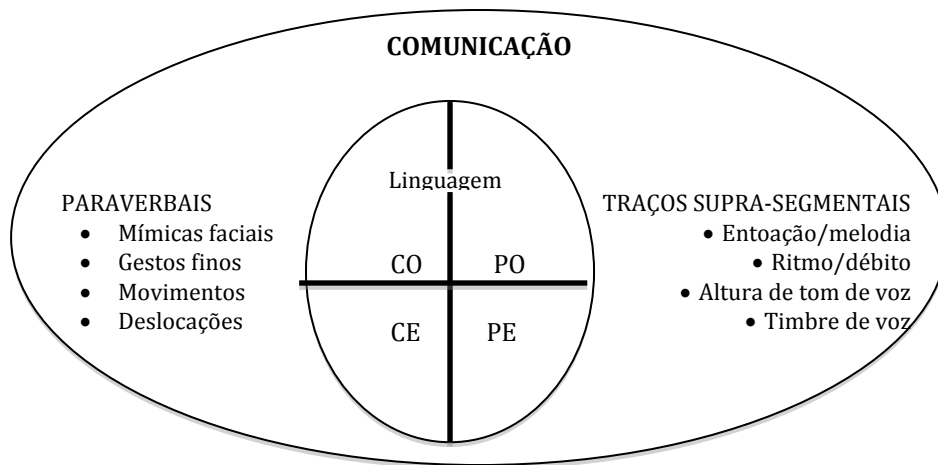
		mesmos objetivos. Mostrar como outros objetivos podem ser alcançados empregando a mesma forma interrogativa.
Compreensão das narrações	Dificuldade em compreender e contar histórias.	Ajudar e perceber a estrutura global da história, narração.
Ecolália	Ecolália imediata ou retardada, palavras repetidas como eco.	Usar a ecolália como precursor da comunicação e tentar que esta diminua.
Proxémia, postura e expressões faciais	Dificuldades de proxémia (colocar-se face ao interlocutor), posturais e de compreensão das expressões faciais e sua utilização.	Adoptar uma posição desejável face ao seu interlocutor. Ensinar regras sociais. Compreender expressões faciais e utilizá-las adequadamente.
Compreender os gestos de comunicação	Dificuldade em interpretar os gestos, expressões e outros sinais de comunicação.	Melhorar a compreensão e utilização dos gestos, expressões e comunicação.

**Quadro 4** – Problemas de Comunicação no autismo (JORDAN & POWELL, 1994, p.19)

A comunicação e a linguagem têm uma importância marcante na vida da criança/ser humano. Deste modo, apresenta-se o quadro 5, de forma a situar a comunicação perante a linguagem e a oralidade versus a escrita.

<b>Linguagem</b>		
	<b>Compreensão / Recepção</b>	<b>Produção / Emissão</b>
Oral	1 – Audição  2 – Transmissão  3 – Decodificação Hemisférica	1 – Articulação <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonética</li> <li>• Fonologia</li> </ul> 2 – Semântica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocabulário      Qualidade</li> <li>   Quantidade</li> </ul> 3 - Morfologia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palavras funcionais</li> <li>• Acordos (género; número; pessoa)</li> <li>• Concordâncias verbais</li> </ul> 4 - Sintaxe <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parataxe</li> <li>• Hipotaxe</li> </ul>
Escrita	1 – Decodificação grafofonética  2 – Atribuição de sentido: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura compreensiva (palavras; frases; parágrafos; textos)</li> </ul> 3 – Interpretação <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão dos estilos literários</li> </ul>	1 – Codificação fonográfica (ditados)  2 – Produção de palavras (redação) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Produção de frases;</li> <li>• Produção de parágrafos;</li> <li>• Produção de textos;</li> <li>• Pontuação;</li> <li>• Diversos estilos literários</li> </ul> 3 – Estruturação espaço-temporal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização</li> <li>• Sequência</li> </ul>

**Quadro 5** – Linguagem (RIGOLET, 2006, p.21)



**Figura 2** – Inserção da linguagem na comunicação (RIGOLET, 2006, p.22)

Em CO (compreensão oral), segundo a figura 2, anteriormente apresentado, temos presente :

- **Audição:** onde está presente toda a complexidade do sistema auditivo;
- **Transmissão:** é a ligação nervosa entre o ouvido interno e o cérebro;
- **Descodificação:** situa-se no cérebro, onde os inputs são cruzados, sendo a informação da esquerda descodificada na direita e vice-versa. Aqui as mensagens verbais são descodificadas e o conteúdo linguístico é analisado.

Em PO (produção oral), temos presente:

- **Articulação:** um problema deste nível pode ser aparatoso mas não “grave”, porém, pode ainda, surgir um problema aparentemente insignificante trazendo consequências negativas ao nível da interação social. Esta articulação consiste na combinação fonética e fonológica das palavras.
- **Nível semântico:** corresponde ao nível da educação, à noção de vocabulário;
- **Morfologia:** representa as diferentes formas com que as palavras são revestidas;
- **Sintaxe:** representa a oração, ou seja, a construção da frase e o sintagmático, a organização das palavras ao longo de um eixo (da esquerda para a direita).

Relativamente à escrita temos presente CE (compreensão da escrita) e PE (produção da escrita). A compreensão é chamada de “leitura”, já a produção de “redação ou dissertação”.

No que respeita à leitura, nesta, é necessário fazer a descodificação de uma letra atribuindo o som correspondente, sendo, a extração do que é lido palavra ou texto, o processo mais complicado.

Quer na leitura, quer na escrita a criança precisa de ter presente as noções de espaço e tempo. A leitura encontra-se organizada segundo um espaço cognitivo de eixos, ou seja, escreve-se e lê-se da esquerda para a direita e de cima para baixo, tendo de compreender o tempo, ou seja, antes-agora-depois/ passado-presente-futuro.

Na comunicação, temos presente a linguagem verbal e não verbal, destacando-se dois aspetos particulares:

- Paraverbais: corresponde à expressão facial, aos movimentos, às deslocações da pessoa enquanto verbaliza;
- Supra segmentais: envolve a linguagem oral no sentido em que a acompanha, ajudando a descodificar o sentido real e profundo da mensagem oral.

### **3.2 INTERAÇÃO SOCIAL**

A capacidade para estabelecer relações com os outros, interagindo de forma adequada, inicia-se desde o nascimento e vai evoluindo de forma regular ao longo do crescimento, tendo início com os pais e prestadores de cuidados, alargando-se, depois, à família e amigos. Porém, a interação social constitui uma das áreas do desenvolvimento comprometidas em crianças com PEA.

A criança com PEA demonstra, desde cedo, dificuldades nesta área, ao possuir um padrão diferente no desenvolvimento dos comportamentos de vinculação e no desenvolvimento de jogos sociais. A primeira fase do desenvolvimento da criança com PEA é caracterizada pela ausência do seu envolvimento nas interações com os outros.

Na fase do desenvolvimento dos comportamentos de vinculação, apesar da criança com PEA interagir com pessoas conhecidas (pais e prestadores de cuidados), pode reagir com desagrado quando estes se ausentam, apresentando manifestações atípicas.

A instabilidade do déficit na interação social nas crianças com PEA vai desde as que estabelecem um relacionamento ou contacto momentâneo, às que vivem em solidão extrema, não estabelecendo qualquer contacto com o mundo que as rodeia.

Segundo o manual DSM-IV-TR, a perturbação autística engloba vários aspetos:

- Dificuldades em usar comportamentos não verbais para a interação social;
- Dificuldades em manter contacto visual, reduzindo os gestos utilizados, a expressão facial e, mostrando dificuldade em saber quão próximo dos outros se devem manter;
- Incapacidade para desenvolver relações com parceiros da mesma idade;
- Ter poucos ou nenhuns amigos;
- Relações apenas com pessoas muito mais velhas ou muito mais novas e com membros da família;
- Dificuldades em interagir em grupo, respeitando regras;
- Reduzida tendência para partilhar prazeres, objetos ou interesses com os outros;
- Ausência de reciprocidade social ou emocional;
- Não se apercebe das emoções e sentimentos dos outros, “ausenta-se da sua existência” (Ozonoff, Rogers, & Hendren, 2003, p.29).

A incompreensão deste quadro leva a que a criança seja confundida como tendo ausência de regras, possuindo condutas inapropriadas.

### **3.3 IMAGINAÇÃO**

A ausência de imaginação na criança com PEA constitui um traço marcante, levando a que essa manifeste dificuldades em brincar com brinquedos, com outras crianças ou adultos. Demonstra preferência ou obsessão por um brinquedo ou objeto, manipulando-o de forma repetitiva ou estereotipada, não mostrando a utilização do jogo simbólico ou intencional de faz de conta. Esta incapacidade

impede a criança de participar no jogo imaginativo em que assume outras personagens, outros papéis.

Se esta dificuldade se manifesta desde cedo no desenvolvimento da criança, mantém-se na idade escolar, atenuando-se em alguns casos, em autistas menos profundos, persistindo a tendência para o isolamento e a exibição de comportamentos desajustados ou incorretos.

## **4 ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS DE INTERVENÇÃO COM A CRIANÇA AUTISTA**

As necessidades educativas deste grupo específico de crianças têm em conta as suas limitações pretendendo o desenvolvimento de competências específicas em áreas como a comunicação, o funcionamento cognitivo, as interações sociais e psicomotricidade. Desta forma, e para responder às limitações e dificuldades destas crianças, é necessário ter em conta a convenção de Salamanca, assim como, o Decreto-Lei 319/91 (Anexo I) e o Decreto-Lei de 3/2008 (Anexo II) que fornecem uma linha de orientação aos profissionais sobre como interagir com a criança com necessidades educativas especiais.

A educação da criança autista tem como objetivos gerais: a prevenção ou redução das dificuldades escolares; o contorno da sua incapacidade mais grave e o desenvolvimento de competências que se encontram em défice.

Constata-se, deste modo, que a avaliação individual é o primeiro passo para a determinação de metodologias educativas corretas e necessárias para a criança com PEA. Os aspetos clínicos e funcionais resultam no perfil de funcionalidade da criança e ditam as suas possibilidades e necessidades em termos educacionais. O perfil de funcionalidades consiste na descrição da participação da criança em diferentes contextos de existência, e está dependente das adequações entre as suas condições de saúde e as condições do ambiente.

É com base neste perfil e partindo da experiência interna da criança que é elaborado o Programa Educativo Individual (PEI). Este documento constitui um guia onde são delineadas as prioridades da intervenção, recursos a mobilizar, estratégias e metodologias, e a forma de monitorização dos resultados.

#### **4.1 CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO / PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL (PEI)**

Como referimos anteriormente, a criança com PEA demonstra dificuldades em diversas áreas, deste modo, é necessário estabelecer um programa de intervenção (PI) global, realista e com objetivos que podem ser alcançados, e que deve ser realizado em parceria com os pais e técnicos envolvidos em todo o processo educativo e implicar um levantamento das competências e défices da criança, com vista à construção de um perfil funcional o mais completo possível. A intervenção deve ser realizada de forma intensiva, no sentido de minorar as diferenças em relação aos grupos de pares.

Segundo o Decreto - Lei nº3/2008, o programa deve conter os objetivos gerais e específicos a atingir pela criança, assim como, os recursos humanos e materiais utilizados. De referir que, na elaboração desse programa, uma das maiores dificuldades sentidas pelos profissionais é a definição de objetivos, dado que por vezes são demasiado genéricos. Deste modo, é fundamental um conjunto de tarefas diferenciadas, e que devem ser divididas de acordo com as diversas aprendizagens que implicam, já que cada uma das subetapas pode representar um obstáculo difícil de ser ultrapassado pela criança. Para além disso, quanto mais específico for o objetivo, melhor será a capacidade para avaliar a aprendizagem da criança no final da intervenção.

Para além desta divisão, é importante que, no PEI, os objetivos sejam definidos de modo a poderem ser observados, avaliados e medidos, e podem estar centrados em áreas tão distintas como a interação social; a comunicação; a cognição; o sucesso académicas; a atenção; o desenvolvimento psicológico; o comportamento; a autonomia; o desenvolvimento motor e integração sensorial. Esse processo de avaliação permite, entre outros, verificar a pertinência dos objetivos e a taxa de sucesso da criança no processo de aprendizagem.

No que concerne à adaptação e construção de materiais, é necessário ter sempre em consideração as necessidades e interesses da criança, bem como o seu nível cognitivo e linguístico.

## 4.2 A EDUCAÇÃO E A CRIANÇA

A educação da criança autista é considerada por vários autores como a principal área de tratamento e intervenção no autismo, sobretudo nas áreas em que demonstra maior dificuldade. Segundo Riviere (1989) “Através da educação, a criança autista sai de um mundo essencialmente alheio ao nosso próprio mundo” (cit por Bautista, 1997, p.225).

O diagnóstico de PEA, surge frequentemente, entre os 18 meses e dois anos e meio de idade da criança. Após esta idade, torna-se crucial delinear a intervenção, pretendendo-se que esta seja estabelecida o mais precocemente possível, pois a probabilidade de sucesso é maior, no que se refere à satisfação das suas necessidades.

A intervenção educativa deve prever a intervenção nas áreas de maior necessidade da criança autista, investindo no seu desenvolvimento global e também na sua adaptação à vida em grupo, seguindo regras específicas de contexto e rotinas. Desta forma, é crucial que se elabore, inicialmente, uma avaliação detalhada da mesma, que inclua não só o seu nível de desenvolvimento funcional, o seu padrão de dificuldades mas também as suas limitações, bem como a descrição do problema que mais preocupa os pais. “A análise funcional do comportamento é um percurso importante para a intervenção, já que permite ter uma ideia de como os fatores ambientais afetam o comportamento da criança.” (Marques, 2000, p.49).

Atualmente, esses fatores ambientais estão a assumir um valor importante no que concerne à criança e ao seu desenvolvimento. Segundo o Ministério da Educação, 2008, “Reconhece-se, actualmente, que as dificuldades de desenvolvimento manifestadas pelos alunos de PEA não são apenas decorrentes da sua problemática central, mas também da forma como estas são aceites e compensadas pelo meio ambiente” (Ministério da Educação, 2008, p.5). Desta forma, é visível que os fatores ambientais, assim como, os fatores genéticos influenciam o desenvolvimento e educação da criança.

Desta forma, a aprendizagem e o desempenho das crianças autistas incidem em quatro áreas: comunicação; resposta social; processamento da informação e desenvolvimento das competências. Segundo Marques “O padrão destas características resulta normalmente num perfil individual que exige considerações

avaliativas muito especiais e influência de forma comprometedoras todo o processo de aprendizagem” (Marques, 2000, p.50).

De seguida, são apresentados modelos de apoio à intervenção junto destas crianças.

#### **4.2.1 MODELO DIR**

O modelo DIR, baseado no Desenvolvimento, nas diferenças Individuais e na Relação é um modelo de intervenção desenvolvido por Stanley e Greenspan (1994). Segundo o mesmo, as dificuldades relacionais nas crianças podem estar interligadas à incapacidade de ligar o afeto ao planeamento motor e simbolização proveniente.

Greenspan salienta 6 níveis essenciais no processo de desenvolvimento de forma interativa (Coelho & Aguiar, 2011):

- 1) Partilha de atenção (de forma multissensorial e afetiva);
- 2) Envolvimento;
- 3) Introdução da comunicação pré-simbólica;
- 4) Organização do planeamento pré-representacional;
- 5) Partilha de significados (a criança aprende a usar representações e sequências de ideias);
- 6) Pensamento emocional (a criança aprende a fazer representações mentais e a inter-relacionar significados).

De forma a condensar estes níveis, Greenspan (idem) referencia 4 etapas essenciais (Coelho & Aguiar, 2011):

- 1) Partilha de atenção e envolvimento (0-4 meses);
- 2) Comunicação recíproca (4-18 meses);
- 3) Partilha de significados (18-24 meses);
- 4) Pensamento emocional (mais de 24 meses)

O modelo DIR reside numa intervenção clínica e global que abrange a abordagem Floortime, que privilegia o envolvimento e a participação da família, tendo como contributo as diferentes terapias e as estruturas socioeducativas. Neste modelo, as sessões realizam-se no chão e traduzem-se em atividades de jogos para a promoção da interação e socialização.

Floortime é uma abordagem que procura estabelecer uma relação afetiva com a criança, onde o adulto a deve ajudar a envolver-se, assim como, a compreender as suas emoções. Nesta abordagem, o adulto assume um papel importante, já que deve estar ciente dos seus próprios sentimentos e emoções, deve estar calmo e relaxado quando está com a criança, ajudando-a a envolver-se e a progredir.

Deve igualmente salientar-se a função desempenhada pela integração social, como um dos aspetos importantes, pois é aí que promovem-se as atividades adequadas à criança de forma a fomentar a sua interação. Esta participação da criança deve ser ativa, reagindo a uma integração sensorial, assim como, devem ser estabelecidos objetivos para a criança em particular envolvendo as diferentes áreas.

#### **4.2.2 MODELO ABA**

O modelo ABA ou *Applied Behavioral Analysis* (Análise Comportamental Aplicada) tem o seu princípio nas teorias comportamentais.

Em 1987, os estudos de Lovaas e, mais tarde, em 1993 os McEachin e Smith, mostraram a eficiência da metodologia ABA em crianças com autismo. Lovaas salienta que ABA promove a aprendizagem em contexto, no seu próprio ambiente de forma a favorecer a adaptação, baseando-se em princípios científicos.

O objetivo do ABA consiste em desenvolver competências a nível da comunicação, interação e adaptação ao meio social, tentando que a criança interaja com o meio de forma autónoma, reduzindo as condutas disfuncionais.

Para a execução deste método é fundamental a participação e colaboração da família, que deve ser ensinada a aplicar as estratégias trabalhadas nas sessões com a criança, no seu dia-a-dia, nos diferentes contextos e de forma cuidadosamente planificada.

As sessões devem estar estruturadas e planeadas de forma individualizada, o ambiente deve ser calmo e estruturado, evitando que a criança se distraia com outros estímulos. Numa primeira fase, é necessário um conhecimento da criança, sendo importante a existência de registos diários dos pais e técnicos. De seguida, deve elaborar-se um programa individual que seja intensivo e possível, sendo realizado nos diferentes contextos com uma equipa multidisciplinar. É importante que se proceda a um registo rigoroso das etapas e dos resultados obtidos pela criança ao longo das sessões.

As etapas devem ser devidamente planejadas, sendo necessário a descrição detalhada do comportamento problemático da criança junto do grupo de pares e, sempre que uma tarefa seja cumprida com sucesso deve-se atribuir um reforço positivo. Inicialmente, este reforço deve ser dado imediatamente após a ação, sendo depois, diminuído gradualmente a frequência dos mesmos, até ser eliminado. O reforço social deve ser usado sempre e desde o início da aplicação do método.

De forma a diminuir os comportamentos inadequados, deve-se recorrer à extinção, isto é ignorando o comportamento e fazendo com que este desapareça por não ter qualquer tipo de reforço.

Segundo o método ABA, as punições usadas podem ser:

- uso de estímulos que provocam repulsa (sumo de limão; sons...)
- time out (sair alguns minutos, com vigilância)
- restrições físicas durante a crise

As punições são utilizadas principalmente em situações graves, tais como a autoagressão que impede a adaptação social da criança.

### **4.2.3 MODELO TEACCH**

O projeto de psiquiatria da Universidade da Carolina do Norte, em 1996, lançou um projeto de investigação destinado a apoiar crianças com autismo e as suas famílias, durante cinco anos.

Este projeto foi inicialmente dirigido por Eric Schopler, que procurou demonstrar que a abordagem mais eficaz junto destas crianças seria ensinar aos pais e professores métodos de educação especial e técnicas de comportamento que fossem de encontro às necessidades das mesmas. Deste projeto nasceu o modelo TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e Perturbações de Comunicação Relacionadas), que privilegia o envolvimento dos pais como agentes promotores da mudança.

Este modelo tem como principal objetivo promover a máxima da autonomia da criança com PEA, em diversas áreas, e ao longo da vida, através de um ensino estruturado, centrado na organização do espaço físico, do tempo, dos materiais e das atividades.

Relativamente aos métodos e estratégias de intervenção, o modelo TEACCH assume o ensino estruturado como um dos aspetos mais importantes, e que se baseia na organização do espaço físico, estruturação do tempo, dos materiais e das atividades.

O ensino estruturado tem como objetivo promover uma organização interna que facilite a aprendizagem e a autonomia da criança autista, diminuindo os problemas de comportamento. Este modelo recomenda a utilização de cinco tipos de estrutura:

### **1) A estrutura física**

Abrange a organização do espaço de intervenção. Neste, as áreas devem estar bem definidas de forma à criança compreender as diferentes atividades, assim como, as fronteiras que as separam. Desta forma, pretende-se que a criança compreenda melhor o meio em que está inserida.

Em contexto clínico, é importante criar uma área destinada ao trabalho e outra para brincar. E dependendo da criança, pode existir ainda uma área de trabalho autónomo.

Na estrutura física, o importante é fornecer à criança a informação necessária para que esta consiga antecipar os acontecimentos e organizar-se de forma autónoma, contribuindo para a estabilidade emocional da criança, auxiliando-a na aprendizagem.

Em contexto escolar, as áreas devem basear-se na adoção do espaço existente às necessidades da criança. A unidade de ensino estruturado deve incluir as seguintes áreas: acolhimento; trabalho individual (professor-aluno); trabalho autónomo e uma área de transição. Pode ainda, conter uma área de descanso, onde existam materiais do interesse da criança, e que pode ser utilizado como reforço.

Em 2008, a Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) publicou normas orientadoras para as Unidades de Ensino Estruturado para crianças com PEA (UEEA).

No ensino regular, todas as estratégias utilizadas no Ensino estruturado se adequam, podendo também existir uma área de trabalho individual, onde o aluno pode aprender antecipadamente a matéria, uma área de trabalho

autónomo e uma área de descanso, onde existam materiais do interesse da criança, o que pode ser utilizado como reforço.

Em contexto familiar, os espaços já estão, na maior parte das vezes, adequados, no entanto, poderá ser importante introduzir algumas alterações consoante as necessidades da criança.

Em todos os contextos, a estrutura física deve ser mudada em função da avaliação contínua das necessidades da criança.

## **2) O horário das atividades**

A existência de horários bem definidos permite diminuir a ansiedade e a ocorrência de comportamentos inadequados, pois possibilita-se à criança que antecipe e preveja o que irá acontecer a seguir, preparando-se. Quando bem definidos os horários, são de extrema importância, pois permitem à criança antecipar e prever o que irá acontecer a seguir, facilitando a sua preparação.

A utilização de horários facilita a compreensão da diferença e relação dos acontecimentos, apresentando-se como um suporte eficaz para a comunicação e a aprendizagem. Estas são uma mais-valia para a possível alteração de rotinas quando estas são necessárias, pois podem ser trabalhadas de forma antecipada com a criança, dando-lhe tempo para se adaptar.

O horário deve ser elaborado visando a avaliação individual da criança e tendo em conta a capacidade da mesma para a leitura de símbolos e de que tipo de símbolos, assim como, a quantidade de informação que esta consegue processar em simultâneo. Este poderá ainda variar consoante o tipo de pistas visuais utilizadas (objetos ou partes de objetos reais; miniaturas, fotos) e tipo de horário (horário para manhã, tarde, dia ou até para a semana ou mês).

Independentemente do tipo de horário utilizado, este deve sempre obedecer à disposição da leitura e escrita (da esquerda para a direita e de cima para baixo), e deve ser acompanhado com a escrita.

## **3) O plano de trabalho individual**

O plano de trabalho dá segurança e estabilidade à criança, pois indica a tarefa que tem de realizar em determinada área e num determinado tempo.

Este é constituído por um suporte visual concreto relativo a cada atividade incluída no horário.

O plano de trabalho deve dar à criança a indicação:

- da tarefa que se espera que realize;
- por que ordem;
- da quantidade de trabalho que se pretenda que faça;
- o que fazer quando terminar a execução da tarefa.

Este plano é determinante para obter a plena colaboração da criança, evitando possíveis problemas de comportamento e incutindo-lhe as noções de princípio, meio e fim. Com isto, promove-se a autonomia da criança, fazendo com que em determinadas circunstâncias não necessite de depender do adulto/professor.

#### **4) As estruturas visuais**

As estruturas visuais abrangem uma variedade de pistas visuais ou intenções que se podem utilizar para ensinar a criança como realizar uma tarefa. O principal objetivo é orientar a criança para que esta se sirva da pista para saber como realizar as atividades que lhe são propostas.

As tarefas dadas à criança devem ser acompanhadas com imagens que ilustrem a seriação ou sequência de organização. Será importante, ensinar à criança de forma gradual como deve organizar os materiais antes de iniciar um jogo de associação, puzzle, entre outros. Deste modo, fornece-se uma estratégia de resolução de problemas, uma vez que a criança com PEA bloqueia perante uma atividade para a qual não recebeu qualquer tipo de orientação.

#### **5) Rotinas**

As rotinas são cruciais para a auto-organização, o bem-estar, a funcionalidade e a autonomia da criança com PEA. A implementação de rotinas positivas com estas crianças, promove o desenvolvimento das mesmas, contribuindo para que compreendam o mundo que as rodeia, dando-lhes mais segurança.

Em termos familiares, quando se pretende fazer uma saída, os pais devem preparar a mesma usando imagens e explicando a viagem passo a passo,

desde o sair até chegar a casa. Esta estratégia poderá evitar comportamentos inadequados por parte da criança. Mesmo com crianças que tenham um bom nível de compreensão da linguagem, esta estratégia deve ser utilizada, pois as crianças com PEA não processam da mesma maneira uma rotina transmitida oralmente ou visualmente.

A rotina básica ““primeiro trabalhar”” (Coelho & Aguiar, 2011, p.49) permite à criança compreender as relações de causa-efeito, assim como, a relação entre os acontecimentos.

As rotinas diárias devem ser utilizadas enquanto a criança não as interioriza, devendo posteriormente ser feitas as “alterações “planeadas””, como sair e comer um bolo, designando uma “alteração positiva por “imprevisto””. Deste modo, a criança pode habituar-se à ideia de que podem surgir imprevistos na sua vida.

A metodologia do TEACCH, baseia as suas estratégias nas áreas fortes da criança autista, que são o processamento visual, memorização de rotinas e interesses especiais.

#### **4.2.3.1 PROGRAMA PIPA**

O Programa Integrado Para o Autismo (PIPA) é um programa multidisciplinar promovido pelo Centro de desenvolvimento infantil, que se baseia no TEACCH. Este tem como objetivos a melhoria das seguintes áreas:

- Socialização;
- Cognição;
- Linguagem e Comunicação;
- Aprendizagem académica;
- Concentração e atenção;
- Comportamento e atitudes;
- Desenvolvimento emocional;
- Desenvolvimento motor;
- Autonomia;
- Integração sensorial.

Trata-se de um programa multidisciplinar e intensivo, que prevê a colaboração com a família e a escola na estruturação do espaço e dos materiais de acordo com o TEACCH, sendo os pais considerados coterapeutas.

No programa PIPA encontram-se três tipos de intervenções:

- *Intervenção direta com a criança* – são trabalhos definidos de forma direta para a criança, tendo em conta as necessidades específicas da criança.
- *Intervenção indireta com a família* – trabalham-se as áreas da comunicação, comportamento e atitude. Esta intervenção pretende munir a família com um conjunto de estratégias alternativas de forma a promover o desenvolvimento da criança. Este tipo de apoio é realizado através da participação dos pais nas sessões com a criança; de sessões individuais com a psicóloga; visitas ao domicílio e consultas médicas com o pediatra de desenvolvimento. De uma forma geral, é criada uma dinâmica familiar mais organizada e forte.
- *Intervenção indireta com a escola e técnicos de intervenção* – tem como objetivo uniformizar as estratégias e o método de ensino com os diversos profissionais.

O programa PIPA tem como objetivo promover as competências pessoais da criança, tornando o ambiente compreensível e adaptado às suas necessidades. Centra-se nas áreas fortes da criança com PEA, ou seja, no processamento visual, memorização das rotinas e interesses específicos.

A implementação do programa PIPA realiza-se através das seguintes etapas (figura 2):

- 1) Introdução da estrutura física
- 2) Criação de horários de trabalho
- 3) Criação de sistema de trabalho
- 4) Criação de rotinas
- 5) Promoção do suporte visual

No que concerne à estruturação física, procura organizar-se e colocar limites visuais e físicos definidos e claros de forma que o ambiente “fale” por si. A estrutura é importante, pois minimiza as distrações auditivas e visuais, e deve ser flexível, indo de encontro às necessidades da criança, evoluindo com a mesma, ou

seja, quanto mais a criança se desenvolve, menor deve ser a quantidade da estrutura do espaço.

A estruturação do espaço depende do local, podendo existir mais ou menos espaço definido para o trabalho com a criança. Assim, nesta estrutura encontram-se as seguintes áreas:

- *Trabalho de 1:1/aprende* – é uma área de ensino individualizado que privilegia o desenvolvimento de novas aprendizagens, facilita a interação, a focalização do olhar no interlocutor e a concentração e atenção.
- *Trabalho independente/trabalhar* – é uma área de trabalho individual e autónomo, onde a criança aprende a trabalhar sem que haja necessidade de apoio constante. Este espaço segue a regra “esquerda-direita” e permite a redução de estímulos distratores focalizando a atenção da criança naquilo que é importante.
- *Áreas de transição* – é uma área que contém os horários individuais de cada criança. São os “cartões de transição” que dão indicações à criança para que área se deve dirigir.
- *Área de grupo* – uma área que contempla o trabalho em grupo.
- *Área do computador* – é uma área destinada ao trabalho com o computador, facilitando a atenção e concentração da criança e ajudando-a a minimizar as dificuldades da escrita.
- *Área de brincar ou lazer* – é uma área onde a criança pode executar momentos de pausa e onde se permitem as estereotípias e a brincadeira livre.
- *Área de reunião* – área propícia à comunicação e socialização onde se executam atividades de exploração.
- *Refeição*.

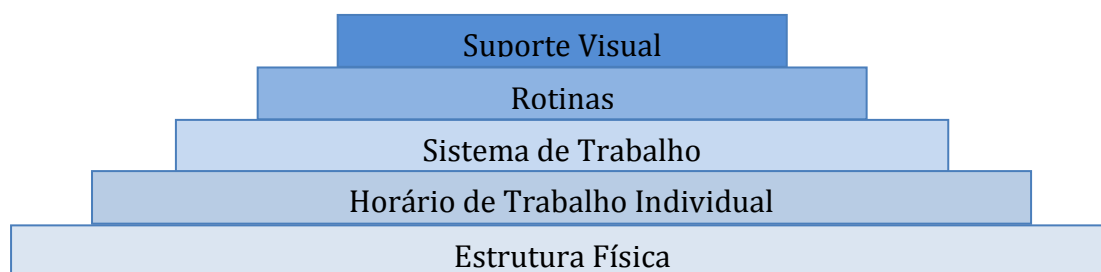
Relativamente à criação de horários de trabalho, realiza-se uma sequência visual das atividades/tarefas a serem realizadas ao longo do dia. Esta permite tranquilizar a criança, dando-lhe a indicação de como vai ser a organização temporal do dia e possibilita a introdução gradual de mudança na rotina da criança sem que esta descompense. Estes “horários” podem ser feitos com recurso a objetos/partes de objetos; imagem; símbolos; símbolos mais palavras e escrita.

No que concerne ao sistema de trabalho, procura informar-se a criança do que ela deverá fazer, o que permite à criança estabelecer uma relação de causa-efeito e a aquisição de noção de sequência. Para além disso, possibilita respostas eficazes a possíveis questões da criança como, por exemplo, “Quanto tempo tenho de trabalhar?”; “O que devo fazer?”; “Como sei que já terminei?” e “O que vem a seguir?”.

A criação de rotinas permite a que a criança se sinta confiante e segura. Estas devem ser flexíveis, porém, estas devem evoluir com o tempo, de modo a possibilitar novas aprendizagens.

O suporte visual é a estratégia mais adequada e eficaz para ensinar a criança com PEA. Este suporte é a base para o uso dos Sistemas de Comunicação Aumentativa. O suporte visual permite comunicar com a criança, aumentando as suas capacidades para comunicar.

A figura 3, seguidamente apresentada, identifica as diferentes etapas do programa PIPA.

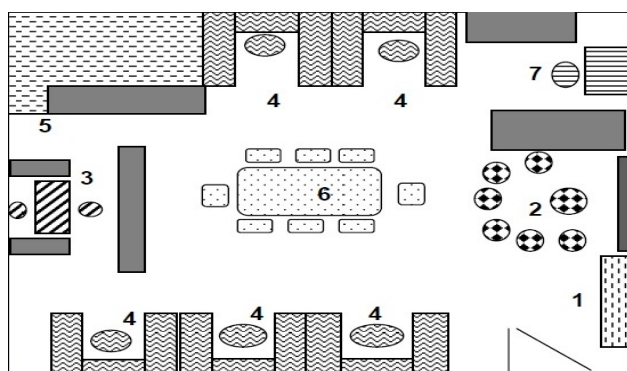


**Figura 3** - Pirâmide das etapas de implementação do programa PIPA. (LIMA,2012,p.50)

Em Portugal, os programas ou metodologias mais divulgados situam-se ao nível do ensino estruturado utilizando o modelo TEACCH, a modificação comportamental através da metodologia ABA, e terapias complementares como a terapia da fala, terapia ocupacional, hipoterapia, musicoterapia, terapias médico-farmacêuticas, intervenção nutricional, entre outras.

O modelo TEACCH é um recurso educativo que visa a criação de unidades cujo o objetivo é: criar um ambiente propício para a criança, com áreas bem definidas e delimitadas; proporcionar um espaço adequado (Figura 4); promover situações de ensino individualizado. Este modelo, em termos de estrutura física, propõe a organização do espaço em áreas definidas, delimitadas e com informação visual para que a criança desenvolva a sua autonomia e realize aprendizagens.

Salienta-se, que em Portugal, o programa PIPA tem obtido resultados positivos, quer ao nível da promoção das competências pessoais de cada criança, quer ao nível da sua melhor integração familiar, educacional e social.



**Legenda:**

1 - Área de transição; 2 - Reunião; 3 - Aprender; 4 - Trabalhar; 5 - Brincar; 6 - Trabalhar em grupo; 7 - Computador

**Figura 4** – Plantas UEEA (Unidade de Ensino Estruturado para Alunos) <sup>4</sup>

### 4.3 OBJETIVOS EDUCACIONAIS

Identificar o que se deve ensinar à criança autista é uma tarefa delicada e complicada, uma vez que ela não se enquadra nas formas habituais de avaliação, podendo demonstrar comportamentos paradoxais como, por exemplo, um elevado nível de conhecimento em determinadas áreas e pouco noutras; uma incompatibilidade com as formas habituais de testes e questionários e dificuldades em reagir à frustração.

A definição dos objetivos educacionais para a criança deve ter em consideração diversas formas e estratégias de avaliação como, por exemplo, questionários e entrevistas aos pais/encarregados de educação, e grelhas de observação, e segundo . Reviere, 1989, cit (Bautista, 1997), deve ter em atenção os seguintes critérios:

- Adaptação à evolução da criança;
- Adaptação com as linhas de evolução normal;
- Funcionalidade;
- Adaptação da criança ao ambiente natural.

As principais atividades e estratégias de atuação devem centrar-se nas áreas em que as crianças tendem a manifestar maiores dificuldades, nomeadamente:

- Comunicação – Interação;
- Linguagem;

<sup>4</sup> (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008, p.18)

- Desenvolvimento cognitivo.

Para além dessas áreas prioritárias, é importante que se trabalhe outras competências específicas, sobretudo no que concerne à psicomotricidade (motricidade grossa e fina); à coordenação visuomotora; à autonomia e aos comportamentos agressivos e desajustados.

## **4.4 INTERVENÇÃO JUNTO DA CRIANÇA AUTISTA**

### **4.4.1 INTERAÇÃO**

A interação não existe sem a comunicação, estão ambas interligadas, sendo, por isso as áreas prioritárias por excelência a ser abordada junto da criança autista.

De forma a promover a comunicação e interação é necessário um esforço por parte do educador, que deve criar atividades e estimular a criança para a interação e comunicação, evitando que ela se entregue aos seus rituais solitários. Segundo Riviere (1989, cit por Bautista, 1997) o educador deve:

- Ter um relacionamento que seja facilmente compreendido pela criança;
- Colocar limites às condutas não adaptadas da criança;
- Reforçar os comportamento positivos da criança;
- Planificar situações estáveis e estruturadas;
- Ajudar a criança a conter os seus comportamentos caprichosos;
- Dar instruções e ordens claras à criança;
- Ter uma atitude diretiva na planificação e duração das atividades.

Em suma, trata-se de fazer com que a criança autista seja capaz de compreender o que é pedido e de pedir o que pretende, ganhando mais autonomia. Para se atingir esse objetivo é necessário o treino de capacidades para a comunicação e interação da criança que incidam na aquisição no período sensoriomotor, tais como: contacto através do olhar; proximidade e contacto físico; co-ordenação do olhar; chamadas de atenção funcionais; uso do sorriso como contacto social; pedido de ajuda quando necessita; dirigir-se ao adulto olhando-o de

frente; reproduzir atividades; dar e mostrar objetos e antecipar-se numa realização e jogo recíproco.

#### 4.4.2 COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM

A comunicação possui várias funções determinadas pelo interlocutor, podendo ser através da linguagem, expressão facial, gestos, sinais, entre outros. Esta função incluem: atenção conjunta, pedir e chamar atenção, cumprimentar, escolher, comentar e protestar.

A comunicação deve ser promovida através do ambiente, pois é importante que a criança saiba onde está, o que se espera dela e a sua participação. Desta forma, o ensino da comunicação e da linguagem deve ser direto, objetivo, específico e subdividido.

O ensino da linguagem deve basear-se nas funções comunicativas e nas etapas de desenvolvimento, onde estão inseridas as fases: (Halliday, 1975 cit por Bautista, 1997, p.259))

- Instrumental (“quero esse objecto”)
- Regulador (“quero essa actividade”)
- Interactiva (“olá, tu e eu juntos”)
- Pessoal (fala egocêntrica)
- Referencial (só nomear)
- Hermenêutica (“o que é isto”)
- Imaginativa (jogo imaginário )
- Conversação

Como estratégias para a comunicação, destacam-se as seguintes:

- *Suporte Visual*: este suporte tem como vantagem a preparação da criança relativamente à sua rotina.
- *Promover o contacto visual/atenção conjunta*: tem como objetivo fazer com que a criança aprenda a dirigir e a manter o olhar no outro. Uma possível forma de iniciar o contacto, será ao chamar pela criança, virar a cara na mesma na direção do interlocutor.

- *Ensinar a apontar*: apontar surge, por norma, por imitação. No entanto, a criança com PEA deve ser ensinada a apontar, pois tal atividade pode ser útil para que comunique de forma mais eficaz.
- *Ensinar a imitar*: é importante estimular a motricidade oralofacial através da imitação de movimentos simples como o soprar, o beijar, o abrir e fechar a boca, entre outros.
- *Ensinar a identificar*: tem como objetivo preparar a criança de forma a que consiga identificar objetos e imagens a pedido aquando da realização de uma tarefa. Através desta estratégia, é possível compreender se a criança está a adquirir o conhecimento que lhe é ensinado e se consegue diferenciar os conceitos.
- *Ensinar a dar o que lhe é pedido*: permite aceder a um nível de comunicação mais elevado. Esta tarefa pode ser ensinada através de objetos, começando de forma gradual.

De salientar que a educação e reeducação da linguagem da criança autista não pode ser feita exclusivamente pelo terapeuta da fala, mas sim por todos os agentes educativos que acompanham a criança ao longo do seu processo desenvolvimental.

O processo de comunicação e simbolização estão interligados, de forma a que todas as atividades possam ser realizadas com indicações de interação e imitação. Assim sendo, é importante promover atividades como o jogo com sequências fixas de objetos; jogos para a reprodução de objetos em sequências fixas e variáveis; jogos com objetos que tenham a mesma função mas que não sejam semelhantes e jogos de “faz de conta”.

#### **4.4.2.1 COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA (CAA) E SISTEMA DE COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA (SAAC)**

A fala é a forma de expressão mais utilizada para o processo comunicativo, porém, existem crianças, jovens e adultos, que por motivos distintos, estão impedidos de comunicar utilizando a fala.

Através da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), a criança, o jovem e o adulto podem comunicar através de um sistema de signos, ajudas técnicas e recursos que complementam (Comunicação Aumentativa) ou

substituem a fala (Comunicação Alternativa), e a que podem recorrer de forma transitória ou definitiva. Segundo Tetzchner e Martinsen (2000), “A Comunicação Alternativa é qualquer forma de comunicação diferente da fala e usada por um indivíduo em contextos de comunicação frente a frente”, enquanto que a “Comunicação Aumentativa significa comunicação complementar ou de apoio.” (idem, p.22). Esta última é considerada um meio facilitador do desenvolvimento da linguagem, das competências cognitivas e de comunicação.

Os sistemas de Comunicação Alternativa e Aumentativa (SAAC) podem ser divididos em dois tipos distintos: com ajuda ou sem ajuda. De acordo com Tetzchner e Martinsen (2000), a Comunicação com Ajuda inclui tabelas de comunicação, dispositivos com fala digitalizada, computadores e outros tipos de tecnologias de apoio à comunicação e a comunicação sem Ajuda é composta por símbolos ou conjuntos de símbolos, em que são utilizadas as partes do corpo da pessoa que emite a mensagem. Os sistemas de Comunicação Alternativa e Aumentativa (SAAC), ajudam, então, o sujeito a interagir de forma mais eficiente com o meio social, sendo que quanto mais precocemente for introduzido, melhor será o resultado obtido. Estes sistemas devem ser usados de acordo com as características e necessidades específicas da criança, potencializando a sua capacidade de comunicação, de modo a que este possa ser o mais eficaz e independente possível no processo comunicativo.

Atualmente existem vários sistemas que podem ser utilizados junto da criança autista, assim como o sistema Bliss, o sistema PIC, o sistema SPC e o sistema PECS.

O **Sistema de Comunicação Bliss**, foi estudado e implementado por Charles Bliss, criada durante a 2ª Guerra Mundial numa tentativa de criação de uma língua universal. Tem como objetivo ser utilizado como Sistema de Comunicação Interacional. É constituído por um determinado número de formas básicas, de natureza pictográfica e ideográfica, como se pode verificar na figura 5, seguidamente apresentada.



Figura 5 – Exemplo de Signos Bliss

Este sistema é considerado adequado a indivíduos que embora não estando preparados para a ortografia tradicional, possuem potencial para aprender e desenvolver um extenso vocabulário.

Atualmente, a utilização deste tipo de sistema de comunicação tem vindo a ganhar mais expressão na Europa e na América do Norte, pois os símbolos são de difícil compreensão para alguns utilizadores.

O **Sistema de Comunicação PIC** (Pictogram Ideogram Communication) foi concebido em 1980 por Subhas C. Maharaj, é designado em Português por Pictogramas, e formado por 400 símbolos. Tem como objetivo possibilitar a comunicação e estimular as capacidades de percepção e conceptualização. As imagens são figuras estilizadas, desenhadas a branco sobre fundo negro, por se acreditar ser um fundo facilitador em indivíduos com problemas de percepção visual (Figura 6).

Este sistema apresenta como principais desvantagens o facto de os símbolos terem um baixo grau de flexibilidade no que respeita à formação de novos significados quando combinados entre si, e por serem muito difíceis de desenhar. Este é mais simples que o sistema Bliss, mas mais limitado, pois a construção de novas palavras nem sempre é fácil, devido à existência de poucos símbolos.



Figura 6 – Sistema PIC (Pictogram Ideogram Communication)

Os **Símbolos para a Comunicação (SPC)** foram concebidos em 1981 por Roxana Mayer Jonhson, terapeuta da fala, tendo origem americana (PCS – Picture Communication Symbols). Neste sistema, a maior parte dos símbolos são iconográficos, isto é, contêm símbolos transparentes, desenhados com um traço negro sobre fundo branco, como é visível na figura 7.



Figura 7 – SPC Símbolos Pictográficos para a Comunicação

O significado do símbolo está escrito na parte superior do mesmo, de forma a facilitar a compreensão dos interlocutores que desconhecem o sistema. Este sistema está disponível numa versão informática (Programa Boardmaker), o que possibilita uma rápida pesquisa sobre símbolos, permitindo elaborar tabelas de comunicação, jogos, cadernos de comunicação, entre outros.

O vocabulário do SPC é composto por três mil e duzentos símbolos agrupáveis em seis categorias: pessoas, verbos, adjetivos, substantivos, diversos (artigos, conjunções, preposições, cores, entre outros) e sociais (palavras facilitadoras da interação social). As categorias encontram-se organizadas por cores, sendo que a cor amarela representa as pessoas, o verde os verbos, o laranja os substantivos, o azul os adjetivos, o rosa os símbolos sociais e branco/preto os diversos.

Este sistema pode ser utilizado por pessoas que apresentam afasias, apraxias, PEA, atraso mental, paralisia cerebral, acidentes vasculares, condições pós-operatório, entre outros.

**O Sistema de PECS (Picture Exchange Communication System)** é um sistema de comunicação aumentativo e alternativo baseado na troca funcional de figuras que foi desenvolvido nos Estados Unidos, por volta dos anos 80, por Lori Frost e por Andrew Bondy. Este sistema funciona como um manual de Comunicação Alternativo adaptado para pessoas com dificuldades severas de comunicação, como por exemplo, crianças que não usam a fala para comunicar, ou que a usam mas com limitada eficácia; crianças com falta de iniciativa comunicativa, entre outros. As crianças com PEA (Perturbação do Espectro do Autismo) enquadram-se neste grupo, dadas as suas dificuldades de comunicação. Este sistema permite que a criança autista comunique, através da utilização de imagens, a criança pode comunicar com os outros, mostrando os seus interesses, necessidades e vontades.

O PECS tem como objetivo ajudar a criança a desenvolver competências comunicativas que lhes permitam comunicar eficazmente, promovendo a espontaneidade e a autonomia no seio de uma comunicação funcional. É um sistema bastante pormenorizado e intuitivo que estabelece um processo de ensino passo-a-passo de forma clara e objetiva.

Este sistema de comunicação parece exigir menos competências cognitivas, linguísticas ou de memória, já que as figuras ou símbolos que são usados no processo comunicativo refletem as necessidades e/ou interesses individuais da criança. É igualmente fácil de usar por terapeutas, professores e pais, pois não requer treino técnico ou equipamento de alto custo, e quando adequadamente aplicado pode ajudar a desenvolver as competências e iniciativas comunicativas, a melhorar a capacidade para fazer solicitações e a aquisição de novo vocabulário.

## 4.5 COGNIÇÃO

O desenvolvimento cognitivo da criança pode ser definido como o desenvolvimento dos processos através das quais esta adquire informações sobre o ambiente que a rodeia. Desta forma, pode recorrer-se às seguintes estratégias com a criança com PEA:

- *Reforço* – é qualquer ajuda física, verbal ou gestual que é dada à criança de forma a completar o sucesso de uma determinada tarefa. O reforço deve ser utilizado nas primeiras fases do ensino de uma nova tarefa ou comportamento, embora só o estritamente necessário, devendo ser retirado à medida que a criança apresente autonomia.
- *Interesses restritos* – é o interesse que a criança demonstra por algo de forma tão intensa que exclui todos os outros, e que pode estar direcionado para animais, carros, comandos de tv, partes de objetos, cordas, fios, entre outros. Estes interesses podem ser uma mais valia para o professor, que pode utilizá-los como estratégia de ensino para diferentes conteúdos e aprendizagens.
- *Redução dos estímulos distratores* – deve reduzir-se a quantidade de informação/estímulo é importante, pois a criança com PEA apresenta dificuldade em identificar a informação relevante.
- *Organização visual* – é importante para a criança com PEA, que os materiais e o local estejam o mais arrumados possível para facilitar a sua manipulação.

- *Instruções visuais* – permitem à criança aprender a seguir instruções, mas para que a criança as compreenda devem ser subdivididas até que ela consiga ser autónoma no seu desempenho.
- *Horários de trabalho e planos de trabalho* – permitem à criança visualizar o que vai acontecer ao longo do dia, assim como o que se espera que ela realize.

## 4.6 MOTRICIDADE

O movimento não é apenas a contração de um músculo, é o resultado do desenvolvimento da mobilidade e do desenvolvimento cognitivo e afetivo. Este ajuda a criança a ter consciência do seu corpo, do espaço, do tempo e a adquirir a noção do ritmo e equilíbrio, sendo capaz de se movimentar de forma mais rápida e segura.

No desenvolvimento motor destacam-se duas grandes áreas:

- Motricidade grossa: uso e coordenação de músculos grandes do corpo;
- Motricidade fina: uso e coordenação de músculos pequenos.

Desde que nasce, a criança utiliza o movimento para comunicar e é este que permite que os seus horizontes sejam alargados. Na criança com PEA, a alteração na motricidade é salientada desde o nascimento, embora, muitas vezes, não lhe seja dada a devida atenção. Esta alteração motora não estabelece um marco específico para o diagnóstico de PEA, mas os movimentos estereotipados são definidos pela DSM-IV-TR como uma característica específica do espectro do autismo.

Existem algumas estratégias para estimular a motricidade da criança com PEA, tais como:

- *Promover a aprendizagem pela modelação*: é importante promover a aprendizagem com a demonstração através da manipulação do próprio corpo da criança;
- *Uso de suporte visual*: o uso do suporte visual ajuda a potencializar as competências motoras da criança com PEA; exemplo Quadro 9, onde esta uma atividade onde a criança possui os instrumentos e as suas imagens;

- *Promover a integração sensorial:* é importante integrar a estimulação sensorial em todo o processo de intervenção educativa, promovendo o contacto com diferentes texturas, paladares, cheiros e imagens/cores, entre outros;
- *Promover os circuitos motores:* os circuitos motores permitem à criança visualizar a sequência das tarefas a serem realizadas, fazendo com que a mesma não altere o seu comportamento;
- *Incentivar a colaboração da criança para a manipulação dos materiais:* incentivar e motivar a criança a arrumar os materiais;
- *Avaliar e dividir as tarefas:* a divisão das tarefas tem de ser bem pensada e planeada de forma a estimular a criança, mas não de forma a que esta não consiga alcançar o objetivo.

## 4.7 COMPETÊNCIAS ACADÉMICAS

Aprender a escrever e a ler é um processo crucial no desenvolvimento típico da criança e, com a entrada no 1º ciclo, a aprendizagem das competências da leitura, da escrita, do cálculo, entre outros domínios, torna-se determinante para o sucesso e autonomia da criança.

A criança com PEA demonstra interesse pelos números muito cedo, até mais cedo que as outras crianças. Contudo, a dificuldade em aceder a operações mais concretas/complexas, limita a sua aprendizagem, pois esta criança tem dificuldades em pensar de forma abstrata, em sair do seu próprio “mundo”.

Como estratégia para a promoção das aprendizagens académicas salientam-se:

- *Promoção da aprendizagem através do suporte visual:* a criança com PEA tem um estilo de aprendizagem essencialmente visual e manipulativo, devendo, a aprendizagem ser feita através destas duas vias. O suporte visual permite à criança aceder à informação sempre que necessite;
- *Uso da repetição e da ordenação;*
- *Aprendizagem objetiva e concreta:* como a criança com PEA demonstra um pensamento objetivo, as aprendizagens mais abstratas devem ser feitas através da divisão da aprendizagem em tarefas mais simples;

- *Construção e adaptação de materiais:* os materiais devem ir de encontro ao desenvolvimento da criança. Porém, a criança com PEA, tem dificuldade em gerir várias informações em simultâneo, o que leva à necessidade de se construírem materiais mais específicos para a mesma;
- *Uso de horários de trabalho e de códigos de trabalho:* permitem que a criança com PEA adquira a autonomia que necessita;
- *Dar tempo para a resposta:* é necessário dar tempo à criança para processar a pergunta e formular a resposta;
- *Promover a compreensão da leitura:* esta é uma das competências mais baixas na criança com PEA, sendo necessário estimulá-la a partir de um grau simples, em que se solicitam perguntas simples;
- *Promover o cálculo:* a criança com PEA possui boas competências a nível dos números. Porém, a realização de operações deve ser ensinada de forma estruturada, rotineira e repetitiva; por exemplo fazer atividade de associação, Quadro 10.
- *Promover o grafismo:* a escrita é a área mais fraca da criança com PEA. Desta forma, deve-se recorrer a métodos alternativos, como letras e números destacáveis, e ao computador, de forma a motivar a criança.
- *Uso do computador:* deve ser um requisito obrigatório no ensino da criança com PEA. É um instrumento de aprendizagem que motiva a criança e pelo qual se sente atraída.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### 5 METODOLOGIAS DE INVESTIGAÇÃO

Escolher qual o melhor percurso a utilizar na caminhada de uma investigação é, muitas vezes, um trabalho árduo e complexo, condicionado por inúmeros fatores como, por exemplo, as convicções do investigador, a relação entre esse e as características do objeto de estudo e o modo como procura obter conhecimento acerca do mundo.

Segundo Poeschl (2006), as contradições teóricas e epistemológicas que se verificam entre as várias correntes científicas são usualmente seguidas por variadas perspetivas na escolha e utilização de métodos estatísticos. Desse modo verifica-se, com frequência, entre outros factos, uma oposição entre métodos qualitativos e métodos quantitativos.

A dicotomia entre investigação qualitativa e quantitativa tem, então, provocado inúmeras discussões por parte dos investigadores, já que uns as consideram distintas, enquanto outros as apontam como complementares, perspetivando um *continuum* entre qualitativo e quantitativo.

De uma forma geral, com este trabalho pretende-se perceber o modo como os atores sociais alvo deste estudo experimentam e interpretam o processo comunicacional que implementam no contexto escolar, nomeadamente no que concerne à utilização de sistemas de comunicação aumentativos e alternativos. Intenta-se, então, promover um maior conhecimento acerca das necessidades comunicacionais das crianças com espectro de autismo e analisar o modo como a escola lhes dá uma resposta concreta. Este objetivo, princípio orientador deste percurso de investigação, teve a sua génese na formulação dos pressupostos de investigação, expressos através da seguinte questão base: “Quais as respostas da comunidade educativa face às necessidades de comunicação da criança autista?”.

Para isso, foi elaborado um estudo extensivo recorrendo-se a uma metodologia quantitativa, através de um inquérito por questionário como técnica de recolha de dados.

Para Afonso (2005), os estudos extensivos, denominados *surveys*, têm como finalidade a análise das características ou circunstâncias de uma população. Pode

orientar-se para o estudo de comportamentos, de dados demográficos e de situações materiais concretas. Relativamente à recolha de dados, nesta estratégia de investigação podem utilizar-se as seguintes técnicas: pesquisa documental, inquérito por questionário e entrevista estruturada de forma isolada ou em articulação, numa lógica de triangulação.

De acordo com Ribeiro (2007, p.79; cit por Nascimento, 2012, p.118), a *“investigação quantitativa caracteriza-se por se expressar através de números (ou seja por entidades abstractas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo)”*.

A metodologia quantitativa é um paradigma metodológico utilizado em investigações naturalistas em educação e pressupõe objetividade, uma vez que utiliza critérios bem definidos relativamente ao processo de análise de dados e da amostragem e baseia-se numa linguagem matemática. A informação adquirida através desta metodologia resulta de um processo de medição de variáveis, classificadas numa das quatro escalas seguintes (Afonso, 2005):

- Nominal – a variável é classificada em diferentes categorias;
- Ordinal – a variável pode ser diferenciada e ordenada em função de uma determinada dimensão, ou seja, permite diferenciar objetos, indivíduos, entre outros;
- Intervalar – quando existe uma escala onde os números representam as diferenças na variável e em que o zero representa apenas o ponto de partida;
- Razão – esta escala é idêntica à intervalar, no entanto, o zero corresponde à ausência da variável que se está a medir.

A utilização de métodos quantitativos está associada à investigação experimental ou quase-experimental, o que pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a seleção aleatória dos sujeitos de investigação (amostragem), a verificação ou rejeição das hipóteses mediante uma recolha rigorosa de dados, posteriormente sujeitos a uma análise estatística e a uma utilização de modelos matemáticos para testar essas mesmas hipóteses. O principal objetivo é a generalização dos resultados de uma determinada população em estudo a partir da amostra, o estabelecimento de relações causa-efeito e a previsão dos fenómenos.

Um outro objetivo desta metodologia consiste, essencialmente, em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos e testar teorias.

Uma das principais limitações da investigação quantitativa relaciona-se com o facto de o investigador, ao lidar com seres humanos, ser incapaz de manipular ou controlar certos aspetos, nomeadamente as variáveis independentes. Tal pode dever-se a razões de natureza prática, ética ou outra, daí que o controlar se apresente seguramente como uma limitação deste método.

Segundo Quivy e Campenhoudt: “o inquérito por questionário distingue-se da simples sondagem de opinião pelo facto de visar a verificação das hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas sugerem”. (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 188).

Os inquéritos por questionário “são acompanhados por métodos de análise quantitativa” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 185), uma vez que assumem um papel importante para o conhecimento de realidades complexas. Para tal, torna-se necessário contemplar os vários fatores nela implicados, pois estes permitem quantificar uma multiplicidade de dados e perceber, por conseguinte, a numerosa análise de correlação que existe entre eles.

A construção do questionário tem como objetivo principal a obtenção de informação por parte dos respondentes, convertendo-a em dados pré-formatados, facilitando o acesso a um grande número de sujeitos e a diferentes contextos.

Esta técnica de recolha/produção de dados, cuja informação obtida depende da opinião e do ponto de vista do sujeito, isto é, do seu conhecimento, das suas observações e perceções, permite cobrir três áreas de recolha da informação (Afonso, 2005): conhecimento ou informação, valores ou preferências e atitudes e convicções. É uma técnica fiável de recolha de dados porque implica uma cooperação por parte do respondente que, por sua vez, terá de dar as suas respostas com consciência, dizendo o que sabe, o que quer e o que pensa.

O questionário constrói-se em função das escolhas para o formato das perguntas e do tipo de respostas que se pretende. Deste modo, o formato das perguntas varia, podendo estas ser diretas ou indiretas, gerais ou específicas, afirmativas ou negativas, de opinião ou orientadas para factos.

Relativamente ao formato das respostas, segundo Tuckman (2005; p.104; cit por Afonso, 2005), existem sete modos distintos, a designar:

- Resposta estruturada ou aberta – o respondente elabora uma frase ou um texto;
- Resposta curta (fill-in) – o respondente responde apenas com uma palavra;
- Resposta do tipo categórico – o respondente tem duas alternativas para a resposta;
- Resposta em quadro – obtém-se uma resposta mais detalhada por parte do respondente;
- Resposta em escala – o respondente responde através de uma escala estipulada;
- Resposta por ordenação – a resposta é dada de forma ordenada em função de um determinado critério;
- Resposta em listagem – é apresentada uma lista de afirmações e o respondente escolhe apenas uma.

Em síntese, o inquérito por questionário é um método que possibilita quantificar uma multiplicidade de dados e proceder a numerosas análises de correlação. Os dados recolhidos por este método são úteis no âmbito de um tratamento quantitativo que permita comparar as respostas, e deste modo, alcançar-se alguma conclusão.

O inquérito por questionário é, então, o instrumento de investigação selecionado neste percurso de investigação com o intuito de recolher dados sobre o processo comunicacional das crianças com espectro do autismo, de modo a que se possa compreender melhor a sua realidade e o modo como a comunidade educativa responde às suas necessidades.

A ferramenta de investigação é composta por três partes distintas:

- dados pessoais e profissionais dos participantes, onde se pretende recolher os dados dos inquiridos, representações sobre os serviços prestados às crianças com PEA nas escolas regulares, onde se pretende conhecer o número de crianças com PEA existentes na sala de aula e nos agrupamentos, assim como as medidas educativas adotadas junto das mesmas;

- integração e comunidade na sala de aula, onde se pretende compreender de que forma é feita a comunicação com a criança com PEA.

Desta forma, o principal objetivo é recolher informações acerca da opinião dos docentes titulares de turma e docentes de educação especial sobre as respostas educativas fornecidas nas escolas públicas à criança com autismo.

A proposição de hipóteses é o caminho que deve levar à formulação de teorias, que surgem como resposta à pergunta de partida, ou seja, são “As hipóteses que o investigador possui sobre a existência de relações entre variáveis” (Bell, 2004, p.35).

Assim sendo, pressupõem-se algumas hipóteses, pois é a hipótese que “fornece à investigação um fio condutor particularmente eficaz que, a partir do momento que ela é formulada, substitui nessa função a questão da pesquisa” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p.119). Assim, as hipóteses tidas em consideração para esta investigação são as seguintes:

- A comunidade educativa não identifica nem intervém de forma eficaz nas necessidades comunicacionais e de socialização da criança com autismo;
- A comunidade educativa não adota métodos e estratégias eficazes para o sucesso escolar da criança com autismo;
- Existe falta de articulação de informação entre os professores do ensino regular e os professores de educação especial relativamente ao percurso educativo do aluno com autismo.

## 6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para Marconi e Lakatos (2001), a amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população), ou seja um subconjunto do universo. Esta surge da necessidade de pesquisar sobre uma parte da população. A amostragem é do tipo não probabilística, intencional, uma vez que o pesquisador seleciona intencionalmente os participantes da amostra, de forma a representar a população.

As técnicas para a recolha da amostra não são aleatórias, mas pensadas de forma a que esta seja representativa da população, sem no entanto ser possível assegurar que a mesma seja representativa da população.

No que concerne ao nosso percurso de investigação, optamos por selecionar escolas públicas da zona do Vale do Sousa, e aplicamos os questionários a docentes titulares de turma e docentes de educação especial. A amostra deste estudo é constituída por 47 professores do 1º ciclo (Gráfico 4), sendo 27 professores titulares de turma, 17 professores de necessidades educativas especiais e 3 em outras situações, que se encontram neste momento, a lecionar na zona do Vale de Sousa.

#### 6.1.1 DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Como foi referido anteriormente, na primeira parte do nosso inquérito por questionário procuramos recolher os dados biográficos dos inquiridos. Assim sendo, pode verificar-se, através da análise do gráfico e tabela 1, que a maior parte dos docentes do 1º ciclo são do sexo feminino, sendo apenas 19% do sexo masculino.

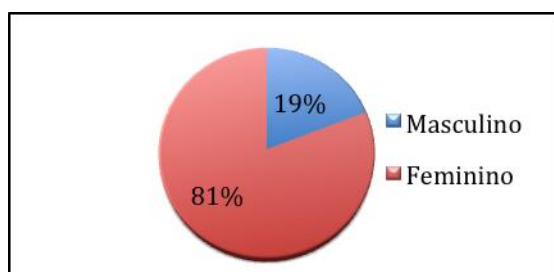
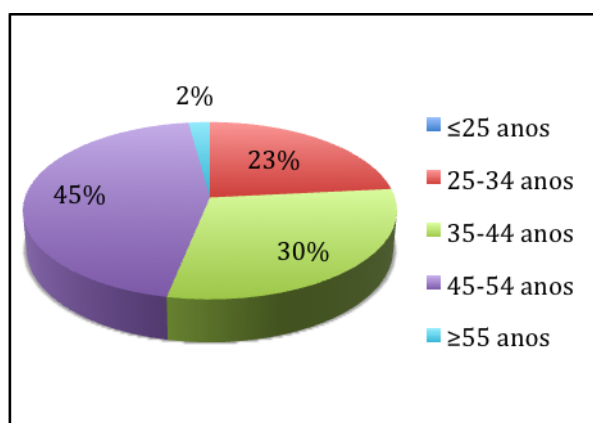


Gráfico 1 – Género

	Número	Percentagem
Masculino	9	19%
Feminino	38	81%

Tabela 1 - Género

Quanto à idade dos participantes, é visível pela análise do gráfico e tabela 2 que 45% dos inquiridos têm idades compreendidas entre os 45-54 anos, 23% entre os 25-34 anos e 30% entre os 35-44 anos. Apenas 2% do grupo têm mais de 55 anos, não existindo nenhum com idade inferior a 25 anos.

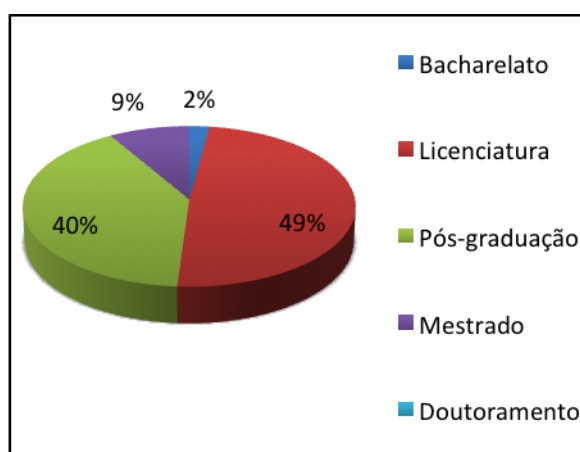


**Gráfico 2 – Idade**

	Número	Percentagem
≤25 anos	0	0%
25-34 anos	11	23%
35-44 anos	14	30%
45-54 anos	21	45%
≥55 anos	1	2%

**Tabela 2 - Idade**

Quanto às habilitações académicas, podemos observar no gráfico e na tabela seguidamente apresentado, que 49% dos participantes possuem Licenciatura, 40% têm uma Pós-graduação, 9% possuem Mestrado e apenas 2% têm o Bacharelato.



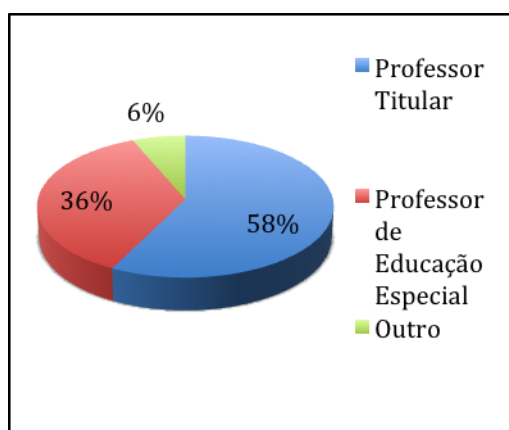
**Gráfico 3 – Habilitações Académicas**

	Número	Percentagem
Bacharelato	1	2%
Licenciatura	23	49%
Pós-graduação	19	40%
Mestrado	4	9%
Doutoramento	0	0%

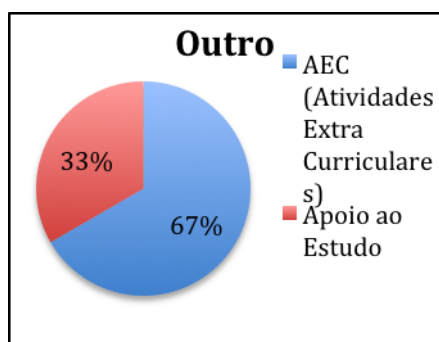
**Tabela 3 – Habilitações Académicas**

No que concerne à situação profissional, e pela análise do gráfico e tabela 4 verificamos que 59% dos participantes são professores titulares de turma e 36% estão, neste momento, a lecionar Educação Especial. 6% dos profissionais restantes

encontram-se noutra situação, sendo que 33% deles lecionam AEC e 67% dão Apoio ao Estudo.



	Número	Percentagem
Professor Titular	27	58%
Professor de Educação Especial	17	36%
Outro	3	6%

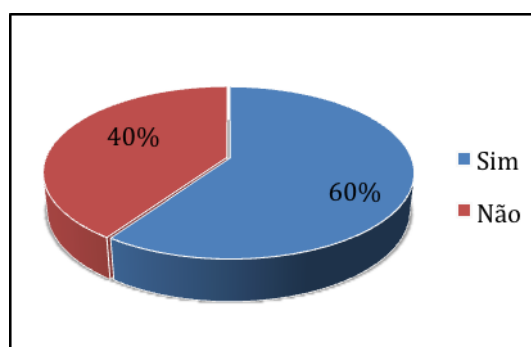


	Número	Percentagem
AEC	2	67%
Apoio Estudo	1	33%

**Gráfico 4** – Situação Profissional

**Tabela 4** – Situação Profissional

Relativamente à formação em Educação Especial, é possível verificar que, 60% dos professores possuem essa formação (Gráfico 5 e tabela 5).



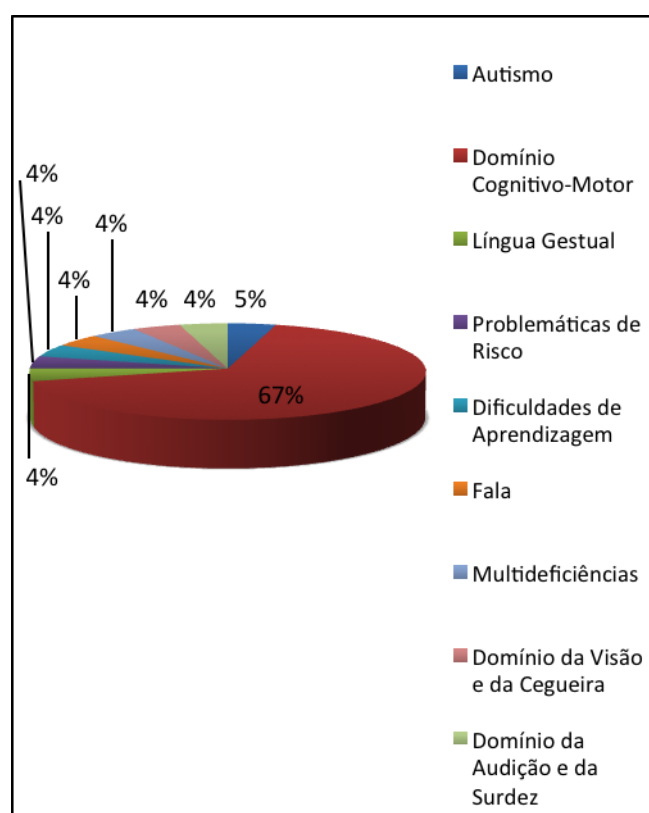
	Número	Percentagem
Sim	28	60%
Não	19	40%

**Gráfico 5** – Formação em Educação Especial **Tabela 5** – Formação em Educação Especial

No gráfico e na tabela 6 podemos observar as áreas de especialização dos docentes. Assim sendo, é possível verificar que 67% dos professores possuem

especialização no Domínio Cognitivo-Motor e os restantes 33% em áreas diversificadas, nomeadamente Autismo, Língua Gestual, Problemáticas de Risco, Dificuldades de

Aprendizagem, Fala, Multideficiências, Domínio da Visão e da Cegueira e Domínio da Audição e da Surdez. 2 dos participantes não responderam à questão.



**Gráfico 6** – Área de Especialização

	Nº	%
Autismo	2	5%
Domínio Cognitivo-Motor	16	67%
Língua Gestual	1	4%
Problemáticas de Risco	1	4%
Dificuldades de Aprendizagem	1	4%
Fala	1	4%
Multideficiências	1	4%
Domínio da Visão e da Cegueira	1	4%
Domínio da Audição e da Surdez	1	4%

**Tabela 6** – Área de Especialização

Numa sociedade em constante alteração, o professor vê-se “obrigado” a evoluir, investindo na sua formação, para desta forma poder “chegar” aos alunos de uma forma mais apelativa e competente. Desta forma, a formação de professores, segundo Campos (1995), deve ser encarada como sendo uma aprendizagem ao longo da vida do mesmo, incluindo a formação contínua. Nesta perspetiva, a formação contínua possibilita ao docente a aquisição de conhecimentos específicos da profissão, tornando-os assim seres mais capacitados para atender às exigências impostas pela sociedade, exigências que se modificam com o passar dos tempos, tendo, desta forma, o educador que estar constantemente atualizado. Segundo Sousa “*Ser professor, hoje, significa não somente ensinar determinados conteúdos, mas sobretudo um ser educador comprometido com as transformações da sociedade,*

*oportunizado aos alunos o exercício dos direitos básicos à cidadania”* (Sousa, 2008, p.42).

Atualmente, surge a necessidade do professor possuir uma formação especializada na área da educação especial, de forma a poder incluir todos os alunos e a responder de forma eficaz às suas necessidades. Neste sentido, a formação de professores assume um papel de grande relevância em todo o seu percurso profissional, sobretudo por acompanhar e apoiar o processo evolutivo a que as escolas têm sido sujeitas, e que implica uma adequação constante à especificidade e necessidades dos diferentes agentes educativos que nelas se inserem.

### 6.1.2 SERVIÇOS PRESTADOS ÀS CRIANÇAS COM PEA

Com o intuito de analisar a perceção dos atores sociais envolvidos no nosso estudo optamos por, na segunda parte do questionário, colocar questões relativas às suas representações sobre os serviços prestados às crianças com PEA nas escolas regulares.

No que concerne ao nº de crianças com PEA no agrupamento (gráfico e tabela 7), há variações significativas, já que 3 dos inquiridos responderam que existem 11 ou 2, 4 responderam 1 e 3, 2 referiram 7 e 4 casos, e por último, 1 refere 9 crianças.

No entanto, 23 participantes referiram não saber quantas crianças com PEA existem no agrupamento em que se encontram a lecionar e 4 não responderam à questão.



	Número	Percentagem
1	4	9%
2	3	7%
3	4	9%
4	2	4%
7	2	4%
9	1	2%
11	3	7%
Não Sabe	23	49%
Não respondeu	4	9%

**Gráfico 7** – Crianças com PEA no Agrupamento

**Tabela 7** – Crianças com PEA no Agrupamento

O gráfico e tabela 8, seguidamente apresentado, concerne à existência de crianças com PEA nos contextos educativos onde os inquiridos lecionam. Através da análise do mesmo, é possível constatar que os valores mais elevados, 20 e 12 crianças, encontram-se em 1 escola, seguindo-se 6 e 5 crianças em 2 escolas, 11 crianças em 3 escolas, 3 e 2 crianças em 9 escolas e 1 criança em 8 escolas. Em 4 dos contextos educativos onde os inquiridos trabalham não existem crianças com PEA. De salientar que 4 dos participantes não responderam e 5 não sabem quantas crianças com PEA existem na escola onde lecionam.



**Gráfico 8** – Crianças com PEA na Escola

	Número	Percentagem
0	4	9%
1	8	17%
2	9	19%
3	9	19%
5	2	4%
6	2	4%
11	3	6%
12	1	2%
20	1	2%
Não Sabe	5	12%
Não respondeu	3	6%

**Tabela 8** – Crianças com PEA na Escola

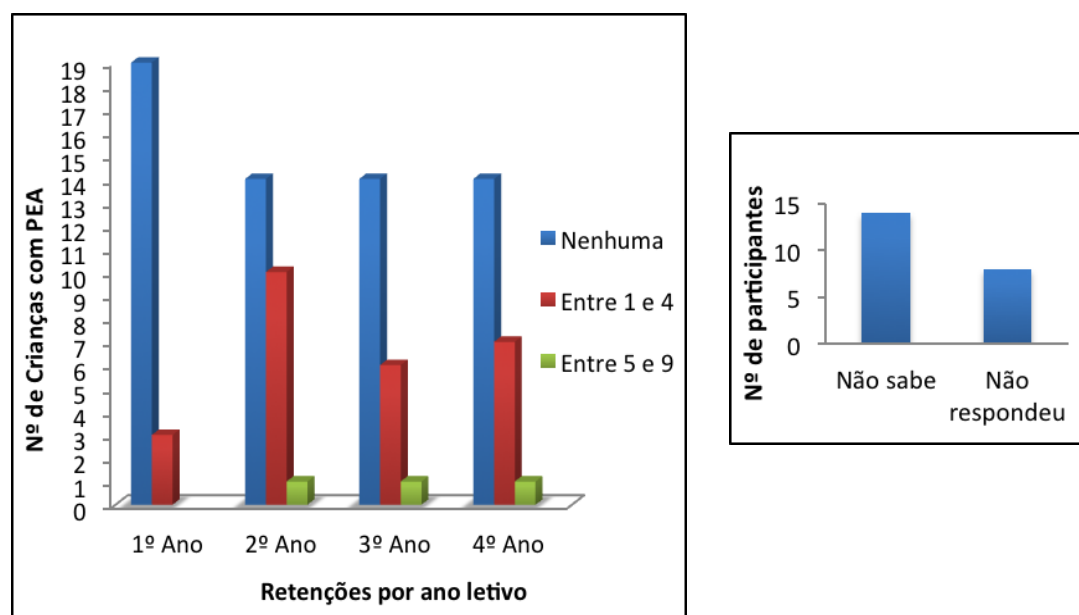
Quanto ao nº de retenções das criança com PEA, 19 dos participantes afirmam que, no 1º ano, não há retenções e 3 afirmam que ficam retidas entre 1 a 4 crianças.

No 2º Ano, 14 participantes afirmam que as crianças não ficam retidas, 10 afirmam que ficam retidas entre 1 a 4 crianças e 1 afirma que ficam retidas entre 5 e 9 crianças.

No 3º Ano, 14 participantes declaram que as crianças não ficam retidas, 6 referem que ficam retidas entre 1 a 4 crianças e 1 afirma que ficam retidas entre 5 e 9 crianças.

Por último, no 4º Ano, 14 participantes salientam que as crianças não ficam retidas, 7 afirmam que ficam retidas entre 1 a 4 crianças e 1 afirma que ficam retidas entre 5 e 9 crianças. É de notar, ainda, que 14 participantes referem não saber qual

o número de retenções e 8 não responderam à questão. Estes dados podem ser observados no gráfico e na tabela 9, seguidamente apresentado.



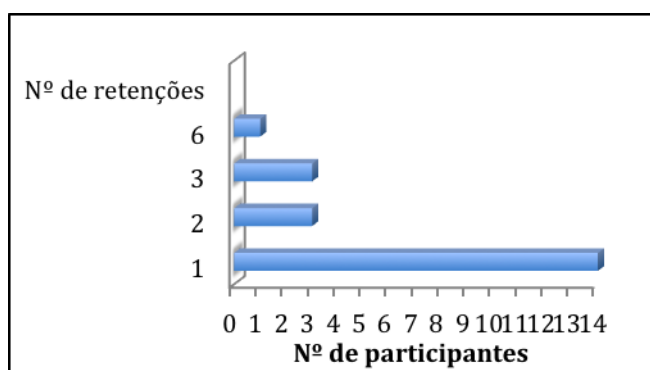
**Gráfico 9** – N° de Crianças com PEA retidas

	Nenhuma		Entre 1 e 4		Entre 5 e 9	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem
1ºano	19	16%	3	2%	0	0%
2ºano	14	13%	10	9%	1	1%
3ºano	14	13%	6	5%	1	1%
4ºano	14	13%	7	6%	1	1%
Não sabe	14	13%				
Não respondeu	8	7%				

**Tabela 9** – N° de Crianças com PEA retidas

Ao analisar conjuntamente os dados relativos ao número de crianças autistas e à frequência de retenções, verificamos que essa frequência é elevada, e que poderá significar um desajustamento do contexto escolar perante as necessidades daquelas crianças e, conseqüentemente, contribuir para o insucesso escolar. Para além disso, coloca-se a hipótese das estratégias utilizadas pelos docentes no espaço sala de aula junto das crianças autistas não serem eficazes perante as suas limitações. O professor é, sem dúvida, um dos maiores contributo para que a criança possa alcançar o sucesso a nível escolar devendo, por isso, funcionar como um facilitador e mediador de experiências da aprendizagem, realizadas num ambiente securizante e inclusivo.

Relativamente à frequência de retenções da criança com PEA, e de acordo com o gráfico 10, é possível verificar que 14 dos participantes referem que a criança fica retida apenas 1 vez ao longo do 1º ciclo, 3 afirmam que ficam retidas nesse período, 2 e 3 vezes e 1 dos participantes afirma que ficam 6 vezes retidas no 1º ciclo. De salientar, que dos participantes inquiridos, 7 não responderam à questão.

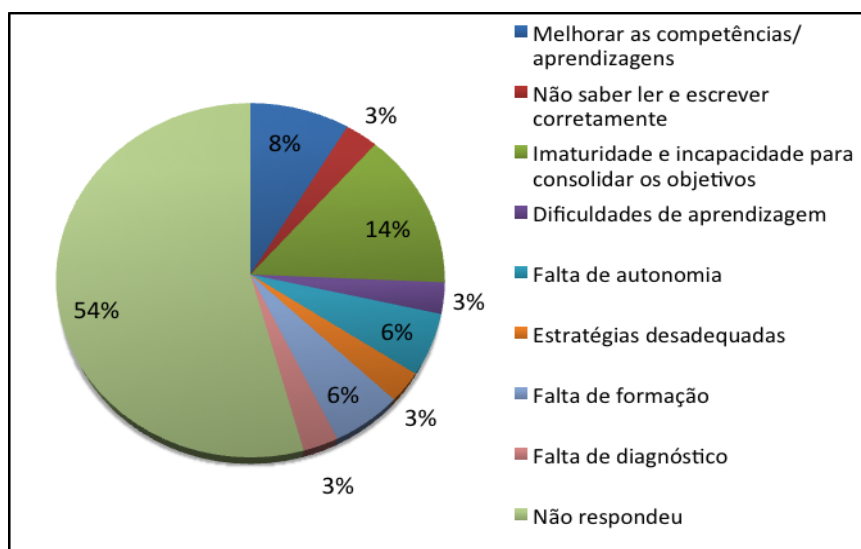


	Número	Percentagem
1	14	67%
2	3	14%
3	3	14%
6	1	5%

**Tabela 10** – Média de Retenções no 1º Ciclo

**Gráfico 10** – Média de Retenções no 1º Ciclo

No que diz respeito aos motivos para as retenções, ao analisar o gráfico e a tabela 11 é possível verificar que 54% dos inquiridos não responderam à questão proposta. Das justificações apresentadas, destacam-se a imaturidade e incapacidade para consolidar os objetivos (14%), melhorar as competências/aprendizagens (8%), falta de autonomia a falta de formação (6%), e finalmente, com 3% das respostas foram salientados os motivos: “não saber ler e escrever corretamente”, “dificuldades de aprendizagem”, “estratégias desadequadas” e “falta de diagnóstico”.



**Gráfico 11** - Motivo para as retenções

	Número	Porcentagem
Melhorar as competências/aprendizagens	3	8%
Não saber ler e escrever corretamente	1	3%
Imaturidade e incapacidade para consolidar os objetivos	5	14%
Dificuldades de aprendizagem	1	3%
Falta de autonomia	2	6%
Estratégias desadequadas	1	3%
Falta de formação	2	6%
Falta de diagnóstico	1	3%
Não respondeu	19	54%

**Tabela 11** - Motivo para as retenções

A criança autista, na escola, tem de lidar com muitos estímulos visuais, auditivos e sensoriais que passam despercebidos para os alunos neurotípicos, ou “normais”. Para a criança com PEA, tais estímulos incomodam, agredem, representam mais um desafio para o professor, pois o próprio processo educacional, não é pensado para estas crianças. As dificuldades na aprendizagem escolar podem surgir por vários motivos: ligados à deficiência cognitiva e complicados pela incapacidade em imitar, associados às dificuldades de compreensão linguística e dificuldade na capacidade de comunicação. No entanto, cabe ao professor tentar minimizar os estímulos e distrações da criança, ajudando-a a desenvolver-se e a progredir, alcançando o sucesso escolar. Pois, segundo Riviere (1989, cit por Garcia & Rodriguez, 1997, p.255) “através da educação, a criança autista sai de um mundo essencialmente alheio ao nosso próprio mundo”.

Ao refletir sobre os dados adquiridos, os inquiridos apontam como principal razão para as retenções da criança, a imaturidade e incapacidade da mesma para consolidar os objetivos. Porém, acredito que com a utilização de estratégias adequadas e de formação, por parte do professor, estas retenções poderiam ser minimizadas. O docente deve adequar as estratégias às necessidades e interesses da criança com PEA, tentando-o motivar para as aprendizagens, ajudando na sua integração e envolvimento na sala de aula.

As estratégias adequadas de ensino, permite à criança com autismo desenvolver-se, aprendendo novos saberes. No entanto, é de salientar, que não existe uma abordagem única, assim como, não existem duas crianças autistas iguais (Jordan, 2000). Cabe ao professor testar e explorar diferentes formas de abordar a

criança de forma a selecionar as mais eficazes, para deste modo, contribuir para o sucesso escolar da criança e não o contrário.

No que concerne às Medidas Educativas adotadas, é possível constatar no gráfico e na tabela 12, que no que respeita ao Apoio Pedagógico Individual (a), a maioria dos participantes (20) afirma que é uma medida frequentemente utilizada. Das restantes hipóteses fornecidas, 15 afirmam que esse apoio é sempre utilizado e 6 referem que é disponibilizado às vezes.

Quanto às Adequações Curriculares (b), 25 participantes assinalam que são utilizadas frequentemente, 8 às vezes ou sempre, e 1 dos participantes, afirma que esta medida nunca é utilizada.

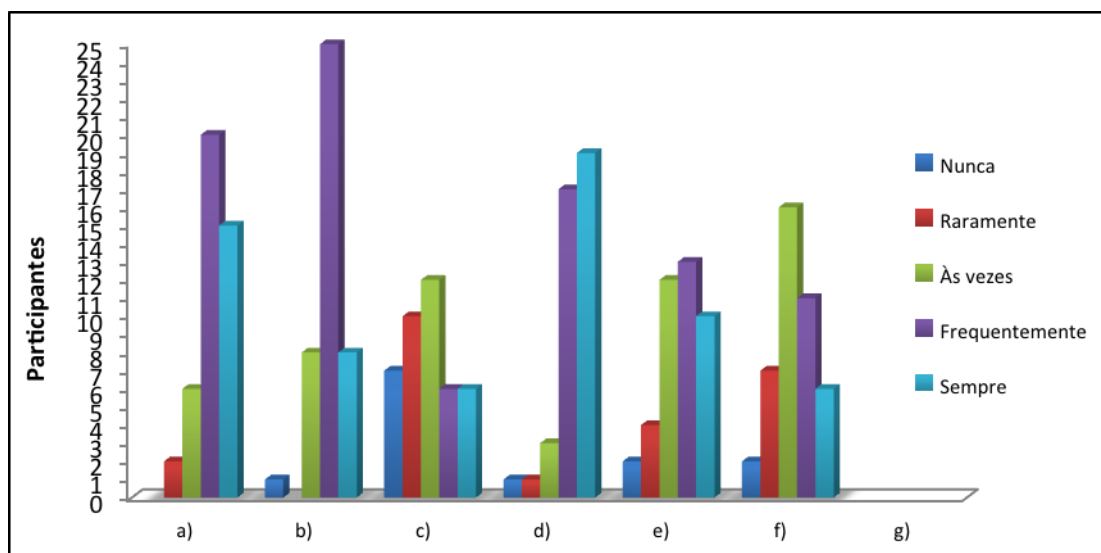
Relativamente às Adequações no Processo de Matrícula (c), 12 afirmam que são utilizadas ocasionalmente, 10 raramente, 6 frequentemente e 7 referem que nunca são utilizadas.

Quanto às Adequações no Processo de Avaliação (d), 19 afirmam que são sempre utilizadas, 17 que são frequentemente utilizadas, 3 que são utilizadas “às vezes” e 1 que “raramente” ou “nunca” são utilizadas.

No que diz respeito ao Currículo Específico Individual (e), 13 participantes afirmam que é uma medida educativa utilizada com frequência, 12 ocasionalmente, 10 que é utilizada sempre, 4 que o é raramente e 2 que nunca é utilizada.

Por último, quanto à Tecnologia de Apoio (f), 16 participantes referem que é uma medida utilizada ocasionalmente, 11 que é usada de forma frequente, 6 que é sempre utilizada, 7 raramente e 2 que nunca é utilizada..

De salientar, que dos participantes inquiridos, 3 não responderam à questão.



### Legenda de Apoio

a) Apoio Pedagógico Individual; b) Adequações curriculares Individuais c) Adequação no Processo de Matrícula; d) Adequação no Processo de Avaliação; e) Currículo Específico Individual; F) Tecnologia de Apoio; g) Outra: qual?

**Gráfico 12** – Frequência de Medidas Educativas adotadas segundo o Decreto-Lei 3/2008

	Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a)	0	0	2	0,8%	6	2,4%	20	8%	15	6%
b)	1	0,4%	0	0	8	3,2%	25	10%	8	3,2%
c)	7	2,8%	10	4%	12	4,8%	6	2,4%	6	2,4%
d)	1	0,4%	1	0,4%	3	1,2%	17	6,8%	19	7,6%
e)	2	0,8%	4	1,6%	12	4,8%	13	5,2%	10	4%
f)	2	0,8%	7	2,8%	16	6,4%	11	4,4%	6	2,4%
g)										

**Tabela 12** – Frequência de Medidas Educativas adotadas segundo o Decreto-Lei 3/2008

As medidas educativas são um resposta educativa dada à criança, ou seja, é uma adequação do processo de ensino aprendizagem. Esta deve ser pensada e planeada, pelo professor, de forma a ajudar no bom desenvolvimento da criança. Devem ainda, determinar estratégias de diferenciação pedagógica numa intervenção especializada.

As medidas educativas implementadas e salientadas pelos inquiridos são: apoio pedagógico individual; adequações curriculares individuais; adequação no processo de matrícula; adequação no processo de avaliação; currículo específico e tecnologia de apoio.

O apoio pedagógico individual, segundo o Ministério da Educação, inclui: reforço de estratégias a desenvolver com a criança autista; o estímulo e reforço de competências e capacidades necessárias para a aprendizagem; a antecipação e o reforço da aprendizagem e o reforço e desenvolvimento de competências específicas. Este é uma medida que requer, apenas, a intervenção direta do professor e de educação especial. É ainda, uma medida que deveria estar acessível a toda a criança com autismo.

A adequação curricular individual, são adequações de âmbito curricular, que não põem em causa as orientações curriculares ou o currículo comum. Neste sentido, poderá surgir a necessidade de introduzir disciplinas ou áreas curriculares específicas, como treino de visão, Língua Portuguesa/comunicação por imagens, entre outras. Isto, permite o acesso ao currículo comum, bem como aumenta a autonomia da criança autista. Estas adequações traduzem-se na introdução de conteúdos e objetivos intermédios, ou seja, de um objetivo criar diversas atividades.

A adequação no processo de matrícula é uma medida que deve ser implementada com a criança autista. Estas podem frequentar a escola regular, assim como podem matricular-se e frequentar escolar com unidades de ensino especializado independentemente da área de residência. O processo de avaliação para a criança autista segue as normas de avaliação definidas, e consistem em alterações como: do tipo de prova; dos instrumentos de avaliação e certificação e das condições de avaliação.

A criança que se encontra no currículo específico individual, não se encontra sujeita ao processo de avaliação, mas sim, aos critérios específicos de avaliação definidos no PEI. Esta medida, prevê alterações significativas no currículo comum, ou seja, na priorização de áreas curriculares; na eliminação de objetivos e conteúdos, na introdução de conteúdos e objetivos complementares e na eliminação de áreas curriculares.

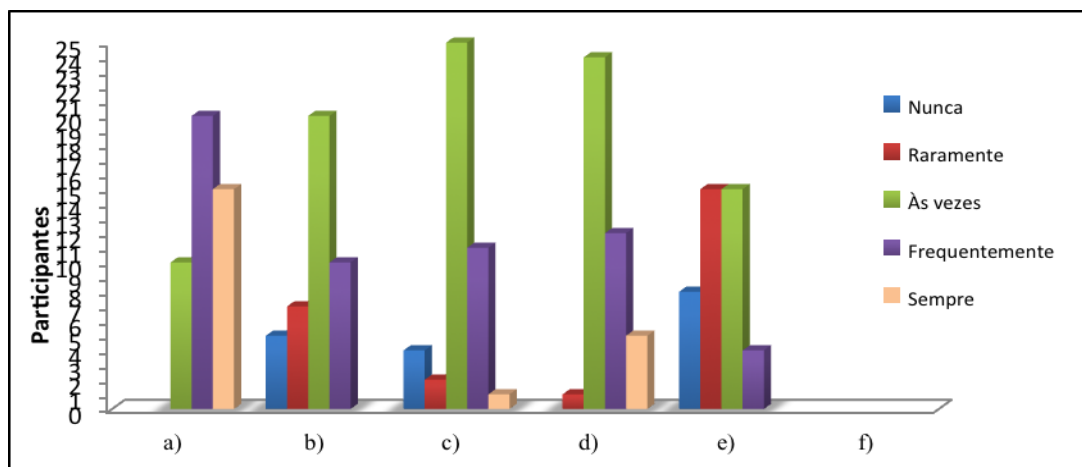
O currículo específico individual deve corresponder às necessidades específicas da criança, tendo por objetivo facilitar o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como a autonomia da criança autista. Este currículo substitui as competências definidas para os diferentes níveis de ensino. No entanto, é de salientar que esta medida deve ser aplicada com precaução, uma vez que condiciona a vida da criança.

Por último, as tecnologias de apoio tem como objetivo compensar uma limitação funcional e proporcionar maior autonomia para a criança autista. Estas tecnologias de apoio podem ser utilizadas em diferentes áreas, como: cuidados de higiene e pessoais; mobilidade; comunicação, informação e sinalização, assim como, recreação.

Através da análise do gráfico e da tabela 13, é possível analisar a frequência com que são mobilizadas as atividades não docentes, nomeadamente o apoio especializado, a terapia da fala, a terapia ocupacional e o acompanhamento psicológico ou de psiquiatria. Relativamente ao Apoio Especializado, verificamos que é utilizado com frequência, já que 20 participantes afirmam que este tipo de apoio é utilizado de forma frequente, 15 que é sempre utilizado e 10 que é utilizado “às vezes”. Quanto à Terapia Ocupacional, 20 participantes apontam como sendo utilizada ocasionalmente, 10 afirmam que é utilizada de forma frequente, 7 que raramente é usada e 5 que nunca é utilizada. No que respeita à Terapia da Fala, 25 participantes afirmam que é um serviço mobilizado ocasionalmente, 11 que é usado frequentemente, 1 afirma que é sempre utilizado, 2 que é raramente utilizado e 4 que não utilizam esse serviço. No que se refere à Avaliação e Acompanhamento Psicológico, 24 salientam que este apoio é utilizado às vezes, 12 afirmam que é utilizado com frequência, 5 que é sempre utilizado e 1 que raramente é utilizado.

Por último, quanto ao Acompanhamento Psiquiátrico, 15 participantes afirmam que é uma atividade utilizada raramente e às vezes, 4 que é utilizada frequentemente e 8 que nunca é utilizada.

De salientar ainda que, assim como na questão anterior, 3 dos inquiridos não responderam.



**Legenda de Apoio**

a) Apoio especializado como professor de educação especial; b) Terapia ocupacional c) Terapia da fala; d) Avaliação e acompanhamento psicológico; e) Acompanhamento psiquiátrico; F) Outra: qual?

**Gráfico 13 – Frequência de Mobilização de Atividades Não Docentes**

	Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a)	0	0	0	0	10	3,3%	20	6,7%	15	5%
b)	5	1,7%	7	2,3%	20	6,7%	10	3,3%	0	0
c)	4	1,3%	2	0,6%	25	8,3%	11	3,6%	1	0,3%
d)	0	0	1	0,3%	24	8%	12	4%	5	1,7%
e)	8	2,6%	15	5%	15	5%	4	1,3%	0	0
f)	0	0	0	0	10	3,3%	20	6,7%	15	5%
g)	5	1,7%	7	2,3%	20	6,7%	10	3,3	0	0

**Tabela 13 – Frequência de Mobilização de Atividades Não Docentes**

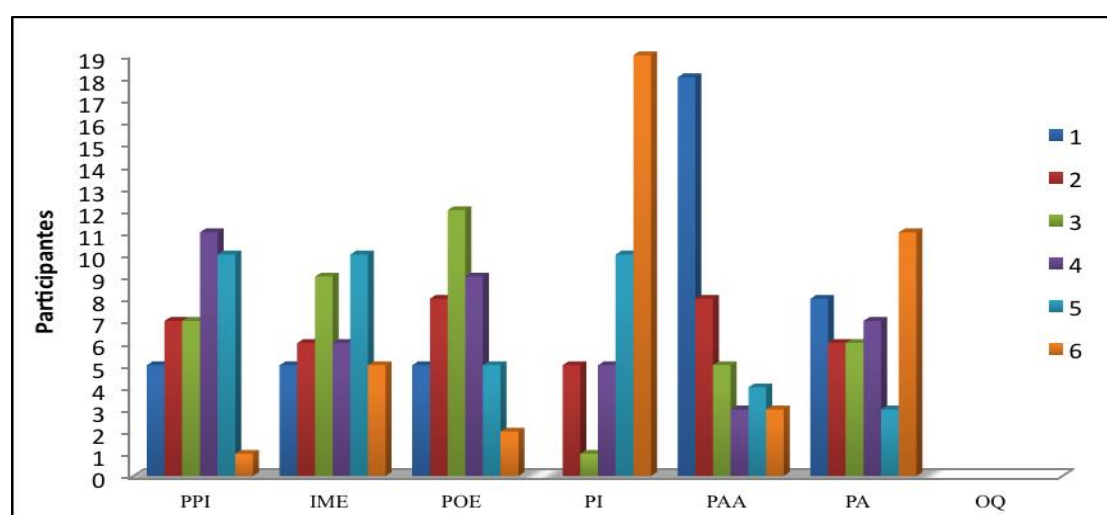
No âmbito da educação especial, as atividades não docentes devem ser desenvolvidas e orientadas por técnicos com formação profissional adequada. Verifica-se, através dos dados adquiridos pelos inquiridos (gráfico e tabela 13), é possível confirmar que as atividades não docentes são uma presença na vida da criança autista. A existência desta, ajuda a complementar a aprendizagem e desenvolvimento da criança. Porém, é de salientar, que segundo os dados a presença destas atividades não são tão frequentes como deveria ser. Por exemplo, toda a criança autista deveria ter sempre apoio especializado com o professor de educação especial.

A terapia ocupacional centra-se no melhoramento das habilidades sensoriais e motoras da criança. A terapia da fala ajuda a criança com PEA a falar e, acima de

tudo, a compreender e a utilizar a linguagem para comunicar. Esta é uma tarefa difícil, uma vez que é necessário salientar que a comunicação é tão verbal como “não verbal”. Esta tem como objetivo introduzir, desenvolver e manter habilidades que permitam a criança autista participar de forma autónoma nas atividades diárias.

A terapia da fala nas crianças autistas pode intervir em anomalias linguísticas específicas, tal como a ecolália ou o mutismo. Tem como objetivo diminuir a frequência das formas pré-simbólicas não convencionais (gritos), substituindo-as por linguagem. Na criança que apresenta linguagem oral, esta terapia foca-se fundamentalmente no desenvolvimento da compreensão e expressão verbal.

No que concerne à opinião dos participantes relativamente aos objetivos e estratégias utilizadas no contexto educativo com crianças com PEA, a frequência de respostas foi reduzida, uma vez que 6 não responderam e nenhum acrescentou nenhuma estratégia que se pudesse incluir no processo de apoio a crianças com PEA. De entre as respostas fornecidas, destacam-se os objetivos promover a Interdisciplinidade e Promover a Autonomia e a Adaptação ao Contexto por apresentarem valores muito baixos comparativamente aos dos restantes objetivos, nos quais se verifica uma maior consonância de opiniões (gráfico e tabela 14).



#### Legenda de Apoio

PPI – Promover a participação individual e em grupo; IME – Implementar um modelo estruturado na sala de aula; POE – Promover a organização do espaço, tempo, materiais e atividades; PI – Promover a interdisciplinidade; PAA – Promover a autonomia e a adaptação ao contexto escolar; PA – Promover adequações; OQ – Outra. Qual?

1- Mais importante, 6 – Menos importante, sendo 2,3,4 e 5 os intervalos entre o 1 e o 6.

**Gráfico 14** – Ordem da importância dada aos Objetivos/Estratégias que respondam às necessidades da criança com PEA

	1		2		3		4		5		6	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PPI	5	2,1%	7	2,8%	7	2,8%	11	4,5%	10	4,1%	1	0,4%
IME	5	2,1%	6	2,4%	9	3,4%	6	2,4%	10	4,1%	5	2,1%
POE	5	2,1%	8	3,3%	12	5%	9	3,4%	5	2,1%	2	0,8%
PI	0	0	5	2,1%	1	0,4%	5	2,1%	10	4,1%	19	8%
PAA	18	7,4%	8	3,3%	5	2,1%	3	1,2%	4	1,6%	3	1,2%
PA	8	3,3%	6	2,4%	6	2,4%	7	2,8%	3	1,2%	11	4,5%
OQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

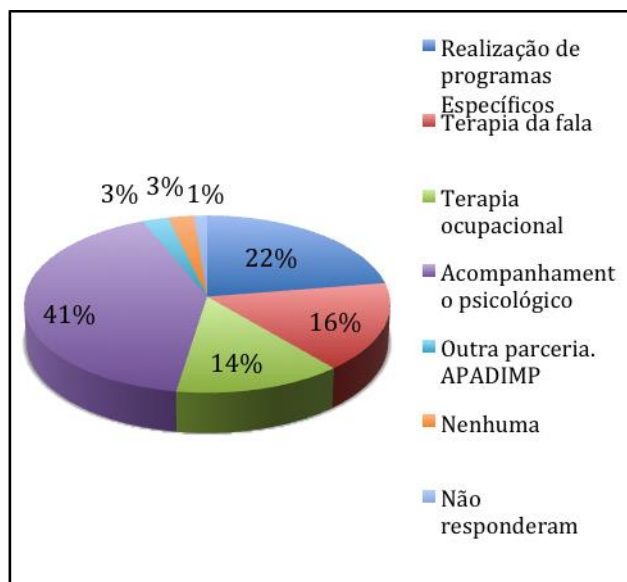
**Tabela 14** – Ordem da importância dada aos Objetivos/Estratégias que respondam às necessidades da criança com PEA

A educação de uma criança autista é uma experiência singular e que exige muito do docente, uma vez que a programação pedagógica dessas crianças deve estar centrada nas suas necessidades, ser direcionada para o desenvolvimento das suas habilidades e competências, favorecer o seu bem estar emocional e equilíbrio pessoal de forma harmoniosa, e ter como meta principal a sua introdução ou aproximação a um mundo de relações humanas significativas.

“A educação deve procurar encontrar formas de conseguir atingir os mesmos fins através de vias acessíveis à criança autista” (Jordan, 2000, p.23). Segundo o mesmo autor faz parte do papel do professor desenvolver estratégias de forma a que a criança autista consiga se integrar-se, socializando com os seus pares.

As estratégias de educação devem ir de encontro às necessidades e interesses da criança autista, procurando recorrer a ações com o objetivo de adquirir competências. Segundo os inquiridos, a estratégia e o objetivo mais utilizado é a promover a autonomia e a adaptação ao contexto escolar.

No que concerne à opinião dos inquiridos quanto à importância das parcerias na resposta às necessidades das crianças com PEA (gráfico e tabela 15), verificamos que 41% referem o Acompanhamento Psicológico, 22% a Realização de Programas Específicos, 14% a Terapia Ocupacional, 16% a Terapia da Fala, 3% a APADIMP (Associação de Pais e Amigos dos Diminuídos Mentais de Penafiel) ou a nenhuma parceria. 1% dos inquiridos não responderam à questão.



**Gráfico 15** – Parcerias existentes com a Escola

	Nº	%
Realização de programas Específicos	18	22%
Terapia da fala	13	16%
Terapia ocupacional	11	14%
Acompanhamento psicológico	33	41%
Outra parceria. APADIMP	2	3%
Nenhuma	2	3%
Não responderam	1	1%

**Tabela 15** – Parcerias existentes com a Escola

As parcerias são, uma ação coletiva, uma forma de cooperação, uma ponte para articular relações sociais e conteúdos diversificados. Estas devem ser dispositivos facilitadores e estruturadores “das articulações e contributos de uma orientação educativa integrada, multidimensional e socialmente coerente” (Rodrigues & Stoer, 2000, p. 1).

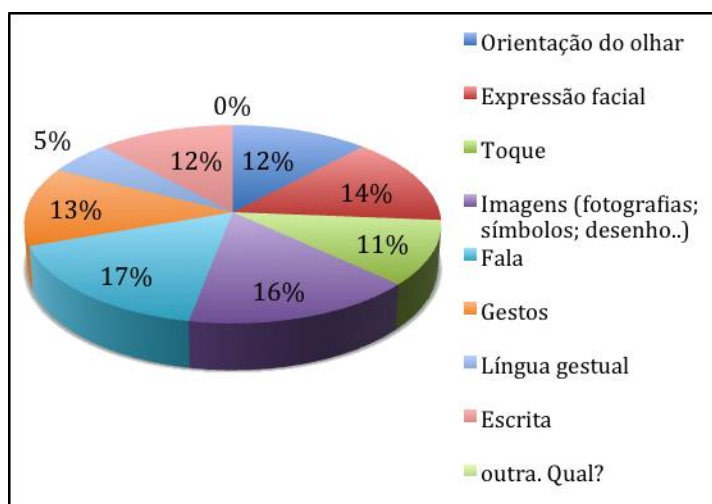
De acordo com estes autores, uma parceria exige dedicação e tempo e o seu desenvolvimento depende da capacidade mútua. Apesar dos riscos de conflitualidade, uma parceria pode privilegiar a negociação de interesses e a procura de formas comuns de atuação, tendo em vista as necessidades e potencialidades da criança.

### III – Integração e Comunicação na Sala de Aula

Na última fase de auscultação dos inquiridos, procuramos analisar o modo como comunicam e integram a criança na sala de aula. Tendo em consideração os resultados obtidos, visíveis no gráfico e na tabela 16, seguidamente apresentado, concluímos que, no que concerne às formas de comunicação utilizadas, a fala é a ferramenta mais comum, com 17% das respostas. 16% dos sujeitos utilizam

imagens, 14% a expressão facial, 13% os gestos, 12% a escrita e a orientação do olhar, 11% o toque e 5% a língua gestual.

De salientar que, dos participantes inquiridos, 1 não respondeu.



**Gráfico 16** – Formas de Comunicação utilizadas na Sala de Aula com a criança com PEA

	Nº	%
Orientação do olhar	26	12%
Expressão facial	31	14%
Toque	23	11%
Imagens (fotografias; símbolos; desenho..)	35	16%
Fala	36	17%
Gestos	28	13%
Língua gestual	12	5%
Escrita	26	12%
Outra Qual		0%

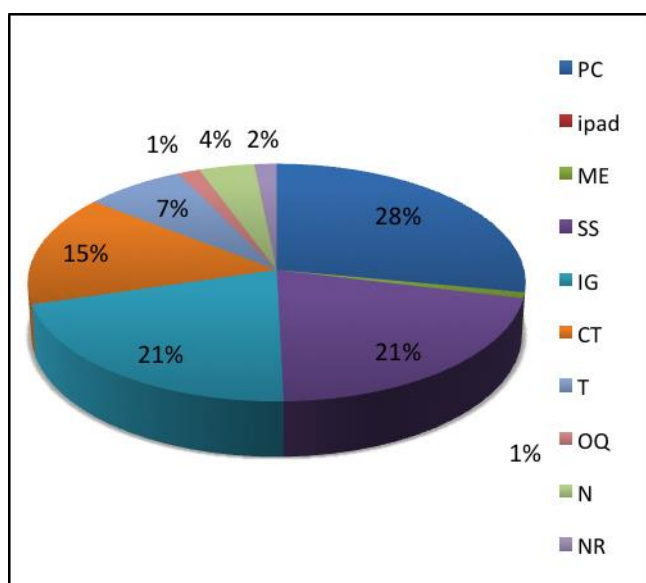
**Tabela 16** – Formas de Comunicação utilizadas na Sala de Aula com a criança com PEA

Como já foi referido anteriormente, a comunicação é fundamental na vida de qualquer criança, e, para que haja comunicação é preciso estar atento aos sinais, por mais discretos que possam ser, da outra pessoa. Assim sendo, as expressões faciais e corporais facilitam a interação social e podem também ajudar na compreensão e socialização da criança autista. É de salientar que, para a criança autista, a comunicação oral é das mais difíceis de realizar (estima-se que cerca de 50% dos autistas não conseguem desenvolver a linguagem verbal) e, por isso, é fundamental recorrer, sempre que necessário, a outras formas comunicacionais. Cabe ao professor, entre outros agentes educativos, explorar e avaliar as diferentes ferramentas comunicacionais de que dispõe, adequando-as às necessidades e características das crianças autistas que acolhe no espaço sala de aula. É necessário reforçar que as crianças são todas diferentes e, por isso, têm necessidades diferentes, mas aprender a comunicar é um primeiro passo elementar.

Como referido, a aprendizagem e recurso à fala pode tornar-se uma tarefa complicada para as crianças autistas e, por isso, é necessário utilizar estratégias diferenciadas para que esse processo possa decorrer de forma positiva. Uma grande parte das crianças autistas percebe melhor as palavras quando as vê escritas e, por

isso devemos ensiná-la a comunicar com a ajuda de imagens ou com recurso à língua gestual ou outro sistema comunicacional. A utilização dos gestos, por exemplo, pode auxiliar a criança a interagir com os diferentes agentes educativos, a adquirir determinadas aprendizagens e pode contribuir para o desenvolvimento da fala.

No que concerne aos recursos utilizados, e de acordo com o que podemos observar no gráfico 17, o computador é o recurso mais utilizado na sala de aula com 28%, seguindo-se as imagens ou gráficos e o sistema de símbolos com 21%, os cartões de transição com 15%, os tabuleiros com 7%, a máquina de escrever e jogos com 1%. 4% dos sujeitos afirmam que não é utilizado qualquer recurso na sala de aula e 2% não responderam à questão.



	Nº	%
PC	35	28%
ipad	0	0%
ME	1	1%
SS	26	21%
IG	26	21%
CT	19	15%
T	9	7%
OQ	1	1%
N	5	4%
NR	2	2%

**Gráfico 17** – Recursos utilizados na sala de aula com a criança com PEA

#### Legenda de Apoio

PC – Computador; Ipad e Tablet; ME – Máquina de Escrever; SS – Sistema de Símbolos; IG – Imagens ou gráficos; CT – Cartões de transição; T – Tabuleiros; OQ – Outro. Qual?; N- Nenhum; NR – Não Respondeu.

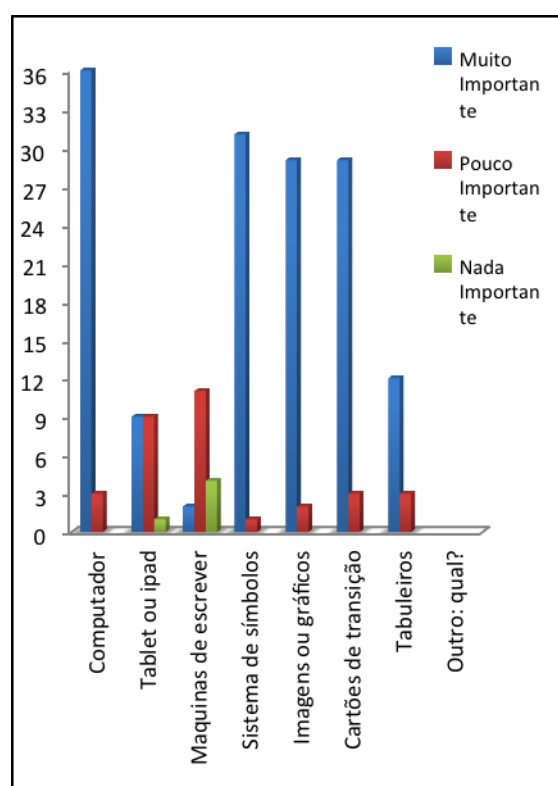
#### Gráfico 17 – Recursos utilizados na sala de aula com a criança com PEA

No gráfico e na tabela seguidamente apresentado, analisa-se a importância dos recursos utilizados com a criança com PEA na sala de aula. Deste modo, relativamente ao computador, 36 dos participantes consideram-no muito importante e 3 pouco importante. A Tablet ou ipad é, segundo 9 participantes, muito importante ou pouco importante e, para 1, nada importante. A Máquina de escrever é considerada por 11 participantes como pouco importante, por 4 como nada importante e por 2 como muito importante. Relativamente ao Sistema de Símbolos,

31 dos participantes consideram-no muito importante e apenas 1 o considera pouco importante. O recurso a Imagens ou Gráficos é visto por 29 participantes como muito importante e por 2 como pouco importante.

Quanto ao uso dos Cartões de transição 29 dos participantes referem que é muito importante e 3 que é pouco importante. Por último, 12 consideram os Tabuleiros como sendo muito importantes e 3 como sendo pouco importantes.

De salientar, ainda, que 4 dos participantes inquiridos não responderam à questão.



**Gráfico 18** – Importância dos recursos utilizados na sala de aula

	Muito I		Pouco I		Nada I	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Computador	36	19,5 %	3	1,6 %		
Tablet ou iPad	9	5%	9	5%	1	1,5 %
Máquinas de escrever	2	1%	11	6%	4	2,1 %
Sistema de símbolos	31	16,7 %	1	0,5 %	0	0
Imagens ou gráficos	29	15,6 %	2	1%	0	0
Cartões de transição	29	15,6 %	3	1,6 %	0	0
Tabuleiros	12	6,4%	3	1,6 %	0	0

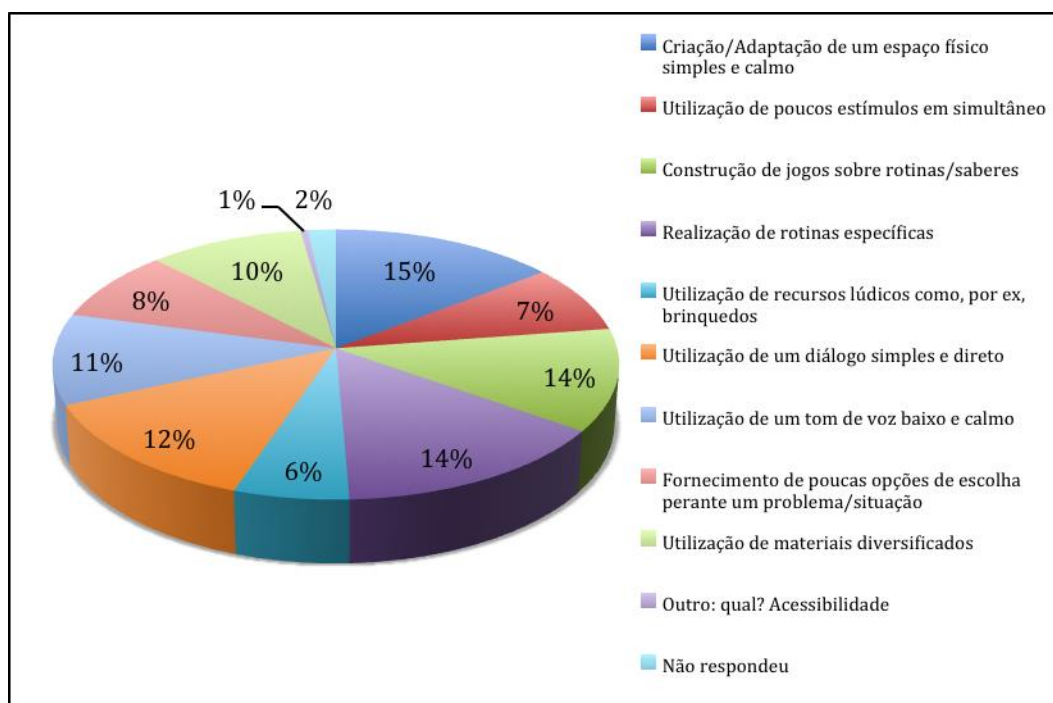
**Tabela 18** – Importância dos recursos utilizados na sala de aula

Os gráficos e tabelas 17 e 18 salientam os recursos utilizados com a criança com PEA na sala de aula. Através da análise dos mesmos, podemos observar que os docentes possuem conhecimentos sobre os mesmos e que são utilizados com a criança.

É de salientar que os recursos utilizados ajudam a complementar as estratégias, permitindo ao docente motivar a criança para novas aprendizagens. Os materiais/recursos didáticos são importantes porque podem aumentar significativamente o desempenho do aluno ao auxiliá-lo, ajudando no seu

desenvolvimento. Estes, podem acrescentar uma estrutura importante ao planeamento das atividades/aulas e à entrega de instruções.

Pela análise do gráfico e da tabela 19 - “Estratégias Educativas utilizadas na Sala de Aula” é possível constatar que 14% recorrem a rotinas específicas e a jogos como estratégias educativas na sala de aula, à 15% à criação/adaptação de um espaço físico simples e calmo; 12% à utilização de um diálogo simples e direto, 11% à utilização de um tom de voz baixo e calmo; 10% ao uso de materiais diversificados; 8% ao fornecimento de poucas opções de escolha perante um problema/situação; 7% à utilização de poucos estímulos em simultâneo; 6% a recursos lúdicos e 1% à acessibilidade. 2% dos participantes não responderam à questão.



**Gráfico 19** – Estratégias Educativas utilizadas na Sala de Aula

	Nº	%
Criação/Adaptação de um espaço físico simples e calmo	32	15%
Utilização de poucos estímulos em simultâneo	18	7%
Construção de jogos sobre rotinas/saberes	27	14%
Realização de rotinas específicas	32	14%
Utilização de recursos lúdicos como, por ex, brinquedos	13	6%
Utilização de um diálogo simples e direto	29	12%
Utilização de um tom de voz baixo e calmo	24	11%
Fornecimento de poucas opções de escolha perante um problema/situação	19	8%

Utilização de materiais diversificados	22	10%
Outro: qual? Acessibilidade	1	1%
Não respondeu	4	2%

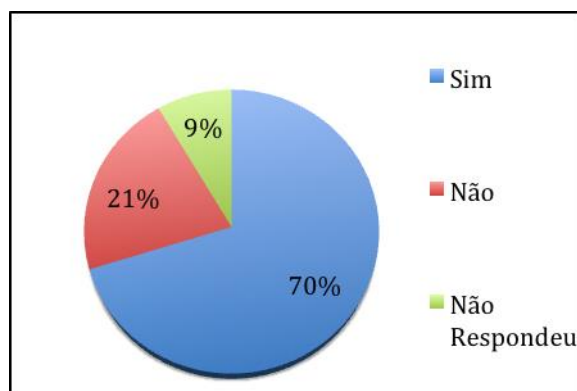
**Tabela 19** – Estratégias Educativas utilizadas na Sala de Aula

Segundo Roldão (2009), entende-se por estratégias um conjunto organizado de ações para a melhor consecução de uma determinada aprendizagem que visem levar os alunos a aprender e utilizar, de forma eficaz, os conteúdos curriculares respetivos.

Na opinião de Garcia e Rodriguez (1997), para que o autista supere as suas dificuldades é importante que sejam planeadas situações de ensino de forma estruturado, sendo este, dividido em pequenos passos e metas relativas a conteúdos que se pretende que a criança aprenda.

Na utilização de recursos lúdicos (gráfico e tabela 17 e 18) como estratégia de ensino (gráfico e tabela 19), temos presente a utilização do computador, que para Marques (2002), tem um papel importante na qualidade de vida da criança com PEA, principalmente no que respeita à abertura de novos horizontes, do desenvolvimento cognitivo, de aquisição e desenvolvimento de destreza.

O gráfico e a tabela 20, apresenta a opinião dos diferentes docentes quanto à adequação das estratégias e materiais utilizados na sala com a criança com PEA. Neste caso, é possível verificar que 70% dos dos participantes consideram que as estratégias e os materiais se adequam às necessidades da criança, enquanto 21% afirmam que não. 4 dos docentes não responderam à questão.

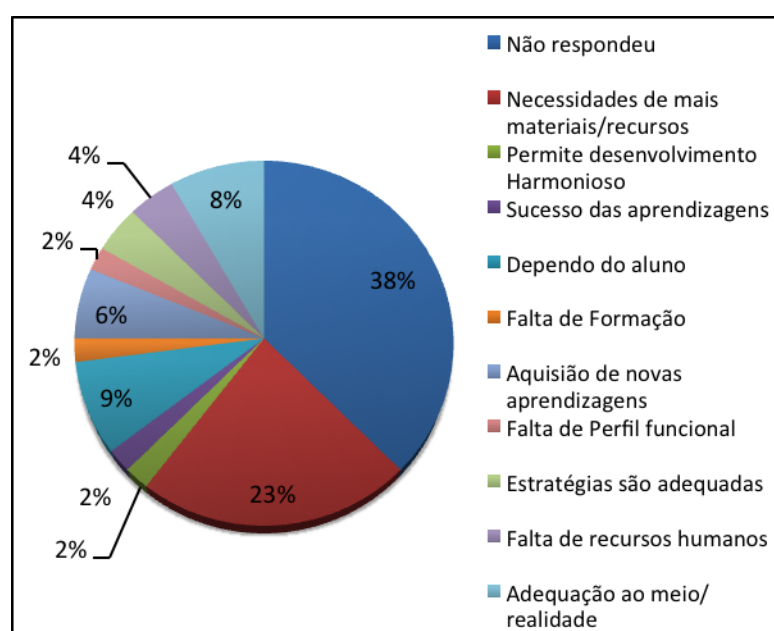


**Gráfico 20** – Adequação dos materiais e estratégias utilizadas com crianças com PEA

	Nº	%
Sim	33	70%
Não	10	21%
Não Respondeu	4	9%

**Tabela 20** – Adequação dos materiais e estratégias utilizadas com crianças com PEA

Pela análise do gráfico e da tabela 21 é possível verificar que existem divergências nas opiniões dos docentes no que se respeita à Justificação dada perante a adequação das estratégias utilizadas: 38% não responderam à questão; 23% afirmam que são necessários mais materiais/recursos; para 9% as estratégias dependem do aluno; 8% consideram que as estratégias se adequam ao meio/realidade; para 6% as estratégias permitem a aquisição de novas aprendizagens; 4% afirmam que as estratégias são adequadas mas que faltam recursos humanos; 2% mencionaram a falta de perfil funcional, a falta de formação, o sucesso da aprendizagem e o desenvolvimento harmonioso.



**Gráfico 21** – Justificação da adequação das estratégias

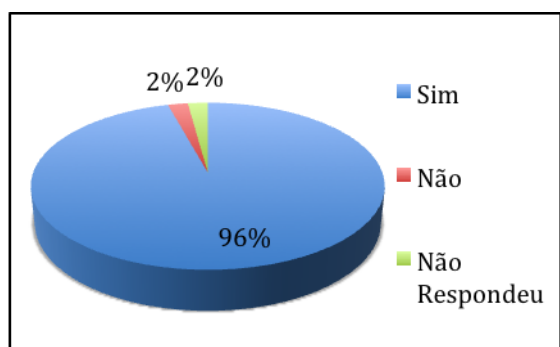
	Nº	%
Não Respondeu	18	38%
Necessidades de mais materiais/recursos	11	23%
Permite desenvolvimento harmonioso	1	2%
Sucesso das aprendizagens	1	2%
Depende do aluno	5	9%
Falta do formação	1	2%
Aquisição de novas aprendizagens	3	6%
Falta de perfil funcional	1	2%
Estratégias são adequadas	2	4%
Falta de recursos humanos	2	4%
Adequação ao meio/realidade	4	8%

**Tabela 21** – Justificação da adequação das estratégias

Quando cruzamos a informação adquirida neste gráfico com o anterior (gráfico 20 e 19), apercebemo-nos de que a maioria dos docentes acredita que as suas estratégias utilizadas com a criança autista são adequadas, mas não justificam a sua resposta. De referir ainda que alguns dos inquiridos consideram que as estratégias utilizadas não são adequadas, apresentando como principal motivo a falta de materiais/recursos.

As estratégias referem-se aos meios utilizados pelos docentes na articulação do processo de ensino, de acordo com cada atividade e dos resultados esperados. Segundo Anastasiou e Alves (2004), as estratégias tem que ter em vista objetivos específicos, e que devem ser claros no momento de aprendizagem. E ao trabalhar com a criança autista, por vezes, um objetivo pode e deve ser dividido em diversas etapas de forma a que a criança vá realizando até conseguir adequar o aprendizado pretendido.

Relativamente à realização de reuniões entre a equipa docente (gráfico 22), verificamos que: 96% das escolas efetuam reuniões entre os docentes titulares de turma e os docentes de Educação Especial. Contudo, 2% dos participantes não responderam à questão.

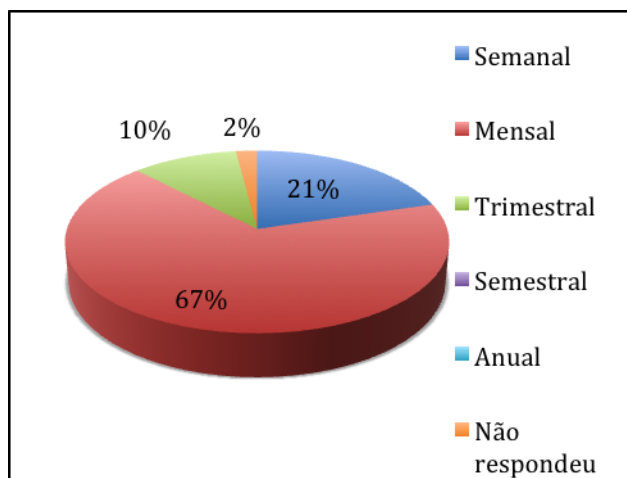


**Gráfico 22** – Reuniões entre a equipa docente

	Nº	%
Sim	45	96%
Não	1	2%
Não Respondeu	1	2%

**Tabela 22** – Reuniões entre a equipa docente

No gráfico e tabela 23 pode constatar-se que 67% dos participantes afirmam que as reuniões na escola são mensais; 21% afirmam que são semanais; 10% afirmam que são trimestrais e 2% dos participantes não responderam à questão.



	Nº	%
Semanal	10	21%
Mensal	33	67%
Trimestral	5	10%
Semestral	0	0%
Anual	0	0%
Não respondeu	1	2%

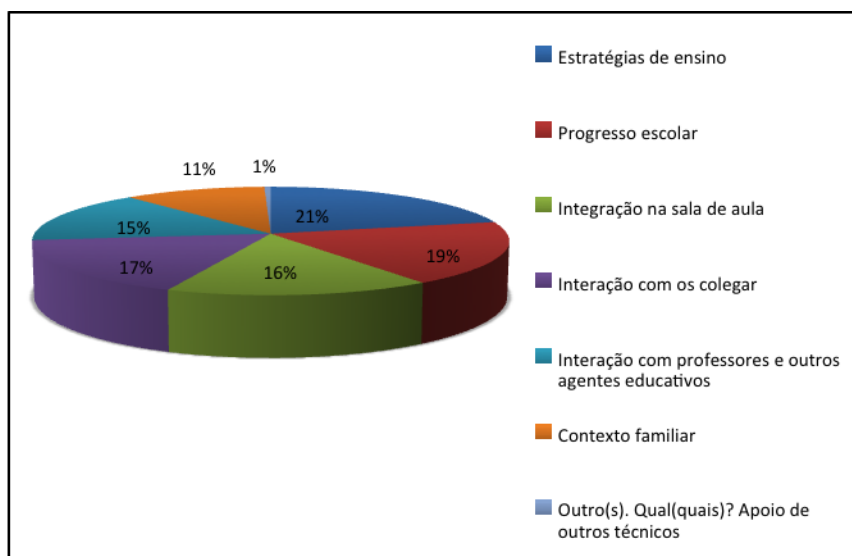
**Gráfico 23** – Frequência da(s) reunião(ões)

**Gráfico 23** – Frequência da(s) reunião(ões)

Ao cruzar os dados é notório que os inquiridos realizam reuniões com os restantes docentes com alguma regularidade, na sua maioria mensal. Porém, há uma questão que se eleva – “Será que as reuniões mensais são suficientes para um bom acompanhamento da criança autista?”.

As reuniões entre docentes são essenciais para a progressão de desenvolvimento da criança. Segundo Torres (2007, p.45) “*As reuniões pedagógicas vêm sendo apontadas como espaço privilegiado para as ações partilhadas do coordenador pedagógico com os professores, nas quais ambos se debruçam sobre as questões que emergem da prática, refletindo sobre elas, buscando-lhes novas respostas e novos saberes, ao mesmo tempo*” Desta forma, as reuniões pedagógicas são um espaço privilegiado para a discussão da prática pedagógica, bem como um ambiente propício para a reflexão, para a busca de soluções dos problemas que surgem e para o compartilhamento de novas metodologias de ensino.

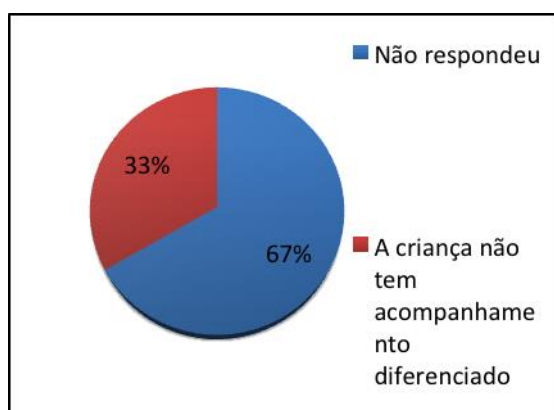
No que concerne aos temas abordados nas reuniões (gráfico e tabela 24), verifica-se que as estratégias de ensino são como principal temática abordada nas reuniões, seguindo-se o progresso escolar, a interação com os colegas, a integração na sala de aula, a interação com professores e outros agentes educativos e o contexto familiar. Apenas 1 docente refere o apoio de outros técnicos e 1 dos participantes não respondeu.



**Gráfico 24** – Principais temáticas abordadas na(s) reunião (ões)

	Nº	%
Estratégias de ensino	43	21%
Progresso escolar	38	19%
Integração na sala de aula	32	16%
Interação com os colegas	34	17%
Interação com professores e outros agentes educativos	31	15%
Contexto familiar	22	11%
Outro(s). Qual(uais)? Apoio de outros técnicos	1	1%

Dos sujeitos inquiridos que referiram não realizar reuniões (2%), 33% afirmam que a criança não tem acompanhamento diferenciado e 67% não especificaram o motivo da não realização das reuniões. Estes dados podem ser observados no gráfico 25, seguidamente apresentado.



	Nº	%
Não respondeu	2	67%
A criança não tem acompanhamento diferenciado	1	33%

**Tabela 25** – Motivos da não realização das reuniões

**Gráfico 25** – Motivos da não realização das reuniões

## 7 DISCUSSÃO E SÍNTESE DOS RESULTADOS

No decorrer da investigação, e após a apresentação e análise dos dados recolhidos, das opiniões dos inquiridos no que se refere à criança autista, surge de novo a pergunta de partida “Quais as respostas da comunidade educativa face às necessidades da comunicação da criança autista?”, sendo a partir desta que surgiram as hipóteses e todas as questões compiladas no inquérito.

Consciente da limitação do estudo, nomeadamente no que se refere à representatividade da amostra, pretende-se, no entanto, que as hipóteses levantadas e as suas respostas possam ser um contributo para o esclarecimento sobre o autismo e as respostas educativas que lhes são cedidas.

Assim, ao longo do trabalho pretende-se confirmar ou não as hipóteses levantadas, relacionando-as com os resultados obtidos, tentando fazer uma análise e interpretação dos mesmos.

Desta forma, relativamente à hipótese 1 - **A comunidade educativa não identifica nem intervém de forma eficaz nas necessidades comunicacionais e de socialização da criança com autismo** - verificamos que se confirma de forma parcial, uma vez que, ao analisar os resultados obtidos, consideramos que ainda há um longo caminho a percorrer para que a comunicação e socialização da criança com PEA seja identificada de forma eficaz e que tenha uma intervenção adequada. É necessário compreender que a comunicação pode e deve ser feita de diversas formas e não só através da fala, sobretudo quando os sujeitos manifestam algum tipo de dificuldade na utilização desta ferramenta comunicacional, tal como se verifica para muitas das crianças autistas. É notório que os professores já tentam utilizar na sala de aulas outras formas de comunicação, mas a fala continua a ser o meio mais utilizado. No entanto, também já utilizam as imagens (16%) e a expressão facial (14%) como forma de comunicação da criança autista com os pares, fazendo com que esta se integre, socializando com os que a rodeiam. Utilizam ainda sistema de símbolos que permite que a criança aprenda e comunique com os seus pares.

É de salientar que a comunicação é um instrumento essencial para a integração e para a vida em sociedade, e a criança com PEA revela uma enorme

dificuldade em comunicar, sendo este um desafio para o professor e para os que a rodeiam. Desta forma, torna-se importante o estabelecimento de parcerias com outras instituições assim como, a realização de atividades não docentes.

Relativamente às atividades não docentes, segundo os inquiridos estas existem, sendo o apoio especializado com professor de educação especial a mais frequente. Nas parcerias, o que predomina é o acompanhamento psicológico.

O apoio do professor de educação especial é fundamental no desenvolvimento da criança com autismo, é uma mais-valia para ajudar a desenvolver as suas competências e a sua autonomia, desta forma, toda a criança com autismo deveria ter o apoio do mesmo e de forma regular. E segundo o gráfico e tabela 13, nem sempre é utilizado.

No que concerne à hipótese 2 - **A comunidade educativa não adota métodos e estratégias eficazes para o sucesso escolar da criança com autismo** - ao analisar os resultados obtidos, podemos considerar que também se confirma parcialmente. É notório que existe, por parte dos professores, interesse em auxiliar a criança a desenvolver-se de forma plena, o que passa, entre outras estratégias, pela formação especializada. Pela análise dos dados recolhidos, constatamos que 60% tem dos mesmos tem formação em educação especial, sendo na sua maioria no domínio cognitivo-motor (67%).

Atualmente, existem medidas educativas que podem e devem ser adotadas para ajudarem a criança com autismo no seu desenvolvimento. Segundo os inquiridos, as medidas que são maioritariamente utilizadas com a criança com PEA são: a adequação no processo de avaliação e o apoio pedagógico individual.

Os recursos educativos e as estratégias são, também, assuntos de estudo e reflexão, pois é nestes que reside o desenvolvimento da criança autista, assim como, o sucesso escolar da mesma. Desta forma, pode-se verificar que os docentes utilizam de forma frequente e predominante a construção de jogos sobre rotinas/saberes (14%), assim como a realização de rotinas específicas (14%). Com esta análise, é perceptível que as rotinas são valorizadas, sendo estas que sustentam a estabilidade emocional da criança, permitindo a sua aprendizagem. O computador (28%), as imagens (21%) e o sistema de símbolos (21%) são os recursos mais utilizados pelos professores para ajudar a criança no seu aprendizado.

Relativamente ao sucesso escolar, é notório, através da análise dos dados que, apesar do professor considerar que adota medidas e estratégias apelativas na sala de aula, estas não parecem ser suficientes para promover o sucesso escolar da criança, uma vez que esta ainda fica retida, por vezes mais do que uma vez, ao longo do seu percurso escolar. Segundo os inquiridos, os principais motivos das retenções centram-se na imaturidade e incapacidade para consolidar os objetivos (14%) e melhorar as competências de aprendizagem (8%). É de salientar que a falta de formação (6%), a falta de diagnóstico (3%) e as estratégias desadequadas (3%), também foram apontadas como motivos para a retenção da criança com PEA.

No entanto, é de salientar que o insucesso escolar é o resultado de um conjunto de fatores que atuam de modo coordenado, já que nenhum deles isoladamente o conseguiria provocar.

Desta forma, é necessário que haja uma reflexão sobre o porquê das retenções, sobre o que há a melhorar para as minimizar e sobre o que fazer e como fazer para ajudar a criança autista no seu desenvolvimento pleno.

**Hipótese 3 - Existe falta de articulação de informação entre os professores do ensino regular e os professores de educação especial relativamente ao percurso educativo do aluno com autismo** - esta não se confirma, uma vez que os inquiridos referem a existência frequente de reuniões e, portanto, a consequente articulação entre todos os docentes. No entanto, será que as reuniões que existem são o suficiente? Serão produtivas? Serão os assuntos abordados nas mesmas os mais adequados? Estas são algumas questões que ficam por responder, porém, acredito que as reuniões deverão existir com maior regularidade de forma a poder acompanhar o progresso e desenvolvimento da criança a todos os níveis.

Por vezes, as reuniões nas escolas não alcançam de facto os seus objetivos, quando os seus envolvidos cumprem um papel meramente formal. Ou seja, participam das reuniões por obrigação, e não porque vêm nelas um espaço para crescimento enquanto educadores/coordenadores e, assim de tudo, um apoio para o bom desenvolvimento da criança.

O andamento das reuniões, são por vezes, dificultadas por quem as conduz, levando, por vezes para temas menos importantes. Nas reuniões, o foco deve ser a criança, o seu desenvolvimento e integração não nos professores.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento social humano é baseado na comunicação, é reforçada, então, a importância de desenvolvê-la nas crianças com PEA, pois ajuda-as na sua integração na sociedade. Segundo os estudiosos, o Autismo é definido por graus, podendo evoluir de forma positiva, mudando o grau de avaliação, quando a criança é estimulada a comunicar-se desde a infância, podendo até mesmo permitir que esta tenha uma vida social, normal, quando adolescente.

Para uma comunicação deve levar-se em conta aspectos importantes “como” comunicar-se, “para que” a função da comunicação. No autista, uma forma de tentar com que este comunique, passa por identificar e utilizar os seus interesses e criar situações de necessidade para que ele sinta a falta desta comunicação. A função comunicativa é muito importante para o autista compartilhar os seus estados mentais e para que eles possam exprimir-se.

A importância da comunicação na vida dos autistas é essencial para a independência, para que eles não sofram por não serem entendidos ou frustrados quando lhes oferecem coisas que não lhes despertam interesse.

Nesta fase final da investigação, é possível verificar que a comunidade educativa está atenta a estas crianças, tentando ir de encontro às suas necessidades, ajudando-as com os recursos de que dispõe. No entanto, é de salientar, que as escolas ainda não se encontram totalmente preparadas e equipadas para receber estas crianças, sendo necessário, não só uma maior formação no grupo de docentes com vocação nesta área, assim como, uma maior aposta na variedade e atualização dos recursos materiais e humanos, ou seja, contar ativamente com a ajuda de terapeutas, médicos, psicólogos, entre outros profissionais cujos conhecimentos possam ser úteis na fase educativa da criança com PEA.

É fundamental, que o docente tenha expectativas reais em relação ao desenvolvimento da criança autista, isto é, das metas que esta pode alcançar. Torna-se necessário compreender e aceitar que as crianças têm ritmos diferentes de aprendizagem, assim como ter em conta certas situações perturbadoras que, por

vezes, podem condicionar a sua aprendizagem. O docente tem de salvaguardar que as atividades devem-se desenrolar por fases, de forma simples e clara para a criança.

A perturbação do espectro do autismo quanto mais cedo for identificada, mais cedo permite que a criança possa ser devidamente acompanhada de modo a potenciar o seu desenvolvimento através da redução de comportamentos inadequados e o reforço daqueles que contribuem para a inserção da criança com PEA na sociedade.

Desta forma, o docente e toda a comunidade são os promotores do desenvolvimento da comunicação/socialização da criança com autismo, ajudando-a na redução de comportamentos estereotipados. Cabe ao docente e à comunidade educativa realizar atividades que estimulem a comunicação e o desenvolvimento da criança autista a todos os níveis.

Neste sentido cabe ao professor um papel determinante, quer na identificação e caracterização das problemáticas, quer na definição de processos educativos, adaptados aos desempenhos da criança e nunca às suas limitações, ou seja, adequar as metas e objectivos aos níveis de desempenho da criança ou adolescente com deficiência. Como tal, torna-se indispensável que o professor procure actualizar-se continuamente por forma a poder responder a estas problemáticas utilizando estratégias adequadas à minimização das mesmas. Há que contornar os medos, indiferenças e ignorâncias (Vieira e Pereira, 2007).

Neste aspeto, a relação professor/aluno também é um importante meio para retirar a criança autista do seu isolamento. Para Schwartzan e Assunção Junior (1995), quanto mais significativos para a criança forem os seus professores, maiores serão as chances dela promover novas aprendizagens, ou seja, ela só ganhará dimensão educativa quando ocorrer uma interação entre o aluno autista e o professor.

Em cada aula, o professor deve estabelecer uma rotina e segui-la, contando com o apoio da coordenação e supervisão na definição das atividades adequadas ao grupo.

O professor terá que assumir sempre uma postura de calma e continência diante de problemas ou de uma crise da criança, transmitindo segurança e controle da situação.

Em suma, se é importante, para qualquer criança ter professores competentes, inovadores e atualizados, muito mais o é para a criança autista. Pois

esta conseguirá desenvolver-se e progredir tanto mais quanto mais os seus professores estiverem dispostos a aprender sobre as suas dificuldades e em saber como fazer reverter o insucesso em sucesso. Deste modo, este projeto constitui-se como uma mais valia para a minha formação como docente, podendo intervir de forma mais adequada junto da criança autista.

Contudo, este projeto possui como limitações, a quantidade da amostra, assim como, a ausência e participação dos pais no mesmo. Desta forma. Num futuro projeto, este estudo poderia, também ser alargado aos pais e a crianças de outras faixas etárias.

## 9 BIBLIOGRAFIA

- BAUTISTA, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- COELHO, A. M., & AGUIAR, A. I. (2011). *Intervenção Psicoeducacional Integrada nas Perturbações do Espectro do Autismo – Um Manual para os Pais e Profissionais*. Porto: Medesign - Edições e Design de Comunicação, Lda.
- CORREIA, L. M. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – Um guia para educadores e professores (2ª edição ed.)*. Porto: Porto Editora.
- GARCIA, T. & RODRÍGUEZ (1997). *A criança autista* in BAUTISTA (coord) *Necessidades Especiais*. Lisboa: DinaLivro.
- HEWITT, S. (2006). *Compreender o Autismo – Estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*. Porto: Porto Editora.
- INÊS, S.-S. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- JORDAN, R. (2000). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, Ministério da Educação.
- JORDAN, R., & POWELL, S. (1994). *Educautisme. Módulos a Comunicação nos Autistas - versão experimental*. Coimbra: APPDA.
- LAKATOS, E. M., & MARCONI, M. A. (2001). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- LIMA, C. B. (2012). *Perturbação do Espectro do Autismo: Manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel.
- MARQUES, C. E. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Inteveção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo. Normas Orientadoras*. Lisboa: DGIC.

OZONOFF, S., ROGERS, S. J., & HENDREN, R. L. (2003). *Perturbações do espectro do autismo. Perspectivas de Inverstigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores.

OLIVEIRA, J. H. (2009). *Psicologia da Educação 3. Temas Complementares*. Porto: Livpsic.

QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida.

PEREIRA, F. (2008). *Educação Especial Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: dgide.

PEREIRA, M. C. (2005). *Autismo. Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. v. N. Gaia: Gaialivro.

RIVIERE, A. (1994). *El desarrollo y la educación del niño autista*. Madrid: Alianza Editorial.

RIGOLET, S. A. (2006). *Para uma Aquisição Precoce e Optimizada da Linguagem – Linhas de orientação para crianças até 6 anos (2ª Edição ed.)*. Porto: Porto Editora.

ROLDÃO, M. C (2009). *Estratégias de Ensino: O saber e o agir do professor*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.

RODRIGUES, F., & STOER, S. (2000). *A emergência de uma cultura de parceria*. de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56686/2/74430.PDF>

SANCHES, I. R. (1995). *Professores de Educação Especial - da formação às práticas educativas*. Porto: Porto Editora.

SOUSA, MARIA GORETI da SILVA. *A formação continuada e suas contribuições para a profissionalização de professores dos anos iniciais do ensino fundamental de Teresina- Pi: revelações a partir de histórias de vida.* 2008, 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação -UFPI).

SCHWARTZMAN, Salomão J. *Autismo Infantil.* Brasília, Corde, 1994.

TETZCHNER, S. V., & MARTINSEN, H. (2000). *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa.* Porto: Porto Editora.

TORRES, SUZANA RODRIGUES.(2007). *Reuniões Pedagógicas: Espaço de Encontro entre Coordenadores e Professores ou Exigência Burocrática?* In:

WILLIAMS, C., & WRIGHT, B. (2008). *Convivendo com Autismo e Síndrome de Asperger – Estratégias Práticas para Pais e Profissionais.* São Paulo: M.Books.

## **WebGrafia**

<http://www.viablog.org.br/os-desafios-da-crianca-autista-naeducacao/#sthash.tL12FFBX.dpuf>

<http://www.webartigos.com/artigos/cuidado-a-crianca-autista-a-importancia-da-comunicacao-entre-o-enfemeiro-e-o-paciente/55028/#ixzz3F1JH9v00>

## **10 ANEXOS**