



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**CENTRO REGIONAL DE BRAGA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

# **O Autoconceito em jovens com Síndrome de Asperger**

## **II Ciclo de Estudos em Ciências da Educação** **Educação Especial**

**Ana Rita Janela de Araújo Rodrigues**

Orientadora:

Professora Doutora Filomena Ermida de Ponte

Braga, 2013



## DECLARAÇÃO DE HONRA

### Entrega de dissertação ou relatório

Ana Rita Janela de Araújo Rodrigues, número: 232711257 do II Ciclo de Estudos em Ciências da Educação – Educação Especial, declara por sua honra que o trabalho apresentado é de sua exclusiva autoria, é original, e todas as fontes utilizadas estão devidamente citadas e referenciadas, que tem conhecimento das normas e regulamentos em vigor<sup>1</sup> na Faculdade de Ciências Sociais e que tem consciência de que a prática voluntária de plágio, auto-plágio, cópia e permissão de cópia por outros constituem fraude académica.

Braga, 28/11/2013

---

(assinatura)

---

<sup>1</sup> **Artigo 13º do Regulamento de Avaliação**  
**Fraude**

1. A fraude em qualquer prova de avaliação implica uma classificação final de zero valores e impedirá o aluno de se apresentar a qualquer forma de avaliação na mesma unidade curricular na mesma época de exames em que a fraude ocorreu.
2. A ocorrência de fraude terá de ser comunicada, pelo docente responsável pela avaliação e respectivo vigilante, à Direcção da Faculdade com especificação das seguintes informações: tipo de prova de avaliação, data, nome e número do aluno em causa e descrição sumária da ocorrência anexando eventuais comprovativos da fraude.
3. A ocorrência destas fraudes será objecto de averbamento no processo do aluno.

## **AGRADECIMENTOS**

Embora este percurso se assuma, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, há agradecimentos de natureza diversa que não posso deixar de realçar.

À minha Orientadora Professora Doutora Filomena Ponte, pela competência científica e acompanhamento desta investigação. Pela disponibilidade, pelo incentivo, pelas críticas, assim como correções e sugestões relevantes feitas durante toda a orientação.

Aos meus pais e irmã, pelo amor e apoio incondicionais que sempre demonstraram e por serem o suporte emocional necessário para que pudesse chegar e alcançar tudo que consegui até hoje.

À minha amiga Sara Barbosa pela amizade que demonstrou ao longo de um percurso de quatro anos e ao seu incentivo para embarcar nesta novo desafio.

À Direção da Escola, aos Pais e Alunos que participaram neste estudo, pela colaboração e pela disponibilidade demonstrada.

A todos, o meu profundo e sincero agradecimento!

**TÍTULO:** O autoconceito em jovens com Síndrome de Asperger

**RESUMO:**

A Síndrome de Asperger é uma perturbação do Espectro do Autismo que interfere consideravelmente na interação social.

Considerando o autoconceito um constructo de elevada importância para a formação da personalidade e que interfere no relacionamento com os outros, é imperioso fomentar estratégias de modo a possibilitar a aquisição de um autoconceito mais positivo.

O presente estudo visa conhecer o perfil de Autoconceito de três jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos com Síndrome de Asperger e perceber de que modo a sua patologia influencia a sua autoimagem.

Recorremos à aplicação da escala de Autoconceito de *Piers-Harris (PHCSCS – Piers Harris Children's Self Concept Scale)*, versão mais recente reduzida a 60 itens e ainda a uma entrevista para obter os dados pretendidos.

Os resultados indicam-nos que estes alunos reconhecem em si algumas limitações próprias da sua patologia, nomeadamente a incapacidade para estabelecer amizades e se relacionar com os outros. A participação em atividades relacionadas com a motricidade parece, de algum modo, estar também comprometida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Necessidades Educativas Especiais; Síndrome de Asperger; Autoconceito.

**TITLE:** The self-concept in young people with Asperger Syndrome

**ABSTRACT:**

Asperger syndrome is an autism spectrum disorder that interferes considerably with the social interaction.

Considering the self a construct of high importance for the formation of personality that interferes with relationships with others, it is imperative to promote strategies that enable the acquisition of a more positive self-concept.

This study aims to identify the characteristics of self-concept of three young people aged between 10 and 12 years old with Asperger Syndrome and figure out how their condition has influenced their self-image.

We have resorted to the application of Self-Concept scale Piers - Harris (PHCSCS - Piers Harris Children's Self Concept Scale), the latest version reduced to 60 items and also to an interview to get the desired data.

The results show us that these students recognize they have some limitations due to their pathology, namely the inability to establish friendships and relationships with other people. The participation in activities related to motor seems, somehow, to be also compromised.

**KEYWORDS:** Special Education Needs, Asperger Syndrome, Self-concept

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	i
RESUMO .....	ii
ABSTRACT .....	iii
ÍNDICE .....	iv
ÍNDICE DE QUADROS .....	vii
ÍNDICE DE TABELAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS/ ACRONIMOS/ SIGLAS .....	x
INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I – MÓDULO CONCEPTUAL .....	3
1. Espectro do Autismo .....	3
2. Síndrome de Asperger .....	10
2.1 Evolução do Conceito .....	10
2.2 Etiologia .....	12
2.3 Epidemiologia .....	13
2.4 Manifestações Clínicas .....	13
2.5 Diagnóstico .....	16
2.5.1 Critérios de Diagnóstico .....	18
2.6 Comorbilidades .....	22
2.7 Diagnóstico Diferencial .....	23
2.8 Intervenção e tratamento .....	25
3. Autoconceito .....	28
3.1 Perspetiva Histórica .....	28

3.2 Definição .....	29
3.3 Desenvolvimento e construção .....	30
3.4 Funções do autoconceito .....	32
3.5 Avaliação do autoconceito .....	32
4. Autoconceito em Alunos com NEE .....	35
5. Autoconceito e Síndrome de Asperger .....	36
 CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO .....	 38
1. Motivação .....	38
2. Objetivos .....	38
 CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO .....	 39
1. Método/ Opção metodológica .....	39
1.1 Amostra .....	41
1.1.1 Seleção da amostra .....	41
1.1.2 Caraterização da amostra .....	42
1.2 Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados .....	48
1.2.1 Escala de Autoconceito de Piers-Harris ( <i>Piers-Harris Children's Self-Concept Scale – PHCSCS 2</i> ) .....	48
1.2.2 Entrevista .....	50
1.2.2.1 Guião da Entrevista .....	51
1.2.2.2 Técnica de Análise das Entrevistas .....	52
1.3 Procedimentos .....	53
 CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	 54
1.1 Escala de Autoconceito de <i>Piers-Harris2</i> .....	54
1.2 Entrevistas .....	62
1.2.1 Análise documental das entrevistas .....	62
2. Discussão dos Resultados .....	71
 CAPÍTULO V – CONCLUSÕES .....	 78
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	 81
 ANEXOS.....	 86

ANEXO 1 – ESCALA DE AUTOCONCEITO DE *PIERS-HARRIS 2*

ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES PARA ADMINISTRAÇÃO DA ESCALA DE AUTOCONCEITO DE *PIERS-HARRIS 2*

ANEXO 3 – PONTUAÇÕES E PERFIL DE AUTOCONCEITO

ANEXO 4 – TABELA DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA ESCALA *PIERS-HARRIS 2*

ANEXO 5 – GUIÃO DA ENTREVISTA

ANEXO 6 – APRESENTAÇÃO DOCUMENTAL DAS ENTREVISTAS

ANEXO 7 – CONSENTIMENTO INFORMADO

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - DSM-IV – Critérios de diagnóstico da perturbação autista e da perturbação global de desenvolvimento .....	6
Quadro 2 - Critérios de diagnóstico da SA de Gillberg e Gillberg .....	18
Quadro 3 – Critérios de diagnóstico da SA de Szatmari, Bremner e Nagy .....	19
Quadro 4 – Critérios de diagnóstico para a perturbação de Asperger, de acordo com o DSM-IV-TR (2000) .....	20
Quadro 5 – Critérios de diagnóstico da SA, ICD – 10 .....	21
Quadro 6 - Pontuações obtidas nos diferentes domínios da Escala <i>PHCSCS-2</i> .....	54
Quadro 7 – Resultados das 14 questões alusivas à dimensão “ <i>Comportamento Ajustado (BEH)</i> ” .....	55
Quadro 8 – Resultados das 16 questões alusivas à dimensão “ <i>Estatuto Intelectual e Escolar (INT)</i> ” .....	56
Quadro 9 – Resultados das 11 questões alusivas à dimensão “ <i>Atributos e Aparência Física (PHY)</i> ” .....	58
Quadro 10 – Resultados das 14 questões alusivas à dimensão “ <i>Ansiedade (FRE)</i> ” ....	59
Quadro 11 – Resultados das 12 questões alusivas à dimensão “ <i>Popularidade (POP)</i> ”.....	60
Quadro 12 – Resultados das 10 questões alusivas à dimensão “ <i>Felicidade/ Satisfação (HAP)</i> ” .....	61
Quadro 13 – Categorização dos Dados: Entrevista ao aluno A .....	64
Quadro 14 – Categorização dos Dados: Entrevista ao aluno B .....	65
Quadro 15 – Categorização dos Dados: Entrevista ao aluno C .....	66

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra .....	42
Tabela 2 – Caraterização pormenorizada do Aluno A .....	42
Tabela 3 – Caraterização pormenorizada do Aluno B .....	44
Tabela 4 – Caraterização pormenorizada do Aluno C .....	46
Tabela 5 – Estrutura da Escala de Autoconceito de <i>Piers-Harris2</i> (PHCSCS2) .....	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 - Modelo hierárquico para organização do autoconceito, adaptado por Hattie (1992) do modelo proposto por Shavelson, Hubner e Stanton (1976) .....	33
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS/ ACRONIMOS/ SIGLAS**

NEE – Necessidades Educativas Especiais

SA – Síndrome de Asperger

DSM – IV- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHCSCS2 - *Piers Harris Children's Self Concept Scale 2* (Escala de )

ICD – *International Classification of Diseases* (Classificação Internacional de Doenças)

*A vida tem muitas etapas,  
Não as tornes mais difíceis do que já são...  
Compreender-me é aceitar-me!  
Não faças naufragar o meu futuro,  
Apenas navega comigo!*

*Autor desconhecido*

## INTRODUÇÃO

À medida que a criança cresce e se desenvolve, a imagem que possui sobre si mesma é alterada. Fruto da sua idade, maturidade, sexo, meio socioeconómico em que se insere, ou até mesmo da presença de alguma patologia, a criança parece exibir um pensamento diferente sobre si própria.

Vários são os psicólogos e educadores que defendem que os sentimentos positivos ou negativos que a criança tem sobre si própria influenciam substancialmente o seu relacionamento com os outros, o rendimento escolar, a sua saúde (física e mental) e a adaptação ao mundo que a rodeia.

Por estes motivos, o valor do Autoconceito tem vindo a ser progressivamente realçado no campo da Psicologia da Educação e objeto de diferentes estudos no âmbito da Educação Especial.

Considerando o autoconceito preditor do bem-estar do indivíduo a nível social, físico e emocional, estudar e perceber como se auto imaginam estes jovens poderá constituir um contributo para o sucesso de casos similares com esta patologia.

Com esta investigação pretendemos então clarificar se existe uma relação entre a Síndrome de Asperger e o Autoconceito.

Definida a questão de investigação e delimitados os objetivos, procedemos ao enquadramento teórico, que constitui a primeira parte do nosso estudo.

Assim, o capítulo I encontra-se organizado em cinco tópicos e pretende focar aspetos relativos ao Espectro do Autismo e à Síndrome de Asperger, destacando o enquadramento histórico-evolutivo do conceito, a etiologia, a epidemiologia, as suas principais características, ao seu diagnóstico e a possíveis estratégias de intervenção. Procuramos ainda contextualizar historicamente o Autoconceito, proceder a uma definição, assim como descrever as principais funções e importância do seu desenvolvimento e os instrumentos de avaliação mais utilizados neste domínio. Analisamos ainda alguns estudos que dizem respeito à manifestação do autoconceito em alunos com NEE e tentamos relacionar este constructo com a problemática de SA.

Realizado o aprofundamento teórico, procedemos à segunda parte do nosso estudo que é constituída pelos capítulos II, III, IV e V e diz respeito ao estudo empírico propriamente dito.

O capítulo II deste trabalho diz respeito ao enquadramento do estudo, onde justificamos as opções por esta temática e delineamos os objetivos de estudo.

No capítulo III, apresentamos as opções metodológicas, caracterizamos o contexto do estudo, e revelamos os instrumentos e procedimentos utilizados para obtenção dos dados e seu tratamento e análise.

No Capítulo IV, procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos na investigação e procuramos proceder à sua triangulação, realizando uma análise comparativa entre os participantes e as perspectivas teóricas desta problemática.

O capítulo V é dedicado às conclusões deste estudo às limitações com que nos fomos deparando, apresentando também algumas recomendações e sugestões para futuras investigações.

Para finalizar, terminamos este estudo com a identificação das referências bibliográficas a que recorremos ao longo do trabalho, bem como os anexos que dele fazem parte e que são referidos ao longo do mesmo.

## CAPÍTULO I – MÓDULO CONCEPTUAL

### 1. Espectro do Autismo

Proveniente da palavra grega “autos” que significa próprio e “ismo” que se traduz em orientação ou estado, o termo “autismo” declara, em sentido amplo, a circunstância ou estado de alguém que manifesta tendência para o alheamento da realidade exterior a par de uma atitude de permanente concentração em si próprio.

Desde a Idade Média diversas são as descrições do conceito de “autismo” atribuídas a crianças com comportamentos invulgares.

Vítor, o rapaz selvagem de Aveyron, estudado por Itard em 1801,

“era uma criança que não demonstrava qualquer afeto e que agredia com arranhões e mordidelas às pessoas que se aproximavam. Apresentava comportamentos de balanceamento (...) permanecia num estado de mudez, que contrastava com os sons guturais emitidos muitas vezes com euforia” (Marques, 2000, p. 25).

Vários autores afirmam que Vítor seria, provavelmente, autista.

Em 1911, Eugene Bleuler, psiquiatra suíço, introduziu o termo “autismo” para designar um conjunto de distúrbios do pensamento que julgou ser secundário da esquizofrenia: a perda do contacto com a realidade e a limitação nas relações humanas.

Contudo, é somente em 1943 que o Autismo viria a assumir um papel de relevância entre a comunidade científica, com a publicação do famoso artigo do pedopsiquiatra americano Leo Kanner, “Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo” (*Autistic disturbances of affective contact*).

Kanner, relatou o seu estudo com uma amostra de 11 crianças (8 rapazes e 3 raparigas) e descreveu-as com um conexo de comportamentos vincadamente distintos de todos os que até então tinham sido descritos pela literatura científica internacional e designou-o como uma nova síndrome: o “autismo infantil”.

Embora tivessem uma aparência física normal, exibiam um isolamento social extremo e lacunas no contacto afetivo. Apresentavam comportamentos estereotipados e

ritualistas e uma marcada resistência à mudança. A maioria deles revelava ainda desordens graves no desenvolvimento da linguagem. Apesar de todas estas limitações, estas eram crianças dotadas de boas capacidades cognitivas.

Um ano mais tarde, Hans Asperger, um pediatra austríaco, torna públicas, em Viena, num artigo intitulado “Psicopatologia Autística na Infância” (*Die Autistischen psychopathen im Kindesalter*), descrições detalhadas sobre crianças com comportamentos semelhantes aos descritos por Kanner, mas com superiores capacidades verbais.

As descrições de Kanner e Asperger eram análogas. Ambos utilizaram a designação de autismo para qualificar a característica mais significativa desta problemática: a dificuldade de adaptação social dessas crianças.

Contudo, os seus artigos divergiam em duas áreas: a comunicação e as capacidades de aprendizagem. Nos estudos apresentados por Asperger, as crianças falavam fluentemente, enquanto três dos pacientes de Kanner não falavam ou não usavam a linguagem para comunicar. Quanto às capacidades de aprendizagem, Kanner acreditava que os seus pacientes aprendiam através de rotinas e mecanizações, enquanto Asperger sugeria que as crianças por si observadas eram “pensadores do abstrato” (Marques, 2000).

Durante os anos 1950 e 1960, a comunidade médica descreve, erroneamente, o Autismo como esquizofrenia de tipo infantil, uma perturbação psicológica resultado da suposta falta de afeto entre mãe e filho que deu origem a graves problemas de culpabilização nos pais.

Oficialmente, o termo autismo surgiu pela primeira vez no ICD-9 (*International Classification of Diseases*), em 1975, categorizado como uma psicose da infância.

Nos anos 80, surgiu um conceito mais alargado de autismo, quando Lorna Wing, psiquiatra inglesa, descreve uma tríade de características que auxiliam no diagnóstico clínico sustentado até aos dias atuais. Segundo Wing, as pessoas com autismo apresentam défices em três domínios: social, linguagem e comunicação, pensamento e comportamento, tendo esta tríade ficado conhecida por “Tríade de Wing”.

Em 1989, Frith sintetiza o autismo a uma deficiência mental específica, que pode ser enquadrada nas Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento, afetando, qualitativamente, as interações sociais recíprocas, a comunicação verbal e não-verbal, a atividade imaginativa e expressa-se através de um repertório restrito de actividades e interesses (Pereira, 2005).

Em 1993, a ICD-10 (*International Classification of Diseases*) refere o autismo como um Transtorno Global do Desenvolvimento caracterizado por um desenvolvimento anormal que se manifesta antes dos três anos de idade e apresentando uma perturbação em cada um dos seguintes domínios: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo.

Atualmente, descarta-se o termo Autismo, substituindo-se pela designação de Perturbações Globais do Desenvolvimento ou Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), uma vez que existem múltiplas variantes desta síndrome.

De acordo com a classificação do DSM-IV-TR (2002) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), as PEA ou Perturbações Globais de Desenvolvimento “(...) são caracterizadas por um défice grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: competências sociais, competências de comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas” (p.69).

Apesar da evolução conceitual e dos estudos desenvolvidos na tentativa de explicar a origem desta patologia, persistem ainda algumas dúvidas, uma vez que as características identificadas não são constantes em todos os indivíduos nem se manifestam da mesma forma.

Sabe-se contudo, que a sua etiologia é fortemente influenciada por fatores genéticos, virais, metabólicos, complicações pré ou perinatais, ou ainda causas não identificadas que provocam alterações neurológicas e bioquímicas a nível do cérebro.

Procurando explicar estas perturbações, surgiram diversas teorias, tais como: as Teorias Psicogenéticas – que defendem que o Autismo tem origem em fatores familiares (e.g. frieza emocional, perfeccionismo e rigidez dos pais) ou quando as crianças são vítimas de maus tratos e atos de negligência, afetando o seu desenvolvimento; as Teorias Biológicas – que argumentam que o Autismo se encontra associado a uma variedade de distúrbios biológicos (como paralisia cerebral, rubéola, meningite,

epilepsia, hemorragia cerebral, toxoplasmose...) que afetam áreas do sistema nervoso central e prejudicam o desenvolvimento cognitivo, a linguagem e a capacidade de estabelecer relações; e as Teorias Psicológicas – que definem o autismo em termos comportamentais e consideram existir uma falha/ atraso no sistema nervoso central, prejudicando o normal desenvolvimento de competências sociais e comunicativas. Essa carência de competências coíbe o indivíduo de “*ler a mente dos outros*” a que os autores Uta Frith, Alan Leslie e Baron-Cohen designaram por Teoria da Mente; Teorias Alternativas – segundo as quais o autismo não ocorre apenas devido a um déficit de mentalização mas também devido à implicação de outros défices (e.g. dificuldades pragmáticas ou gramaticais, dificuldades nas operações cognitivas que impliquem planificação, flexibilidade de resolução de problemas...) (Pereira, 2005).

Usualmente, esta perturbação manifesta-se desde os primeiros anos de vida, por volta dos 18 meses, embora o resultado conclusivo seja, normalmente, aos 3 anos de idade. É frequente os pais descreverem um desenvolvimento normal da criança prévio à exteriorização dos sintomas e mencionarem os sinais patológicos delimitados pela tríade de incapacidades.

Existem inúmeros instrumentos de avaliação estandardizados e direcionados para uma avaliação comportamental autista que permitem um diagnóstico mais preciso. Destacam-se a “CARS (Childhood Autism Rating Scale)”- Escala de Avaliação do Autismo Infantil, desenvolvida por Eric Schopler sendo a mais frequente; “ADI (Autism Diagnostic Interview)” – Entrevista de Diagnóstico de Autismo, que é o sistema de avaliação mais pormenorizado e foi desenvolvido por Ann LeCouteur; a “ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule, de Lord e Rutte) e a BOS (Behavioural Observation Scale for Autism de Freeman) (Siegel, 2008). Contudo, o sistema de classificação diagnóstico mais usual é o da DSM-IV-TR que se traduz no quadro seguinte.

Quadro 1 – DSM-IV – Critérios de diagnóstico da perturbação autista e da perturbação global de desenvolvimento.

---

DSM-IV – critérios de diagnóstico de perturbação autista e perturbação global do desenvolvimento SOE

---

Para ser diagnosticada uma perturbação autista, tem de se verificar pelo menos um item da parte A, da B e da C, sendo que pelo menos seis itens, no total, têm de estar presentes. Os indivíduos que responderem positivamente a um menor número de critérios são diagnosticáveis como apresentando perturbação global do desenvolvimento SOE.

---

---

**A. Déficit qualitativo na interação social:**

1. acentuado déficit no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tal como contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interação social;
  2. incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;
  3. ausência de tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objetivos;
  4. falta de reciprocidade social ou emocional.
- 

**B. Défices qualitativos na comunicação:**

1. atraso, ou total ausência, de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhado de tentativas para compensar através de modos de comunicação alternativos, tal como gestos ou mímica);
  2. acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversa com os outros, apesar de os sujeitos terem um discurso adequado;
  3. uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
  4. ausência de jogo realista espontâneo e variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.
- 

**C. Padrões de comportamento, interesse ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados:**

1. preocupação absorvente com um ou mais padrões de interesse estereotipados e restritos, anómalos quer em intensidade ou em objetivo;
  2. adesão aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais específicos não funcionais;
  3. maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir as mãos ou os dedos, rodar as mãos ou movimentos complexos de todo o corpo);
  4. preocupação persistente com partes de objetos.
- 

Desenvolvimento anormal ou deficitário em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem usada na comunicação social, ou (3) jogo simbólico ou imaginativo.

---

Fonte: Siegel, B. (2008). *O Mundo da Criança Autista – Compreender e Tratar Perturbações do Espectro do Autismo*.

Porto: Porto Editora, p.33.

De acordo com estudos recentes e em conformidade com a evolução do conceito e critérios de diagnóstico, as PEA manifestam-se em aproximadamente dez a quinze crianças em cada dez mil e afetam mais rapazes que raparigas (Siegel, 2008). As características deste espectro variam em função da idade. No entanto, é no período de desenvolvimento que emergem os comportamentos típicos do Autismo:

*a) Perturbações no desenvolvimento da interação social recíproca:*

- As crianças autistas são indiferentes socialmente e passivas nas interações sociais. São frequentemente conotadas como crianças frias, insensíveis e estranhas pois não realizam atos empáticos, não contactam de forma espontânea, não estabelecem amizades e revelam uma grande incapacidade para reconhecer e compreender estados mentais dos outros.

- Apresentam ainda uma solidão extrema e tendem a relacionar-se melhor com objetos não usuais ou até bizarros do que com pessoas, privilegiando-os de um modo excessivo e valorizando neles aspetos pouco comuns.
- Podem apresentar picos de euforia, alguma agressividade, birras frequentes na infância, impulsividade e até comportamentos de auto agressão.

*b) Deficiência na comunicação verbal e não-verbal*

- Como revelam dificuldades em interagir com os outros, indivíduos autistas tendem a apresentar um défice na utilização de comportamentos não-verbais, isto é, contacto ocular, expressão facial e postura corporal.
- Alguns casos não desenvolvem sequer algum tipo de linguagem – mutismo. É muito comum a ecolália (uso repetitivo de palavras ou frases), a inversão de pronomes e a compreensão de metáforas ou analogias.

*c) Repertório restrito de interesses e comportamentos*

- Uma característica muito frequente nesta perturbação é a adesão inflexível a rituais ou comportamentos. São indivíduos resistentes à mudança e com enorme dificuldade em antecipar o futuro e lidar com situações passadas.
- Revelam maneirismos motores repetitivos e estereotipados (estalar os dedos, balançar o corpo...) e têm uma preocupação persistente com partes específicas de um objeto. Evidenciam grande instabilidade de humor e alguma falta de noção do perigo perante determinadas situações.
- Perante determinados estímulos sensoriais auditivos, visuais, olfativos, tendem a apresentar respostas de medo e agressividade ou hipersensibilidade aos sons ou no contacto físico, reações exageradas à luz e cheiros.

Embora não haja cura para o autismo, é indispensável compreender as pessoas com esta problemática e as suas necessidades individuais para poder desencadear uma intervenção educacional especializada o mais precocemente possível.

Atualmente existem abordagens pedagógicas e terapêuticas adequadas que facilitam o desenvolvimento destes indivíduos, atenuam alguns comportamentos indesejados e aumentam a sua autonomia. São exemplo os modelos de Intervenção de Natureza: Psicanalítica, Comportamental e Construtivista e Desenvolvimentalista.

Destacamos os Modelos de Natureza Cognitivo-comportamental por serem os mais utilizados e conhecidos do âmbito terapêutico das PEA:

- TEACCH, “Treatment and Education of Autistic And Related Communication Handicapped Children” (Tratamento e Educação de Crianças Autistas e Problemas de Comunicação Relacionados), desenvolvido por Eric Schopler;

- Programa PORTAGE, criado pelos autores David e Marsha Shearer, que consiste num modelo de educação precoce domiciliário dirigido aos pais e que tem sido usado para intervir com crianças portadoras de autismo;

- Programa SON RISE, desenvolvido pelo casal americano Barry e Samahria Kaufman na tentativa de recuperação do seu próprio filho, diagnosticado com autismo severo e que consiste numa interação entre pais e filhos, em que os primeiros encorajem altos níveis de desenvolvimento social, emocional e cognitivo.

## **2. Síndrome de Asperger**

Em 1920, Ewa Schucharewa descreve pela primeira vez a Síndrome de Asperger como uma perturbação da personalidade de tipo esquizoide. Embora o seu artigo não tenha tido impacto na comunidade científica internacional, parece evidente que esta neurologista russa tenha referenciado a mesma condição descrita por Asperger.

### **2.1 Evolução do Conceito**

Como referimos anteriormente, Kanner foi um marco no âmbito do estudo do autismo infantil e na sua conceção.

No ano seguinte (1944), Hans Asperger, publica a sua tese de doutoramento sobre a Psicopatia Autista na Infância e descreve um grupo de pacientes com inteligência normal, mas que apresentavam um prejuízo qualitativo no desenvolvimento da interação recíproca e estranhezas comportamentais, porém sem atraso na aquisição da linguagem.

Embora Kanner e Asperger tivessem delineado, na mesma época, um perfil idêntico de sintomas e utilizado a mesma terminologia, o estudo de Asperger foi muito pouco divulgado, ignorado até, e só mais tarde viria a ter a relevância e a distinção atual.

Pondera-se a fragilidade do momento em que estes textos foram redigidos (2.<sup>a</sup> Guerra Mundial), parca ou nula partilha científica entre americanos e alemães, e dada a conjectura, não foram criadas as oportunidades ideais para que estes dois autores analisassem e debatessem os resultados dos casos estudados.

As crianças descritas por Asperger não reuniam características físicas diferenciadas e as habilidades intelectuais estavam preservadas. As suas dificuldades centravam-se na interação social (e.g. falta de empatia, baixa capacidade de formar amizades, isolamento social), conversação unilateral (fala prolixa, monólogos incoerentes e linguagem formal), um padrão de comportamento e habilidades peculiares, intenso foco num assunto e movimentos desajeitados.

Após a tradução para inglês, do trabalho de Asperger, Lorna Wing (1970) estreia a designação de Síndrome de Asperger.

A descrição de Wing sugeria um modelo mais “leve” de autismo, por considerar que estes indivíduos apresentavam capacidades mais elevadas e menos inaptidões em relação aos autistas. A partir do trabalho de Asperger e das suas investigações, a autora concluiu que não existia somente um padrão de autismo, mas um largo espectro. Assim, no polo de maior gravidade, Wing circunscreveu a síndrome de Kanner e, no polo oposto, a síndrome de Asperger.

Ao longo do seu estudo, Wing constatou que numa fase inicial as crianças apresentavam as características clássicas do autismo, mas que, mais tarde, desenvolviam competências ao nível do discurso e da socialização. Se por um lado estes progressos colocavam estas crianças fora do âmbito do autismo clássico, por outro revelavam ainda problemas significativos ao nível da comunicação e competências sociais mais sofisticadas, assemelhando-se à descrição inicial feita por Asperger.

Wing identificou as características clínicas principais da SA, a designar:

- a ausência de empatia;
  - a interação ingénuo, inadequada e unilateral;
  - a reduzida ou mesmo ausente capacidade para estabelecer amizades;
  - o discurso muito formal e repetitivo;
  - a comunicação não verbal pobre;
  - o interesse consistente por determinado assunto;
  - a fraca coordenação motora e posturas corporais estranhas ou desajeitadas
- (Attwood, 1998, p.23).

O trabalho de Lorna Wing, publicado em 1981, marca o início da revisão e extensão do conceito de autismo que, de certa forma, só se consolida em 1994, ano em que a Associação Americana de Psiquiatria adota e inclui esse espectro como uma categoria de diagnóstico à parte no seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, principal referência de saúde mental dos profissionais de saúde dos EUA.

Nos últimos dez anos publicaram-se inúmeros artigos científicos sobre a SA e, durante este período, o conhecimento acerca desta problemática aumentou notoriamente. Atualmente, é um dos diagnósticos mais debatidos na psiquiatria infantil.

## **2.2 Etiologia**

A SA não é fisicamente visível nem a sua etiologia está claramente estabelecida. É considerada uma síndrome por envolver um conjunto de sintomas com diferentes origens.

“O autismo e a SA podem ser a mesma entidade, em termos etiológicos – isto é, têm a mesma origem em muitos casos - , mas a razão para que tenha sido feita pressão para que a SA surgisse como um diagnóstico à parte é o facto de, em termos de prognóstico, parecer ser diferente do autismo” (Siegel, 2008, p. 149).

Outrora pensou-se que esta era uma desordem do desenvolvimento causada por uma patologia do sistema nervoso central (SNC) e transmitida via genética, mas atualmente é descrita como uma disfunção cerebral causada por uma heterogeneidade de fatores. Influência genética, ocorrências pré, peri ou pós natais, agentes infecciosos (e.g. rubéola, toxoplasmose, citomegalovirus..) e uso de agentes químicos durante a gravidez (e.g. cocaína, álcool, chumbo...) são algumas das possíveis causas da SA (Antunes,2009).

Acredita-se que muitas pessoas tenham passado despercebidas durante anos, embora sofressem desta disfunção. Por não apresentarem traços físicos específicos, a sua inteligência normalmente estar preservada e atribuírem-se as suas dificuldades sociais a problemas de adaptação ou personalidade, alguns autores referiram-se a ela como a “Síndrome Invisível”.

### **2.3 Epidemiologia**

Em termos de prevalência, os dados disponíveis indicam que esta síndrome é muito mais frequente que o autismo ou qualquer outro Transtorno do Desenvolvimento.

Os estudos realizados na Suécia para estabelecer a prevalência da SA, pelos autores Stefan Ehlers e Christopher Gillberg, em 1993, calcularam uma taxa de prevalência de 36 por 10 000 indivíduos (Cumine, Leach e Stevenson, 2006).

Por razões ainda não comprovadas, todos os estudos concluem que a SA apresenta maior incidência em indivíduos do sexo masculino que feminino, com uma taxa de 10 rapazes para 1 rapariga. O próprio Asperger concluíra que se tratava de uma dificuldade exclusivamente masculina.

### **2.4 Manifestações Clínicas**

A Síndrome de Asperger (SA) está incluída nos Transtornos Gerais do Desenvolvimento e é considerada um Transtorno do Espectro Autista.

Enquanto pequenas, muitas crianças portadoras de SA passam despercebidas. Não apresentam traços físicos específicos, possuem uma inteligência formal normal ou alta e as dificuldades sociais são muitas vezes consideradas como problemas de adaptação ou rasgos da sua própria personalidade.

Apesar de existirem semelhanças com a PEA, as pessoas com esta problemática têm geralmente elevadas habilidades cognitivas e funções de linguagem normais, motivo pelo qual alguns pesquisadores a confundiram com Autismo de Alto Funcionamento.

“A ausência de competências sociais, a falta de capacidade de diálogo e o interesse obsessivo por um determinado assunto são as características principais desta síndrome” (Attwod, 1998, p.21).

Os traços característicos que uma criança com síndrome de Asperger pode apresentar incluem comprometimentos em três importantes domínios do desenvolvimento humano (Tríade de Lorna Wing):

➤ **Interação social**

Os portadores da SA tendem a isolar-se socialmente e podem não se preocupar com isso. Perante as abordagens e as exigências sociais de terceiros, podem ficar tensos e agitados ou mesmo revelar um comportamento socialmente inaceitável e, quando abordam os outros, normalmente fazem-no de uma forma inapropriada e/ou excêntrica.

Quando atingem a adolescência, começam a ter consciência de que os seus colegas têm amigos e, nessa altura, podem querer ter os seus amigos, mas não encontram nenhuma estratégia para desenvolver e consolidar amizades.

Tendem a demonstrar uma insensibilidade em relação aos sentimentos e intenções dos outros. Apesar de quase toda a gente compreender quando uma pessoa está zangada, aborrecida ou radiante apenas pela entoação da voz, muitos indivíduos com SA não conseguem ter este tipo de discernimento, o que pode originar algumas situações complicadas.

➤ **Comunicação e linguagem**

Pode haver um atraso na linguagem até aos 4/5 anos mas com frequência trata-se de uma fase, passando posteriormente a falar com fluência e de modo “pomposo”. Podem falar muito pouco ou, pelo contrário serem bastante verbosos. A sua voz normalmente é monocórdica e um pouco pedante.

Há frequentemente modulação pobre do volume (e.g., a voz ser muito alta embora haja proximidade física do interlocutor) e dificuldades em interpretar as entoações de terceiros.

Tendem a apresentar dificuldade na utilização e interpretação da comunicação não verbal como, por exemplo, a linguagem corporal, os gestos e as expressões faciais.

Normalmente estes indivíduos revelam uma expressão facial pobre e tendem a verbalizar os seus pensamentos enquanto praticam outras ações.

Com frequência compreendem os outros de forma muito literal. Expressões como «aqui há gato»; «é de partir o coração», «estar nas suas sete quintas» ou «estar na lua» podem não fazer sentido para si próprios.

É habitual que evitem o contacto ocular, mas podem também revelar uma fixação intensa do olhar no interlocutor.

### ➤ **Comportamentos e Interesses Restritos**

Os indivíduos com SA têm, habitualmente, uma rigidez mental e comportamental.

Tendem a manifestar uma enorme adesão a rotinas e uma pequena alteração no seu quotidiano pode despoletar uma crise de ansiedade.

Revelam interesses obsessivos sobre determinados assuntos e gostam de o demonstrar, falando incessantemente sobre isso. Isto deve-se ao facto de acumularem uma grande quantidade de informações factuais sobre um tópico específico.

Uma manifestação comportamental muito prevalente corresponde às estereotípias motoras (balanceamentos do corpo, maneirismos com os dedos, andar em bicos de pés...).

Também podem manifestar interesse por partes específicas de objetos (pontas de lápis, tampas de esferográficas...) e são capazes de se entreter por um grande período de tempo com elas.

### **Outras características**

Apesar de habitualmente terem um nível de inteligência normal ou superior e uma excelente facilidade de memorização de factos e números, os Aspie – alcunha que o autor Attwod atribuiu a indivíduos com esta problemática – demonstram dificuldades no pensamento abstrato e na manifestação de imaginação.

Podem revelar uma total ausência de motivação e atenção por atividades que não lhe suscitam qualquer interesse, manifestando até dificuldades específicas de aprendizagem, mas com frequência, mostram grande aptidão para as áreas técnicas e científicas.

A nível motor, podem apresentar alguma descoordenação. Por vezes tendem a manifestar movimentos bruscos e desastrados. A capacidade de efetuar movimentos precisos revela-se frequentemente afetada. O equilíbrio e a coordenação entre membros superiores e inferiores são também algumas características visíveis, que podem originar relutância em participar em atividades desportivas.

Têm frequentemente problemas de organização – não conseguem orientar-se nem reunir o material de que precisam, revelando também dificuldade em escrever e desenhar ordenadamente, apresentando uma caligrafia disforme e impercetível.

Alguns indivíduos com SA tendem a manifestar uma hipersensibilidade sensorial: sensibilidade a determinados ruídos, fascinação por objetos luminosos, aversão a luzes fortes e ainda atração por determinadas texturas

Convém realçar que ainda que as crianças com síndrome de Asperger apresentem traços comuns, as principais características individuais revelam-se de maneiras muito distintas.

## **2.5 Diagnóstico**

O diagnóstico desta problemática é, tal como para o autismo, basicamente clínico, ou seja, advém das observações feitas por profissionais que, advertidos pelos seus conhecimentos e experiência clínica e mediante os critérios universalmente aceites pela comunidade científica, classificam e caracterizam o comportamento do indivíduo e estabelecem um plano de intervenção ajustado às características individuais.

Relativamente ao autismo, o diagnóstico de SA é mais tardio. Isto provém do facto dos atrasos no desenvolvimento não serem tão marcantes nem ao nível da linguagem, nem ao nível da socialização.

Normalmente, a idade média de diagnóstico é entre os seis e os oito anos de idade, uma vez que nesta idade são melhor valorizadas as características comportamentais desta perturbação.

Na idade pré-escolar, o diagnóstico geralmente não é de SA mas sim de autismo clássico; contudo, uma percentagem significativa das crianças com formas clássicas de autismo nesta faixa etária apresentam, posteriormente, uma melhoria significativa nas suas capacidades de comunicação, passando a demonstrar características compatíveis com SA. É, pois, essencial que o diagnóstico de autismo, quando efetuado em idades muito precoces, seja regularmente revisto. De acordo com o DSM-IV:

“Dado que a linguagem precoce e as aptidões cognitivas se encontram dentro dos limites normais durante os primeiros anos de vida, os pais e os educadores em regra não se preocupam (...) até que a criança entra no jardim-de-infância; neste momento as dificuldades sociais da criança com os companheiros da mesma idade podem começar a tornar-se aparentes” (2002, p. 81).

Ao contrário do autismo, as crianças com SA mostram o desenvolvimento de uma linguagem típica, e por vezes com o recurso a um vocabulário até superior. Porém, quando interagem com outras pessoas, fazem-no inadequadamente ou embaraçosamente.

Como Attwood (1998, p. 24) refere, o

“diagnóstico da SA pode incluir duas fases: a primeira consiste no preenchimento, pelos pais e professores, de um questionário com uma lista de verificação utilizada para identificar as crianças que possam sofrer desta síndrome; a segunda fase consiste na avaliação do diagnóstico, feita por clínicos experientes na interpretação do comportamento e das capacidades de crianças com perturbações do desenvolvimento, avaliação essa que se baseia em critérios previamente estabelecidos e que fornecem uma clara descrição dessa síndrome”.

Hoje em dia, o processo de suspeita e confirmação do diagnóstico é cada vez mais preciso e rápido, graças ao aumento de profissionais especializados e investigação nesta área.

### 2.5.1 Critérios de diagnóstico

Após o estudo da comunicação geral de Asperger, Wing descreveu critérios para a SA, pois até à data nunca tinham sido estabelecidos, pelo menos de forma explícita:

- limitação da interação social bidirecional e inaptidão social generalizada;
- linguagem peculiar e pedante, de conteúdo estereotipado, mas sem atrasos;
- capacidades limitadas de comunicação não verbal – poucas expressões faciais ou gestos;
- resistência às mudanças e gosto por atividades repetitivas;
- interesses especiais circunscritos e boa capacidade de memorização;
- fraca coordenação motora, com aspeto e porte peculiares e alguns movimentos estereotipados.

(Cumine, Leach e Stevenson, 2006, p. 10).

Em 1989, Christopher Gillberg, enumerou critérios que, de um modo geral, se baseavam nos critérios desenvolvidos anteriormente por Wing.

Quadro 2 - Critérios de diagnóstico da SA de Gillberg e Gillberg

1. Défices de comportamento social (egocentrismo extremo) (pelo menos dois dos seguintes critérios): a) Incapacidade para interagir com os pares; b) Falta de vontade de interagir com os pares; c) Ausência de entendimento dos sinais sociais; d) Comportamento social e emocional inadequado.
2. Interesses limitados (pelo menos um dos seguintes critérios): a) Exclusão de outras atividades; b) Adesão repetitiva; c) Mais memorização por repetição do que significado.
3. Comportamentos rotineiros (pelo menos um dos seguintes critérios): a) Impostos sobre si próprio; b) Impostos sobre os outros;
4. Peculiaridades do discurso e da linguagem (pelo menos três dos seguintes critérios): a) Atraso no desenvolvimento;

<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Linguagem expressiva superficialmente perfeita;</li> <li>c) Discurso formal pedante;</li> <li>d) Alterações na prosódia, características vocais peculiares;</li> <li>e) Alterações na compreensão, incluindo interpretações erradas de significados literais ou implícitos.</li> </ul>
<p>5. Perturbações na comunicação não verbal (pelo menos um dos seguintes critérios):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Uso limitado de gestos;</li> <li>b) Linguagem corporal desajeitada;</li> <li>c) Expressão facial limitada;</li> <li>d) Expressão facial inadequada;</li> <li>e) Olhar fixo peculiar.</li> </ul>
<p>6. Descoordenação motora</p> <p>Fraco desempenho no exame neuro comportamental.</p>

Fonte: Attwood, T. (1998). *A Síndrome de Asperger – Um guia para pais e profissionais*. Lisboa: Editorial Verbo, p.209.

Na mesma data que Gillberg, surgiram outros critérios desenvolvidos por Szatmari, Bremner e Nagy:

Quadro 3 – Critérios de diagnóstico da SA de Szatmari, Bremner e Nagy

<p>1. Solidão (pelo menos dois dos seguintes critérios):</p> <p>Não tem amigos próximos;</p> <p>Evita os outros;</p> <p>Não mostra interesse em fazer amigos;</p> <p>É um solitário.</p>
<p>2. Perturbação da interação social (pelo menos um dos seguintes critérios):</p> <p>Aproxima-se dos outros apenas para satisfazer as suas necessidades;</p> <p>Interação social inadequada;</p> <p>Reação unilateral aos pares;</p> <p>Dificuldades na perceção dos sentimentos dos outros;</p> <p>Afastamento em relação aos sentimentos dos outros;</p>
<p>3. Perturbação da comunicação não-verbal (pelo menos um dos seguintes critérios):</p> <p>Expressão facial limitada;</p>

<p>Impossibilidade de se observar emoção na sua expressão facial;</p> <p>Incapacidade de transmitir mensagens com os olhos;</p> <p>Não olha para os outros;</p> <p>Não utiliza as mãos para se expressar;</p> <p>Os movimentos são largos e desajeitados;</p> <p>Aproxima-se demasiado dos outros.</p>
<p>4. Discurso invulgar (pelo menos dois dos seguintes critérios):</p> <p>Alterações da inflexão;</p> <p>Fala muito;</p> <p>Fala pouco;</p> <p>Falta de coesão relativamente à conversação;</p> <p>Uso idiossincrático de palavras;</p> <p>Padrões de discurso repetitivos.</p>
<p>5. Não se enquadram nos critérios DSM – 111 – R para o autismo.</p>

Fonte: Attwood, T. (1998). *A Síndrome de Asperger – Um guia para pais e profissionais*. Lisboa: Editorial Verbo, p.210.

Atualmente, os clínicos recorrem aos dois instrumentos de diagnóstico desenvolvidos pela APA (*Associação Americana de Psiquiatria*) e pela OMS (*Organização Mundial de Saúde*) respetivamente: o DSM IV – TR (2002) - manual de critérios de diagnóstico em psiquiatria, e o ICD – 10 R (1993), manual de diagnóstico, mas não tão usual como o DSM – IV.

Quadro 4 – Critérios de diagnóstico para a perturbação de Asperger, de acordo com o DSM-IV-TR (2000)

<p>A. Défice qualitativo na interação social, manifestado pelo menos por duas das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato ocular, expressão facial, posturas corporais e gestos reguladores da interação social</li> <li>2. incapacidade de desenvolvimento de relações com os pares adequadas ao nível de desenvolvimento.</li> <li>3. ausência de procura espontânea de partilha de divertimento, interesses ou sucessos com outras pessoas (por exemplo não mostrar, transportar ou apontar objetos de interesse para outras pessoas)</li> <li>4. falta de reciprocidade social ou emocional.</li> </ol>
<p>B. Padrões de comportamento interesses e atividades restritos, estereotipados e repetitivos,</p>

<p>manifestados por pelo menos uma das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. preocupação absorvente com um ou mais padrões de interesse estereotipados e restritos, anormal quer na intensidade, quer no centro de atenção</li> <li>2. adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos não funcionais.</li> <li>3. maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., agitar ou torcer as mãos ou os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo)</li> <li>4. Preocupação persistente com partes de objetos.</li> </ol>
<p>C. A perturbação causa défice clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes.</p>
<p>D. Não há atraso geral de linguagem clinicamente significativo (por exemplo, uso de palavras isoladas aos dois anos, uso de frases comunicativas aos três anos).</p>
<p>E. Não há atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou na autonomia próprios da idade, no comportamento adaptativo (à exceção da interação social) e na curiosidade pelo ambiente na infância.</p>
<p>F. Não são preenchidos critérios de outras Perturbações Globais do Desenvolvimento ou Esquizofrenia.</p>

Fonte: Attwood, T. (2010). *Tudo sobre a Síndrome de Asperger*. Lisboa: Editorial Verbo, p. 54.

Quadro 5 – Critérios de diagnóstico da SA, ICD – 10

<p>Ausência de atraso clinicamente significativo na linguagem expressiva ou recetiva ou no desenvolvimento cognitivo;</p>
<p>Alterações qualitativas na interação social recíproca, manifestadas em, pelo menos, duas das seguintes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) uso inadequado do contacto visual, da expressão facial, da postura corporal e da linguagem gestual, para regular a interação social;</li> <li>b) incapacidade para desenvolver (de forma apropriada à idade mental e apesar das múltiplas oportunidades) relações com os pares, que envolvam a partilha de interesses, atividades e emoções;</li> <li>c) ausência de reciprocidade socio emocional, demonstrada por uma diminuição ou alteração da resposta às emoções das outras pessoas, por uma ausência de modulação de comportamento de acordo com o contexto social, ou por uma fraca integração dos comportamentos sociais, emocionais e comunicativos;</li> <li>d) ausência da procura espontânea de partilha do divertimento, interesses ou acontecimentos com outras pessoas (por exemplo, não mostram, procuram ou indicam objetos de interesse aos outros).</li> </ol>
<p>O indivíduo apresenta um interesse invulgarmente intenso ou circunscrito ou padrões de comportamento, interesses e atividades restritivos, repetitivos e estereotipados, manifestados em, pelo menos, uma das seguintes áreas:</p> <p>Preocupação com padrões de interesse, estereotipados e restritivos, que é anómala no conteúdo ou foco ou um ou mais interesses que são anómalos pela sua intensidade e natureza circunscrita, nas não pelo seu conteúdo ou foco;</p> <p>Adesão, aparentemente compulsiva, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;</p>

Maneirismos motores, repetitivos e estereotipados, envolvendo movimentos de torcer ou bater as mãos/ dedos, ou movimentos complexos da totalidade do corpo;

Preocupação com partes de objetos ou com elementos não funcionais de brinquedos (como a cor, a sensação tátil ou o ruído/ vibração que geram).

Esta condição não pode atribuir-se aos outros tipos de perturbações globais do desenvolvimento, como: esquizofrenia simples, perturbação esquizotípica, perturbação obsessivo-compulsiva, personalidade anacástica e perturbações reativas da infância.

Fonte: Attwood, T. (1998). A Síndrome de Asperger – Um guia para pais e profissionais. Lisboa: Editorial Verbo, p.212.

Para fundamentar um diagnóstico de SA e encaminhar o indivíduo para um especialista, normalmente recorrem-se a escalas de avaliação e questionários.

Recentemente houve uma revisão desses instrumentos embora não exista um que seja utilizado por unanimidade. No entanto, com frequência, recorrem-se aos seguintes: Escala Australiana para a Síndrome de Asperger (ASAS - Australian Scale for Asperger's Syndrome) de Garnett e Attwood, 1988; Entrevista Diagnóstica da Síndrome de Asperger (ASDI - Asperger Syndrome Diagnostic Interview) de Gillberg et al. 2001; Escala Diagnóstica de Síndrome de Asperger (ASDS – Asperger Syndrome Diagnostic Scale) de Myles, Bock e Simpson, 2001; Questionário de Rastreamento do Espectro do Autismo (ASSQ – Autism Spectrum Screening Questionnaire) de Ehlers, Gillberg e Wing, 1999; Escala de Gilliam para a Perturbação de Asperger (GADS – Gilliam Asperger Disorder Scale) de Gilliam, 2002 e o Índice de Krug para a Perturbação de Asperger (KADI – Krug Asperger's Disorder Index) de Krug e Arick, 2002 (Attwood, 2010).

## **2.6 Comorbilidades**

Segundo diferentes autores, as pessoas com PGD como a SA têm, com frequência, comorbilidades, isto é, disfunções, reações ou condutas problemáticas que interferem consideravelmente no seu desenvolvimento.

O facto de ter sido feito um diagnóstico de SA, não exclui a possibilidade de coexistir outra patologia ou distúrbios associados.

A esta Síndrome estão muitas vezes associados défices de atenção com ou sem hiperatividade. Porém, existem igualmente casos de hipo atividade e perfeccionismo.

Sobretudo em crianças, existe uma alta prevalência de problemas com o sono (sonos breves e interrompidos pelo estímulo mais ligeiro).

Com frequência, entre os indivíduos com esta patologia, é notória a adoção de tiques e maneirismos motores ou vocais e alguns desenvolvem sintomas da Síndrome de Tourette.

Podem observar-se medos excessivos e injustificados (sons altos, visão de certos objetos...) e acessos de ira ou explosões de agressividade são também muito prevalentes.

Os comportamentos rígidos, repetitivos, perfeccionistas, obsessivos e compulsivos são manifestações muito comuns em indivíduos com SA. Frequentemente, é descrito um desajeitamento motor (menor habilidade para jogar à bola, caligrafia impercetível, disortografia...).

À medida que crescem, indivíduos com características de SA podem revelar sintomas depressivos, ansiedade e desenvolver perturbações psiquiátricas, devido ao grande défice de socialização que apresentam.

## **2.7 Diagnóstico Diferencial**

“O termo diagnóstico diferencial refere-se ao ato de distinguir os vários diagnósticos associados daquele que acaba por ser feito” (Siegel, 2008, p.148).

Devido à heterogeneidade de sintomas presentes nos casos de perturbação de espectro do autismo e na dificuldade em diferenciar esta perturbação de todas as outras, é fundamental examinar não só as áreas de dificuldade, mas também áreas de capacidade para, deste modo, se atribuir um diagnóstico preciso de SA.

As Perturbações Globais do Desenvolvimento podem apresentar seis diagnósticos específicos: Perturbação Autista (PA), Síndrome de Asperger (SA), Síndrome de Rett, Síndrome do X-frágil, Perturbação Desintegrativa da 2ª Infância e Perturbações Globais do Desenvolvimento sem outra especificação.

A **Perturbação Autista**, já mencionada no tópico anterior, e de acordo com os critérios estabelecidos no DSM – IV – TR, tem de abranger seis dos doze critérios, dois dos quais refletem dificuldades na área do desenvolvimento social, dois na área da comunicação e pelo menos outros dois na área de atividades e interesses atípicos.

A **Síndrome de Asperger** tem em comum com o Autismo as incapacidades sociais, os comportamentos restritos e repetitivos, mas as capacidades da linguagem encontram-se bem desenvolvidas e apresentam um funcionamento cognitivo sem défices (Ozonoff et al, 2003).

Atualmente, os critérios de diagnóstico utilizam a designação de SA para se referirem a pessoas com autismo mas que apresentam um nível cognitivo normal e uma boa capacidade de expressão oral.

A **Síndrome de Rett** é mais frequente em raparigas que rapazes. Embora à nascença e durante os cinco primeiros meses a criança se desenvolva normalmente, posteriormente, por volta dos seis meses ou segundo ano de vida, começa a regredir e a perder aptidões. As capacidades específicas da linguagem, cognitivas e motoras perdem-se ou nunca se desenvolvem. Normalmente o crescimento da cabeça e o desenvolvimento cerebral é lento. Os movimentos manuais aumentam de intensidade, tornando-se tão severos que a criança fica impedida de realizar os seus autocuidados. O interesse pelos outros deixa de ser relevante e a marcha torna-se instável. Praticamente não há uso de linguagem e desenvolve-se uma deficiência mental grave a profunda.

De etiologia conhecida, causada por hereditariedade, a **Síndrome de X-frágil** é um problema genético, uma mutação pontual do cromossoma X. Normalmente atinge predominantemente indivíduos do sexo masculino. Ao contrário das outras perturbações globais do desenvolvimento, estes indivíduos têm características físicas específicas: orelhas grandes, em concha e de implantação baixa; rosto alongado, queixo proeminente e articulações muito flexíveis. Tendem a estabelecer pouco contacto ocular, a exibir movimentos corporais estereotipados e, quando sujeitos a muita pressão, o volume da voz é alterado, afala é rápida e explosiva e verifica-se uma significativa ocorrência de ecolália. Têm também problemas de interação embora menos severos quando comparados com crianças com autismo.

Na **Perturbação Desintegrativa da 2ª Infância**, há uma regressão súbita e grave após pelo menos dois anos de desenvolvimento normal. Antes da regressão, a criança mantém um discurso, relações sociais, inteligência e capacidades de autoajuda normais. Ocorre então uma perda de capacidades, uma perda de desejo de envolvimento social, ausência de linguagem, perda de aptidões motoras, cognitivas e até mesmo de autocuidados. Pode ocorrer em rapazes ou raparigas, embora seja mais frequente nos primeiros.

A **Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação** é utilizada quando um indivíduo tem comportamentos e dificuldades de tipo autístico mas ou têm menos sintomas ou têm um padrão diferente dos outros da categoria das Perturbações Globais do Desenvolvimento.

## **2.8 Intervenção e Tratamento**

Embora as diversas pesquisas e experiências tenham desvendado muitos dos mistérios que rodeiam esta problemática, a SA continua a ser uma doença complexa que afeta cada indivíduo de modo particular.

Como Cumine et al. (1983, p. 31) referem, para “proporcionar uma educação eficaz às crianças com SA, é essencial compreender a natureza das suas limitações, a origem das suas dificuldades, os pontos fortes – enfim, o estilo cognitivo”.

O que resulta para uma criança pode não resultar para outra. Não há uma terapia isolada que funcione para todas as crianças. O importante será pois combinar diferentes terapias e intervenções para atenuar as dificuldades e facilitar a vida destas crianças. A habilidade, experiência e estilo do terapeuta são, sem dúvida, fatores essenciais para a eficácia da intervenção.

O tratamento para esta problemática deve passar por uma educação específica e uma intervenção precoce, adequada às necessidades e características individuais de cada criança de modo a tornar a sua vida o mais harmoniosa possível.

Família e professores são dois imprescindíveis intervenientes no tratamento desta problemática. Devem, por esse motivo, receber orientação, informação e apoios necessários para poderem minimizar os problemas destas crianças, aumentando-lhes a autonomia, e facilitando-lhes o desenvolvimento de habilidades cognitivas e académicas.

De seguida apresentamos algumas terapias que considerámos relevantes e que se podem aplicar a crianças portadoras de Síndrome de Asperger.

➤ **Treino de Competências Sociais:** é uma forma de terapia de grupo que ensina às crianças as competências que precisam para interagir, com mais sucesso, com outras crianças, auxiliando-as, por exemplo, a interpretar expressões não-verbais, emoções e interações;

➤ **Terapia Cognitiva Comportamental:** terapia que pode ajudar as crianças mais “explosivas” ou ansiosas a gerir melhor as suas emoções e reduzir os interesses obsessivos e rotinas repetitivas prevenindo assim o isolamento e a depressão que geralmente ocorre durante a adolescência;

➤ **Utilização de Fármacos:** utiliza-se para sintomas coexistentes, tais como depressão e ansiedade;

➤ **Fisioterapia ou terapia ocupacional:** são vantajosas para crianças com problemas de integração sensorial ou fraca coordenação motora;

➤ **Terapia Fonoaudiológica Especializada:** ajuda as crianças que têm problemas com a pragmática do discurso;

➤ **Treino e apoio aos pais:** para ensinar aos pais técnicas comportamentais que podem ser praticadas em casa.

Concluindo, a Síndrome de Asperger é um transtorno severamente incapacitante, crónico e que devido aos transtornos que acarreta, requer um trabalho individualizado e especializado pelos diferentes agentes educativos.

O prognóstico de uma criança com SA é tanto mais favorável quanto mais precoce for o diagnóstico e a intervenção.

Os portadores desta síndrome manifestarão sempre, de um modo ou de outro, dificuldades de adaptação à vida ativa, pelo que auxiliá-los na integração da sociedade, tendo em conta as suas características, necessidades e interesses é, de facto, o caminho a seguir.

### 3. Autoconceito

O estudo e interesse pelo autoconceito remontam à Grécia Antiga. O desejo do homem saber mais acerca de “si próprio” é presumivelmente a grande motivação dos filósofos, Sócrates, Platão, Aristóteles, Descartes, Locke e outros, para a procura de resposta à questão: “Quem sou eu?”.

#### 3.1 Perspetiva histórica

Em 1890, William James interpreta a teoria do autoconceito de um ponto de vista psicológico. Considerado o precursor desta axiomática, James distinguiu dois aspetos fundamentais do *self*: o “eu” e o “mim”. Definiu o “eu” enquanto sujeito, agente ativo e conhecedor; o “mim”, como objeto conhecido, como sabedor do contexto de experiências. Estes dois aspetos coexistem e formam o *self*, isto é, o conhecimento sobre si próprio, o somatório de tudo o que o indivíduo pode designar “seu” (Hattie, 1992).

James enfoca a construção do autoconceito numa perspetiva individual (1890, *in* Harter, 1999) e identifica quatro constituintes do *self*: o *self material*, que inclui o corpo e tudo aquilo que o indivíduo considera como seu; o *self social*, que reflete a perceção que os outros têm por ele, a sua reputação; o *self espiritual*, respeitante às capacidades intelectuais e físicas, às tendências, às aspirações e aos interesses, que o indivíduo pondera como parte integrante de si mesmo; e o *puro ego*, relativo ao sentido de identidade.

Opostamente a James que considerava a construção do *self* um processo individual, Baldwin, Cooley e Mead identificam esta construção como uma estrutura assente na experiência social do sujeito, ou seja, o resultado das interações que mantém com os outros (Simões, 2001).

Apesar de algumas particularidades explícitas, estes autores atribuem grande importância à interação social, defendendo que a tomada de consciência de nós próprios só acontece consoante as relações estabelecidas com os outros. Litigam que as autoavaliações e autorrepresentações são influenciadas pela imagem e avaliações que os outros fazem sobre o nosso comportamento, a nossa imagem e atitudes.

### **3.2 Definição**

Embora se assista a uma indiscriminada utilização, não existe uma definição consensual do termo autoconceito.

Ponderamos o autoconceito como a percepção que o sujeito tem de si próprio. Em termos específicos, considera-se como o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social. Essas percepções formam-se através das experiências nos vários contextos de vida em que o sujeito se move (Fontaine & Faria, 1990).

Segundo Serra, (1986, cit. por Silva, 2011, p. 54), o autoconceito é definido “como a percepção que o indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam eles de natureza social, emocional, física ou académica”.

Figueiredo (2000), citando Shavelson, Hubner e Stanton (1976), define o autoconceito como uma auto percepção que o indivíduo formata, baseada nas experiências com o meio, nas interpretações da experiência, nas atribuições que a pessoa faz aos seus comportamentos e nas avaliações e reforços que têm significado para o indivíduo.

Wells e Marwell (1976, cit. por Figueiredo, 2000) descrevem o autoconceito como um constructo hipotético, desenvolvido a partir das vivências do indivíduo e revela-se útil para descrever, predizer e explicar o comportamento humano, assim como para verificar como a pessoa se auto percebe.

Faria e Fontaine (1990, p.98) referem que o autoconceito é entendido como “a percepção que o sujeito tem de si próprio, e em termos específicos, o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias”.

Desta forma e considerando o autoconceito parte integrante da personalidade, enquanto faz a sua auto descrição, é lógico que a pessoa enumere juízos de valor, motivo pelo qual o autoconceito se encontre relacionado com a autoestima.

Hatie (1992), reportando-se para uma dimensão cognitiva e intelectual, relaciona o autoconceito às concepções que temos acerca de nós próprios e constituem avaliações cognitivas dos nossos atributos pessoais. A autoestima remete-se para uma dimensão

valorativa, fundamentalmente emocional, embora seja uma faceta do autoconceito. Ao autodescrever-se, o indivíduo enumera juízos valorativos, descreve o grau de confiança no modo de pensar e lidar com os desafios colocados, na capacidade de lutar pelos objetivos que se propõe alcançar.

Segundo Veiga (1990), a autoestima emerge como o grau de correspondência entre o conceito ideal que o indivíduo tem de si mesmo e o conceito real e considera que o autoconceito poderia definir-se como o resultado das experiências de êxito e fracasso, comparadas com as aspirações do indivíduo.

Na presente investigação, recorreremos aos termos auto percepção, autoimagem e auto descrição como sinónimos de autoconceito.

### **3.3 Desenvolvimento e construção**

Existem inúmeras teorias, no domínio da psicologia, acerca da construção do autoconceito. Nesta investigação ponderamos o enfoque no modelo cognitivo, uma vez que o autoconceito é encarado como uma variável cognitiva isto é, suporta mudanças qualitativas e segue os mesmos preceitos de desenvolvimento de qualquer estrutura do conhecimento.

Segundo Veiga (1990), o autoconceito é o resultado de um processo de desenvolvimento contínuo, que se forma progressivamente ao longo de vários estádios de desenvolvimento, onde as estruturas evoluem e se integram, possibilitando ao sujeito um crescente autoconhecimento.

Assim, inicialmente, no seio familiar e mais tarde na escola, a consciência que cada um faz de si próprio vai-se incrementando, é um processo inevitável e mutável.

Numa primeira fase, entre os 3 e os 5 anos, a criança ainda não se encontra preparada para se observar a si própria, imperando o egocentrismo e internalizando os padrões pelos quais os outros a julgam. A sua autoavaliação está muito dependente dos outros significativos e baseia-se essencialmente nas características observáveis (e.g., os atributos físicos; os comportamentos; bens materiais que possui) (Harter, 1999).

Quando entra para a escola, o autoconceito da criança amplia-se e esta começa a ser capaz de se descrever tendo em conta alguns dos seus atributos psicológicos: atitudes, valores, interesses e aspetos da personalidade. É uma fase preponderante para a expansão de si mesmo. O mundo escolar propicia novas vivências, experiências e expectativas. As descrições tornam-se mais elaboradas e pormenorizadas e os atributos geram-se na base da comparação com os pares. É comum verificar-se alguma tendência para inflacionar o seu sentido de competência, confundindo a forma como se veem do modo como gostariam de ser (quem sou eu? como gostaria de ser?).

Com a chegada da puberdade, entre os 12 e os 14 anos de idade, o adolescente inicia uma introspeção sobre os seus próprios sentimentos, comportamentos e motivações e passa a centrar as suas descrições em aspetos internos e psicológicos. As competências sociais são muito valorizadas e há uma constante comparação social. A crescente autonomia, a maturidade física e a valorização da vida académica conduzem o adolescente a salientar aspetos como: as relações estabelecidas com os colegas, o êxito alcançado, a imagem corporal, o significado da vida, a escolha vocacional e as relações familiares. É notória a necessidade de refazer e valorizar a sua imagem corporal pois as mudanças físicas que ocorrem e a capacidade de atração física são componentes muito importantes neste período. Por vezes, há uma tendência para distorções e enviesamentos. Alguns adolescentes tendem a sobrevalorizar as suas competências, enquanto outros se desvalorizam, o que pode conduzir a um autoconceito irreal.

No final da adolescência, o autoconceito torna-se mais estável e abstrato e é definido consoante os papéis sociais que o indivíduo assume e abrange múltiplas dimensões.

Embora se torne estável, o autoconceito não é imutável. À medida que o ciclo de vida avança, diferentes dimensões são valorizadas e as descrições vão-se tornando mais abstratas e subjetivas.

### **3.4 Funções do autoconceito**

O desenvolvimento do autoconceito é um elemento essencial para o equilíbrio psíquico do indivíduo e parece conduzir a uma melhor aceitação de si próprio e a realizações melhoradas.

Incrementam-se estruturas, expectativas e diretrizes que permitem ao indivíduo interpretar e dar sentido às experiências de vida e sustentar uma imagem coerente de si mesmo, favorecendo o seu sentimento de autoeficácia.

Pode apresentar uma função motivacional, pois enquanto identifica modelos e delinea ideais, o sujeito perspetiva objetivos e metas a atingir e procura novos incentivos para a obtenção de sucesso (Harter, 1999).

A partir do momento em que o sujeito reconhece as suas potencialidades e limitações, o autoconhecimento reveste-se com uma função protetora, hedonista (busca a maximização do prazer e evita o desprazer), consciência que desfruta do seu desempenho em conjunturas específicas, permitindo ao indivíduo, regular, mediar e orientar o seu comportamento.

Contudo, as consequências do desenvolvimento do autoconceito não são apenas salutares. O facto de se distinguir do outro, a comparação constante com o seu semelhante, as variáveis como o nível socioeconómico, a influência familiar, o contexto em que o indivíduo se insere e ainda a existência de Necessidades Educativas Especiais, podem influenciar negativamente a construção do autoconceito, estimular alguma vulnerabilidade emocional e desencadear um autoconceito irreal (Figueiredo, 2000).

### **3.5 Avaliação do autoconceito**

A notória falta de consenso relativamente à definição de autoconceito fez proliferar inúmeras formas de avaliar este constructo.

A conceção multidimensional do autoconceito é a que se encontra implícita na maior parte dos instrumentos de avaliação e a que é defendida pela maioria dos autores.

Esta abordagem avalia diferentes facetas do autoconceito, dando relevo a aspetos particulares e específicos.

Para melhor compreender esta abordagem, reportamo-nos ao modelo de Shavelson, Hubner e Stanton (1976), representado na figura 1.

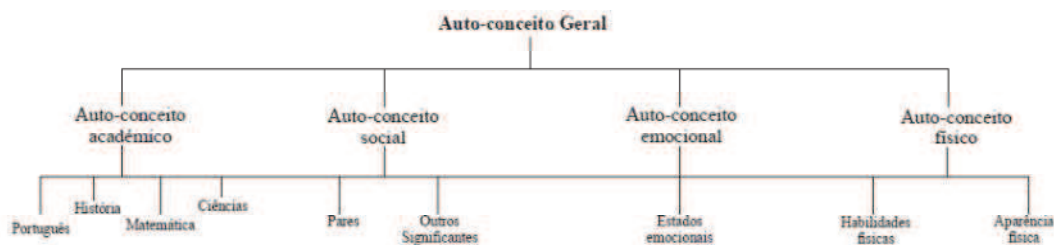


Fig. 1 - Modelo hierárquico para organização do autoconceito, adaptado por Hattie (1992) do modelo proposto por Shavelson, Hubner e Stanton (1976).

Segundo este modelo, o autoconceito geral divide-se em diferentes áreas, académicas e não académicas, abrangendo diferentes facetas às quais normalmente a pessoa atribui valores negativos ou positivos.

As avaliações do autoconceito podem ser, segundo Veiga (1990) obtidas por dois métodos:

(i) **auto descrição**: o indivíduo descreve-se a si próprio;

(ii) **método inferencial**: o indivíduo é descrito através de inferências feitas por outros sujeitos ou pelos próprios comportamentos manifestados.

Na auto descrição o indivíduo revela, através de uma entrevista ou de um questionário, aquilo que pensa acerca de si próprio. Enquanto que na entrevista livre o entrevistado fala livremente acerca de si próprio, havendo um autoconceito consciente, na auto descrição por questionário, o indivíduo limita-se a responder aos itens propostos pelo entrevistador (Veiga, 1990).

Diversos investigadores desenvolveram diferentes escalas e questionários que permitiram medir e/ou avaliar diferentes áreas do autoconceito.

Destacamos alguns dos instrumentos mais utilizados: Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) publicada em 1965; Coopersmith Self-Esteem Inventories (CSEI) publicado em 1967; The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS), publicada em 1969;

Self-Perception Profile for Children (SPPC), publicada em 1979 e reformulada em 1982; Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA) publicada em 1989; Self-Perception Profile for College-Students (SPPCS), publicada em 1986; Self-Description Questionnaires (SDQ), publicado em 1988 (Figueiredo, 2000).

No *método inferencial*, recorre-se à aplicação de testes projetivos e ao auxílio de psicólogos ou observadores treinados para se fazerem inferências sobre um determinado indivíduo (baseadas em escalas de observação do comportamento ou entrevistas) (Veiga, 1990).

Ambos os métodos são criticados e postos em causa quanto à sua veracidade. A auto descrição por considerar que raramente o indivíduo revela aquilo que pensa sobre si próprio bem como não refletir verdadeiramente algumas dimensões com receio de serem criticados socialmente. O método inferencial por implicar um maior dispêndio de tempo e custos elevados e por, tal como o método auto descritivo, poder não corresponder à realidade, isto é, de alguma forma o observador pode influenciar e deturpar a avaliação do sujeito observado.

Na presente investigação centrar-nos-emos na avaliação do autoconceito por auto descrição por considerarmos um método bastante utilizado e por possibilitar ao indivíduo a resposta sobre o que pensa acerca de si próprio.

Utilizamos a *Escala de Autoconceito de Piers-Harris2* (PHCSCS) que é um instrumento de autorrelato com itens referentes aos domínios comportamentais, intelectuais/escola, aparência física/ atributos, ansiedade, popularidade e felicidade/satisfação.

Este instrumento sugere-nos algo suscetível de auxiliar a compreender o modo como os jovens com SA se autodescrevem.

#### 4. Autoconceito em Alunos com NEE

Como referimos anteriormente, o autoconceito da criança forma-se, inicialmente, no seio familiar. Mais tarde, quando entra para a escola, a interação com os seus pares e outros agentes externos à família contribuem para o desenvolvimento de uma identidade e construção do autoconceito.

À medida que se compara com os outros, que aceita o que as outras pessoas dizem e pensam sobre ela, é normal que a criança com alguma deficiência se comece a aperceber que é diferente dos outros, se comece a descrever como menos competente em determinada área e faça uma autoavaliação baixa de si própria.

Têm surgido diversos estudos que abordam o tema autoconceito em alunos com Necessidades Educativas Especiais e apontam para que, geralmente, as crianças com NEE revelem níveis de autoconceito inferiores aos das crianças ditas “normais”.

Meighan (1971), ao aplicar a “*Tennessee Self-Concept Scale*” a adolescentes com deficiência visual, verificou que apresentavam níveis negativos nas dimensões básicas do autoconceito (Kirk & Gallagher, 1987).

Montenegro (1997), aplicou a escala de autoconceito de *Piers-Harris* a crianças deficientes auditivas, pretendendo avaliar os seus perfis em comparação com crianças com audição normal e concluiu que as primeiras apresentavam valores inferiores no seu autoconceito.

Miranda (2005), no seu estudo “*Dificuldades de Aprendizagem e Autoconceito*”, concluiu que crianças com Dificuldades de Aprendizagem apresentavam um autoconceito geral mais baixo do que alunos sem Dificuldades de Aprendizagem.

Ferreira (2010), estudou a autoimagem em crianças com Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e concluiu que em relação a crianças ditas “normais”, as crianças com PHDA apresentavam uma autoimagem escolar e comportamental estatisticamente inferior à das outras crianças.

Pelo exposto, e por acreditarmos que as crianças com NEE necessitam, mais do que qualquer criança, de um enorme apoio para um desenvolvimento de um autoconceito positivo, resolvemos realizar este estudo, na esperança de contribuir para uma reflexão sobre a importância deste constructo.

## 5. Autoconceito e Síndrome de Asperger

O que o indivíduo pensa sobre si próprio pode constituir um fator de risco ou estimulador para o seu bem-estar subjetivo.

É consensual que desfrutar uma autoimagem positiva permite um comportamento social, afetivo e intelectual adequado. Por outro lado, um autoconceito desajustado influi, de forma notável, o nosso bem-estar espiritual, o nível de satisfação e, acima de tudo, na própria saúde e capacidade psíquica.

Nem sempre é fácil (re) conhecer o que um indivíduo com SA está a pensar ou a sentir. A grande dificuldade em evidenciar emoções e o isolamento social que tão bem os caracterizam podem mascarar o seu autoconceito.

A SA é uma condição que, por si só, poderá conduzir à discriminação e exclusão social, comprometendo diferentes áreas e conduzindo a um baixo autoconceito. É fácil imaginar como a imagem que têm de si próprios possa ser influenciada só pelas dificuldades que esta patologia acarreta.

Um dos motivos pelos quais portadores com SA podem ter problemas de autoconceito é o facto de eles tenderem a revelar uma autoimagem muito irreal (Boyd, 2004). Ao apresentar-se demasiado perfeccionista, não reconhecendo as suas fraquezas e não atingindo o padrão que considera espectável, sofre enormes deceções. Da mesma forma, pode suceder o inverso. Ao apresentar-se arrogante, distante e teimoso, poderemos imaginar um indivíduo com elevado autoconceito e isso pode simplesmente ser uma estratégia (*coping*) para camuflar os seus receios, as suas fraquezas e dificuldades.

Ao suportar experiências de fracasso, o indivíduo poderá incorporar essa ideia no seu autoconceito, mesmo não sendo coerente com o real.

No entanto, nem só a percepção que cada indivíduo possui de si próprio afeta o desenvolvimento do autoconceito. A opinião dos outros em relação a si é também determinante para esta construção.

Crianças e jovens com SA estão frequentemente em risco de desenvolverem uma sintomatologia depressiva. A falta de confiança e autonomia, a sensação de isolamento, a humilhação, o preconceito e a discriminação a que muitos se sujeitam provocam um

enorme desgaste a nível psicológico. O papel desempenhado pelos adultos na construção e clarificação da autoimagem da criança e jovem com SA é crucial e preditor do seu desenvolvimento harmonioso.

A partir das manifestações e ações dos outros, a criança vai adquirindo consciência de ser um indivíduo de estima ou desprezo.

Proporcionar sentimentos de segurança, felicidade, aceitação, valorização de capacidades, promoção da independência, mostrar disponibilidade e suporte, estabelecer regras e limites, incentivar a enfrentar novas situações e aplicar todos os seus esforços aquando de um novo desafio, possibilitam a criação de um autoconceito elevado e coerente.

## **CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO**

Realizada a fundamentação teórica, pretendemos com este capítulo proceder à explanação da motivação e objetivos desta investigação.

### **1. Motivação**

Este estudo parte da nossa preocupação e interesse pela educação e sucesso dos alunos com NEE enquanto docente.

A vontade e interesse de investigar e perceber que conceito têm de si próprio os jovens com alguma patologia, foi, sem dúvida, o ponto de partida para a nossa investigação e o mote para o desenvolvimento deste tema.

O facto de na nossa prática pedagógica sermos confrontados com casos jovens que desconhecem que sofrem de alguma patologia e de que possuem características muito peculiares e não entendem algumas das suas limitações, suscitou-nos o interesse para desvendar que imagem têm de si próprios.

Considerando o autoconceito preditor do bem-estar do indivíduo a nível social, físico e emocional, estudar e perceber como se auto imaginam estes jovens poderá constituir um contributo para o sucesso de casos similares com esta patologia.

### **2. Objetivos**

O presente estudo tem como principal objetivo perceber de que forma se autoavaliam jovens com Síndrome de Asperger em diferentes domínios (competência escolar, aparência física, comportamento e aceitação social) e que repercussão poderá ter a nível pessoal e do seu desenvolvimento.

Como objetivos específicos salientam-se:

- (i)** Conhecer o perfil de autoconceito de jovens com SA;
- (ii)** Avaliar o autoconceito em diferentes domínios: aparência e atributos físicos, aspeto comportamental, ansiedade, estatuto intelectual e escolar, popularidade, satisfação/felicidade.
- (iii)** Explorar a relação entre o autoconceito e a problemática de SA.

## **CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO**

Em qualquer investigação, a escolha do método mais adequado reveste-se de grande importância. É fulcral examinar a concordância entre a problemática, os objetivos definidos e as hipóteses delimitadas.

De seguida, apresentaremos, a justificação das opções metodológicas que orientam este estudo, a seleção e caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos e técnicas de recolha, e as etapas para a concretização deste estudo, nomeadamente o tratamento e análise de dados e os procedimentos utilizados.

### **1. Método/ Opção Metodológica**

A presente investigação assenta num estudo de caso, no qual fazemos uso de instrumentos de recolha de dados que assumem um carácter quantitativo e qualitativo.

Por um lado, procuramos conhecer um fenómeno específico e encontrar relações entre variáveis – abordagem quantitativa. Por outro, pretendemos obter uma descrição detalhada sobre um determinado contexto e problema – abordagem qualitativa.

Segundo Coutinho (2011), a pesquisa quantitativa “centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de variáveis comportamentais e/ou sócio afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação científica” (p.24).

Relativamente à investigação qualitativa, Flick (2005) refere, que “está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e atividades das pessoas nos seus contextos próprios” (p.13).

Julgamos que a opção por estes dois paradigmas se adequam ao estudo proposto pois procuramos encontrar relações entre o Autoconceito e a Síndrome de Asperger, mas também obter uma descrição detalhada de algumas concepções próprias dos sujeitos.

Uma vez que é nossa pretensão deduzir inferências sobre o fenómeno aqui estudado, como único e específico, centramo-nos numa abordagem metodológica de estudo de caso.

De acordo com Sousa (2005),

o estudo de um caso visa essencialmente a compreensão de um comportamento de um sujeito, de um dado acontecimento, ou de um grupo de sujeitos ou de uma instituição, considerados como entidade única, diferente de qualquer outra, numa dada situação contextual específica que é o seu ambiente natural (p.137).

Assim sendo, convém ressaltar que é nossa pretensão estudar este caso específico e não a sua generalização.

Como Stake (2007) defende, “a investigação como estudo de caso não é uma investigação por amostragem. Nós não estudamos um caso com o objetivo primário de entender outros casos. A nossa primeira obrigação é compreender esse caso específico” (p.20).

Com vista a obtenção dos dados para a concretização deste estudo, selecionou-se a escala de Autoconceito de Piers-Harris 2 (*PHCSCS – Piers Harris Children’s Self Concept Scale*), versão mais recente reduzida a 60 itens, por constituir um método rápido, económico e muito usual no âmbito da avaliação do Autoconceito e da investigação científica.

No entanto, e porque nos foram surgindo algumas dúvidas aquando da administração da referida escala, recorreremos ainda à aplicação de um inquérito por entrevista de modo a esclarecer, de forma imediata, as respostas dos participantes e conhecer, em detalhe as suas opiniões.

## **1.1 Amostra**

A amostra deste estudo é constituída por três jovens do sexo masculino com diagnóstico de Síndrome de Asperger, a frequentar o segundo e terceiro ciclos com idades compreendidas entre os 10 e os 13 anos de idade.

### **1.1.1 Seleção da amostra**

A amostra utilizada neste estudo é não probabilística (pois não é possível assegurar que seja representativa de toda a população) e por conveniência.

A sua escolha recaiu no facto de se acreditar que é uma faixa etária controversa, plena de acontecimentos que geram diferentes conceitos de si próprios. Também por termos constatado, através da análise bibliográfica, que esta etapa de vida é aquela em que o autoconceito adquire uma certa estabilidade e sofre poucas modificações.

O facto de serem indivíduos do sexo masculino e não do feminino explica-se por dois motivos, a saber: 1) há um estereótipo tradicional de que os rapazes possuem uma autoimagem mais positiva que as raparigas e 2) esta patologia afetar maioritariamente indivíduos do sexo masculino.

Um outro motivo para a escolha desta amostra deve-se ao facto de acreditarmos que em relação a idades mais novas, estes jovens detêm um realismo crescente do seu autoconceito e por considerarmos que nestes níveis de escolaridade o fator de comparação social está mais vincado.

Pelo facto de ser uma patologia que não é visível fisicamente e ser ainda desconhecida para grande parte dos profissionais, levou-nos a acreditar que o desenvolvimento e construção do autoconceito pode, de algum modo, ser um aspeto relegado.

Finalmente, por acreditarmos que educadores e profissionais da educação deveriam investir na construção de um autoconceito positivo de modo a promover um desenvolvimento futuro com sucesso.

### 1.1.2 Caraterização da amostra

Todos os participantes deste estudo frequentam a mesma escola EB2,3, situada no concelho da Maia, distrito do Porto. Procedeu-se a uma seleção por conveniência, uma vez que nos encontramos a lecionar neste estabelecimento de ensino. Para cada participante foi atribuída uma letra: A, B e C, de modo a preservar o seu anonimato.

Na tabela seguinte, apresentamos as caraterísticas dos participantes nesta investigação.

Tabela 1 - Caraterização da amostra

Entrevistados	Género	Idade	Grau de Escolaridade	Naturalidade	Patologia
<b>Aluno A</b>	Masculino	10	5.º ano	Porto	Síndrome de Asperger
<b>Aluno B</b>	Masculino	13	7.º ano	Porto	Síndrome de Asperger
<b>Aluno C</b>	Masculino	13	7.º ano	Porto	Síndrome de Asperger

De seguida, fazemos uma caraterização de cada participante, recorrendo às informações contidas no seu PEI.

Tabela 2 – Caraterização pormenorizada do Aluno A

<b>Aluno A</b>
<p>O aluno A, nascido a 02/08/2002, foi fruto de uma primeira gravidez, acidental. Na sua família existiam já alguns elementos com problemas de NEE: trissomia 21, cegueira e deficiência motora. É filho único.</p> <p>Com dois anos e meio ainda não falava e foi esse o motivo pelo qual a mãe procurou auxílio médico. Através de uma consulta de pediatria particular, a médica considerou existir alguma patologia associada ao atraso de fala. Nesse ano (2004), a mãe foi aconselhada a consultar uma pedopsiquiatra, que lhe fez uma avaliação e que diagnosticou um conjunto de caraterísticas compatíveis com SA, embora cognitivamente evidenciasse um nível acima da média dos valores esperados para a sua idade cronológica. Ainda nesse ano, começou a frequentar o Jardim de Infância e iniciou o apoio da Educação Especial,</p>

beneficiando ainda de consultas de Terapia de Fala e Terapia Ocupacional (pelo centro de saúde da sua região).

Atualmente, com dez anos de idade, continua a apresentar limitações significativas ao nível das competências relacionais, interações sociais e intolerância à frustração. No entanto, segundo dados constantes no seu relatório de avaliação psicopedagógico, o aluno A revela uma estrutura cognitiva suficientemente estimulada para os processos de aprendizagem e devido às medidas educativas implementadas no seu Programa Educativo Individual (PEI), têm-se revelado essenciais para o seu progresso.

De acordo com registos do psicólogo escolar, não tem nenhuma incapacidade ao nível das funções psicomotoras (b147) e das funções da percepção (b156). Apresenta incapacidade ligeira ao nível das funções intelectuais (b117.1), nas funções da atenção (b140.1), nas funções emocionais (b152.1), nas funções cognitivas básicas (b163.1) e nas funções cognitivas de nível superior (b164.1). Possui incapacidade moderada nas funções da orientação no espaço e no tempo (b114.2), nas funções intrapessoais (b125.2), nas funções do temperamento e da personalidade (b126.2), nas funções da memória (b144.2), nas funções de cálculo (b172.2) e nas funções de fluência e do ritmo da fala (b330.2). Revela dificuldades moderadas ao nível das funções mentais da linguagem (b167.2) e dificuldades graves ao nível das funções emocionais (b152.3).

No que se refere à Atividade e Participação, o aluno A necessita de atenção redobrada por parte do professor para que este o oriente e explique as atividades que vão sendo desenvolvidas durante a rotina diária. Caso isso não aconteça, o aluno entra no seu próprio mundo, revelando muitos dos seus maneirismos e estereotípias.

Na aprendizagem e aplicação de conhecimentos, não demonstra dificuldade na aquisição dos mecanismos ligados à leitura (d166) pois lê de forma fluente e impregna ritmo e entoação nas suas leituras. Ao nível da produção escrita (d170.3), escreve com poucos erros ortográficos, mas revela-se pouco criativo e mostra dificuldades na articulação do pensamento e das suas ideias, necessitando de muito auxílio para as estruturar e para as expandir. Relativamente ao cálculo (d172.0) revela facilidade e apresenta um bom raciocínio lógico-matemático (d172.0 e d163.1). Demonstra muitas dificuldades em concentrar e dirigir a atenção (d160.3, d161.3) distraíndo-se frequentemente com ruídos externos ou com informação que capte os seus interesses. Revela muitas dificuldades em

manter a atenção em situações prolongadas de ensino-aprendizagem pela via auditiva, distraíndo-se com os objetos que o rodeiam. Na resolução de problemas, tem graves dificuldades em encontrar soluções, desenvolver opções e soluções (d175.3). Nas tarefas e exigências gerais, não parece ter dificuldades em organizar e planejar as componentes necessárias para levar a cabo uma tarefa única. Contudo, em situações que envolvam tarefas múltiplas onde o aluno precisa de preparar, iniciar e organizar o tempo e o espaço para executar tarefas múltiplas ou simultâneas parece perder-se e desorganizar-se necessitando do estímulo constante do adulto para concluir as tarefas (d220.2).

Revela dificuldades em compreender que as outras pessoas têm opiniões e atitudes que diferem das dele e manifesta alguma dificuldade em exprimir as suas ideias, opiniões e mesmo em manter um diálogo com os pares (d310.2, d331.2 e d355.3). Por vezes dá uso a ecolálias, necessitando do reforço do adulto para diminuir progressivamente a sua produção.

Não apresenta dificuldades ao nível da linguagem oral, apenas demonstra alguma dificuldade em respeitar os turnos da conversação e em seguir o tema de uma conversa pois interpela com frequência os interlocutores com tópicos do seu interesse. Por vezes revela dificuldade em compreender e respeitar as regras de um jogo e com frequência tenta impor as suas regras.

Tabela 3 – Caracterização pormenorizada do Aluno B

<b>Aluno B</b>
<p>O aluno B nasceu a 07/02/2000. Foi fruto de uma gravidez planeada, embora tivesse sido considerada de risco durante toda a gestação, devido a descolamento da placenta. Antes desta conceção, a mãe tinha sofrido dois abortos espontâneos. Embora na sua família não se registem casos comprovados de NEE, a mãe refere que a sua sogra e cunhada apresentam características muito semelhantes à do aluno, nomeadamente problemas de socialização. É filho único.</p> <p>Aos quatro anos de idade, a mãe começa a detetar ecolálias frequentes e decide levá-lo ao pediatra. Este informa-a que o aluno B evidencia um atraso no desenvolvimento, aconselhando-a a procurar uma consulta de psicologia. Nesse ano (2006), a psicóloga que observou o aluno diagnostica-lhe SA. O aluno começa então a frequentar consultas de</p>

Terapia de Fala e Terapia Ocupacional e a beneficiar do apoio da Educação Especial.

Atualmente tem treze anos de idade e as suas limitações relacionais ainda lhe causam algum transtorno e dificultam o seu bem-estar e desenvolvimento. Todavia, as medidas educativas que tem usufruído através do seu Programa Educativo Individual (PEI) permitem-lhe esbater e ultrapassar algumas dessas lacunas.

De acordo com informação existente do psicólogo escolar, o aluno B apresenta incapacidade grave nas funções cognitivas de nível superior (b164.3) e nas funções da atenção (b140.3). Ao nível das funções de cálculo (b172.2) e Funções Mentais Específicas, apresenta dificuldade moderada (b147.2).

No que diz respeito à Atividade e Participação, apresenta algumas dificuldades em estabelecer interações sociais recíprocas, nomeadamente com os seus pares (d710.3), preferindo isolar-se na sala de recursos a estar no recreio com os seus companheiros. Exibe ansiedade e impulsividade em ambiente escolar e, geralmente tende a ser um pouco problemático e conflituoso com alguns colegas (d740.2), revoltando-se facilmente sempre que os colegas tecem comentários que não são do seu agrado.

A concentração e atenção (d160.2) estão comprometidas, apresentando assim dificuldade em seguir algumas atividades, essencialmente as que não lhe suscitam interesse.

As dificuldades em resolver problemas (d175.2), tomar decisões (d177.2) e realizar tarefas de forma independente (d170.2) são também elementos que dificultam a sua interação social na escola e as atividades gerais.

Necessita de um feedback e apoio constante por parte do professor, de forma a compreender, continuar e finalizar algumas tarefas propostas.

Apresenta dificuldades moderadas em aprender a calcular (d150.2) e calcular (d172.2), mostrando uma baixa capacidade de representação mental, dificuldades de raciocínio numérico.

Tabela 4 – Caracterização pormenorizada do Aluno C

<b>Aluno C</b>
<p>O aluno C nasceu 25/05/1999. Foi fruto de uma gravidez planeada. A mãe revela angústia por ser sonâmbula e considerar que tomou medicamentos excessivos durante a gestação. É filho único.</p> <p>Em 2005, quando entrada para o 1.º ciclo, o aluno começa a queixar-se, com frequência, de excessivas dores nas articulações e ossos e a mãe decide levá-lo a um ortopedista. Faz diversos exames mas nada lhe é detetado. O médico enaltece o seu avançado desenvolvimento na linguagem. É aconselhada a procurar uma consulta de neuropediatria de modo a procurar outras respostas que a inquietam. Na consulta de neuropediatria, o aluno é avaliado e observado durante várias etapas e devido a um conjunto de características diagnosticam-lhe SA. A partir dessa data, o aluno passa a integrar a Educação Especial.</p> <p>Atualmente, com treze anos de idade, continua a apresentar limitações significativas ao nível das competências relacionais, interações sociais e intolerância à frustração. No entanto, tem mostrado progressos significativos devido às medidas educativas implementadas no seu Programa Educativo Individual (PEI).</p> <p>De acordo com relatórios psicológicos, o aluno C apresenta dificuldade moderada ao nível das funções de Temperamento e da Personalidade (b126.3). Revela-se conflituoso com os seus pares (b125.3). Demonstra alguma apatia e introversão, raramente estabelecendo relações com os pares. No entanto, com os adultos (professores e funcionários) facilmente estabelece relações e fá-lo de forma regulada. Amua com frequência e quando alguém o contraria ou pressiona, tende a “explodir” (b152.3), iniciando um conjunto de movimentos corporais e gritando algumas injúrias de carácter emocional, achando que os outros o perseguem e ninguém o compreende. Apresenta dificuldade moderada ao nível das Funções Psicomotoras (b147.2).</p> <p>Ao nível da Atividade e Participação, revela dificuldades em realizar ações e condutas (d710.2) socialmente adequadas, especialmente com os pares (d350.3), de modo a promover relacionamentos e interagir adequadamente. Tem uma enorme dificuldade em aceitar críticas (d720.2) e isola-se muito no recreio, refugiando-se constantemente na sala de recursos a jogar computador ou a brincar sozinho com um jogo. Não se esforça por estar com os outros e quando não pode estar na sala, tem atitudes impulsivas e um pouco</p>

agressivas.

Em contexto sala de aula, é um aluno que demonstra curtos períodos de atenção e, após o almoço, tende a manifestar um cansaço extremo, bocejando e dispersando a atenção (d160.3). Necessita do auxílio constante do adulto para cumprir, com sucesso, as suas tarefas escolares (d210.3). Na resolução de problemas tem graves dificuldades em encontrar soluções, desenvolver opções e soluções (d175.3). O tomar decisões e realizar uma tarefa entre várias tarefas que precisam de ser feitas é de extrema dificuldade para o aluno (d177.3). Exprime-se oralmente com clareza, mantendo um discurso rebuscado, coeso e elaborado. Em termos de leitura, o aluno lê com grande hesitação (d140.2), num tom monocórdico, sem pontuação e a baixa velocidade. Faz constantemente substituições e omissões de letras e palavras. Na escrita, a sua grafia é de baixa qualidade (d145.3) sendo difícil de descodificar e com imensos erros ortográficos. Tal como na leitura, também na escrita faz substituições e omissões de letras. Apresenta dificuldades graves na produção de textos (d170.3) pois revela lacunas na formulação e ordenação de ideias, conhecimentos e conceitos.

## 1.2 Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

No decurso deste estudo recorreremos à aplicação de uma escala de medição do Autoconceito e utilizámos entrevistas semiestruturadas a jovens com diagnóstico de Síndrome de Asperger como procedimentos para a recolha de informação.

### 1.2.1 Escala de Autoconceito de Piers-Harris (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale – PHCSCS 2*)

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliação do autoconceito é o questionário auto descritivo, em que o indivíduo responde sobre o que pensa de si próprio.

Nesta investigação, utilizamos como instrumento de recolha de dados, a *Escala de Autoconceito de Piers-Harris 2*, (*PHCSCS - Piers-Harris Children's Self-concept Scale 2*) (anexo 1). O *PHCSCS2* é um instrumento de avaliação do autoconceito usado na investigação científica, nacional e internacional, revelando características psicométricas que o representam como uma escala fiável para avaliar este constructo.

Criado na década de sessenta pelo americano *Piers & Harris*, foi posteriormente adaptada à população portuguesa por Feliciano Veiga em 1989, passando a ser um dos instrumentos mais utilizados na investigação científica, quer por investigadores, educadores e também clínicos.

A versão que aqui usamos foi revista e reduzida em 2002 (*Piers & Herzberg*). É constituída por 60 itens que refletem o autoconceito geral e que se distribuem, aleatoriamente, em seis domínios: Comportamento Ajustado (BEH), Estatuto Intelectual e Escolar (INT), Atributos e Aparência Física (PHY), Ansiedade (FRE), Popularidade (POP) e Felicidade/Satisfação (HAP).

Alguns itens são formulados no sentido positivo, outros no sentido negativo e para cada item existem duas hipóteses de resposta: sim/ não (escala dicotómica) em que o sujeito deverá assinalar a resposta consoante represente a situação com a qual mais se identifica.

De salientar que nesta escala há itens que se apresentam em mais do que um domínio. A distribuição dos itens aparece alternadamente ao longo da escala, do seguinte modo:

Tabela 5 – Estrutura da Escala de Autoconceito de *Piers-Harris2* (PHCSCS2)

<b>Domínios</b>	<b>Itens</b>	<b>Descrição</b>	<b>Nº de itens</b>
<b>Comportamento Ajustado (BEH)</b>	12,13,14,18,19, 20,27,30,36,38, 45,48,58,60	Avalia as percepções do sujeito sobre o seu comportamento em variadas situações e sobre a sua responsabilidade pelas suas ações, seja em casa ou na escola.	14
<b>Estatuto Intelectual e Escolar (INT)</b>	5,7,12,16,18,21, 22,24,25,26,34, 39,43,50,52,55	É a percepção do sujeito sobre o seu rendimento em tarefas intelectuais, bem como o reconhecimento dos seus pares face ao seu desempenho.	16
<b>Atributos e Aparência Física (PHY)</b>	5,8,9,15,26,33, 39,44,46,49,54	Avalia o que o indivíduo pensa sobre a sua aparência física.	11
<b>Ansiedade (FRE)</b>	4,6,7,8,10,17, 23,29,31,32,35, 40,56,59	Avalia a insegurança e preocupações da pessoa. Refere-se a emoções e expectativas negativas.	14
<b>Popularidade (POP)</b>	1,3,6,11,32,37, 39,41,47,51,54,57	Refere-se à forma como o indivíduo avalia a sua capacidade de relacionamento interpares, facilidade em fazer amigos, grau de popularidade e inclusão nas atividades de grupo.	12
<b>Felicidade/ Satisfação (HAP)</b>	2,8,28,31,35,40, 42,49,53,60	Avalia a satisfação que a pessoa sente em ser como é.	10

Construída com o objetivo de estudar as percepções que as crianças e adolescentes têm de si próprios, os seus atributos e comportamentos, esta escala destina-se a crianças e adolescentes dos 7 aos 18 anos de idade.

Para a determinação da pontuação no item, é atribuído um ponto ou zero, conforme a resposta dada seja reveladora, respetivamente, de uma atitude positiva ou negativa face a si mesmo. Por exemplo, no item 1 (“*Os meus colegas de turma troçam de mim*”),

a pontuação é 1 se a resposta for “*não*” e 0 se a resposta for “*sim*”. A pontuação total obtida na escala é alcançada pela soma da pontuação em cada um dos 60 itens e não pelo somatório das pontuações nos fatores (anexos 2 e 3).

Esta escala pode ser aplicada individualmente ou em grupo. Na presente investigação foi aplicada individualmente. Estabeleceu-se uma ligação com cada um dos jovens para que pudessem responder de forma natural, revelando a forma como se sentem acerca de si próprios.

A nossa escolha por esta escala recaiu no facto de se adequar à faixa etária da nossa amostra, ter a característica de estar construída com apenas duas opções de escolha, o que, a nosso ver, é favorável para alunos com esta problemática, por avaliar a auto-percepção do jovem em vários domínios e ser um instrumento bem estruturado. Deste modo, pensamos ter todos os requisitos necessários para utilização nesta investigação.

### **1.2.2 Entrevista**

No decurso deste estudo utilizámos a entrevista semiestruturada como um procedimento de recolha de informação no sentido de conhecer com detalhe algumas afirmações dadas pelos participantes na escala de Autoconceito mas também como uma forma de enriquecer os dados.

A criação desta entrevista surgiu da necessidade verificada ao longo da aplicação do questionário em clarificar alguns conceitos e termos que nos pareceram um pouco dúbios para os participantes.

Stake (2007), afirma que

dois dos usos mais importantes dos estudos de caso são para obter as descrições e as interpretações de outros. O caso não será visto da mesma forma por todos. Os investigadores qualitativos têm orgulho em descobrir e retratar as múltiplas perspetivas sobre o caso. A entrevista é a via principal para as realidades múltiplas.

Pelo exposto, a recolha de dados através da entrevista e a consequente análise de conteúdo, revelam-se como a técnica mais adequada quando pretendemos aceder às perspetivas pessoais dos participantes do estudo.

Planeamos realizar entrevistas individuais, semiestruturadas e presenciais. Previamente construímos um guião de modo a orientar as entrevistas e com o intuito de atingir as questões de investigação propostas, facilitando o posterior tratamento dos dados.

Os entrevistados foram informados sobre o trabalho de investigação e a importância da sua colaboração para a concretização do estudo, garantindo sempre o seu anonimato.

As entrevistas foram realizadas durante o período não letivo dos participantes e tiveram uma duração média de 15 minutos, num local apropriado. Por se sentirem inibidos, não se recorreu à utilização de um gravador áudio mas apenas ao registo das respostas dadas.

#### **1.2.2.1 Guião da entrevista**

As entrevistas realizadas para este estudo foram orientadas por um guião realizado previamente, que está presente no anexo 5 e que permitiu orientar/ conduzir a entrevista de modo preciso e adequado.

No entanto, conforme ia decorrendo a interação entre entrevistador e entrevistado foram surgindo outras questões, mas sabemos que essa constitui uma dinâmica própria das entrevistas semiestruturadas e que permite, precisamente, esclarecer detalhadamente a informação veiculada pelos entrevistados. Sempre que os entrevistados se afastaram do guião, procuramos encaminhar a conversa para os objetivos traçados previamente.

### 1.2.2.2 Técnica de análise das entrevistas

O processo de categorização é fundamental na metodologia qualitativa, uma vez que não se pode aspirar a uma captação da realidade congruente se não forem criadas categorias que a tornem compreensível (Anguera, 2001).

Assim, depois de transcritas as entrevistas o mais fidedignamente possível (anexo 6), prosseguimos à análise de conteúdo das mesmas.

Este procedimento consta de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção, (variáveis inferidas), destas mensagens (Bardin 2004, p.37).

A análise de conteúdo permite o tratamento da informação, de forma organizada. Para tal, para esta análise foi imprescindível ponderar etapas diversas.

Inicialmente procedemos a uma leitura flutuante, que segundo Bardin é crucial para “estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (2004, p.90). Seguidamente, usamos uma leitura seletiva por forma a seleccionar a informação, reduzir os dados e, como defende Sousa (2005), “se inteirar se o conteúdo se reveste ou não de interesse para o fim prestado” (p. 90). Finalmente, definimos diferentes categorias que constituem elementos de significação no discurso dos entrevistados e que nos permitiram a formulação de inferências e conclusões.

Convém salientar que embora tenhamos conhecimento da existência de diferentes programas de software destinados à análise de conteúdo, optamos por uma análise de conteúdo clássica.

### **1.3 Procedimentos**

A estruturação e desenvolvimento desta investigação atendeu a uma série de procedimentos, os quais descrevemos a seguir.

Numa primeira fase, contactamos pessoalmente o diretor do agrupamento de escolas na tentativa de solicitar a sua permissão para poder desenvolver a investigação que nos propusemos efetuar. Obtida a autorização e explicados os objetivos de estudo, procedemos à entrega dos protocolos de investigação devidamente assinados por ambas as partes (anexo 7).

Seguiu-se o contacto com os Encarregados de Educação destes três jovens no sentido de obter uma autorização tanto para a aplicação da escala de Autoconceito e a realização da entrevista, como para a recolha de informações pessoais da nossa amostra.

Obtidos todos consentimentos, os participantes foram informados sobre o trabalho de investigação e a importância da sua participação no estudo, garantindo o seu anonimato. Clarificamos que as respostas dadas não teriam qualquer influência nas classificações escolares e que seriam usadas apenas para ajudar a compreender os seus receios, ansiedades e necessidades.

A escala e entrevista foram aplicadas individualmente e em local apropriado. Apesar de todos os intervenientes saberem ler, cada afirmação contida na escala mencionada anteriormente, foi lida em voz alta no sentido de orientar e focar a atenção de cada um deles. Foi ainda solicitado que o aluno colocasse um círculo na palavra que constava à frente de cada afirmação, de acordo com o que pensasse ou sentisse, isto é, que melhor o identificasse.

Após a sua recolha, os inquéritos foram verificados com vista a evitar erros de preenchimento ou respostas inválidas e a partir das respostas obtidas, preencheu-se a “Folha de Perfil” de cada participante (anexo 3).

Relativamente à entrevista, cada aluno foi convidado a responder às questões apresentadas com a maior sinceridade possível. Todas as entrevistas foram transcritas e procedemos à análise da informação. Em seguida, criamos quadros de categorização de entrevistas.

## CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em seguida apresentaremos os resultados do estudo realizado tendo por base os instrumentos de recolha de dados selecionados: Escala de Autoconceito de *Piers-Harris2* e entrevista.

### 1.1 Escala de Autoconceito de *Piers-Harris 2*

O quadro que em seguida apresentamos reflete as pontuações obtidas nos diferentes domínios da escala, bem como as pontuações totais que espelham o autoconceito global.

Quadro 6 - Pontuações obtidas nos diferentes domínios da Escala *PHCSCS-2*

	<b>BEH</b>	<b>INT</b>	<b>PHY</b>	<b>FRE</b>	<b>POP</b>	<b>HAP</b>	<b>PTOT</b>
Aluno A	<b>54T</b>	<b>51T</b>	<b>52T</b>	<b>46T</b>	<b>47T</b>	<b>43T</b>	<b>48T</b>
Aluno B	<b>39T</b>	<b>32T</b>	<b>29T</b>	<b>33T</b>	<b>21T</b>	<b>30T</b>	<b>27T</b>
Aluno C	<b>46T</b>	<b>51T</b>	<b>40T</b>	<b>51T</b>	<b>39T</b>	<b>47T</b>	<b>45T</b>

Legenda: *BEH* – Comportamento Ajustado; *INT* – Estatuto Intelectual e Escolar; *PHY* - Atributos e Aparência Física; *FRE* – Ansiedade; *POP* – Popularidade; *HAP* – Felicidade/ Satisfação; *PTOT*: Pontuações Totais.

Numa primeira análise, verificamos que os resultados totais (PTOT), demonstram que dos três intervenientes, o que revela maior autoconceito global é o Aluno A (48T), embora o Aluno C (45T) revele uma pontuação muito próxima do A. De destacar que, devido à pontuação total obtida, o Aluno B (27 T) é aquele que apresenta um menor autoconceito global.

Se compararmos as medidas registadas pelos participantes com os níveis atribuídos (anexo 4), conseguimos identificar que os alunos A e C se situam num nível médio de autoconceito, enquanto que o aluno B se posiciona num nível muito baixo.

Entre os diferentes domínios, não se registam grandes diferenças de pontuações, embora entre os participantes a discrepância se evidencie. Os alunos A e B registam valores idênticos, enquanto que o aluno B diverge bastante dos anteriores.

De seguida, serão apresentados quadros nos quais figurarão as respostas dadas pelos participantes às questões colocadas na Escala de Autoconceito e agrupadas nos seis diferentes domínios. Far-se-á uma análise detalhada de cada um desses domínios, bem como das respostas dadas pelos participantes, daí se recorrer às expressões textuais formuladas nos diferentes itens.

Quadro 7 – Resultados das 14 questões alusivas à dimensão “*Comportamento Ajustado (BEH)*”

Questões	Escala de Classificação	
	Sim	Não
12 – Porto-me bem na escola.	A; B; C	
13 – Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.	B; C	A
14 – Crio problemas à minha família.	B	A; C
18 – Faço bem os meus trabalhos escolares.	A	B; C
19 – Faço muitas coisas más.		A; B; C
20 – Porto-me mal em casa.		A; B; C
27 – Meto-me frequentemente em sarilhos.	C	A; B
30 – Os meus pais esperam demasiado de mim.	A	B; C
36 – Odeio a escola.	B	A; C
38 – Muitas vezes sou antipático com as outras pessoas.		A; B; C
45 – Meto-me em muitas brigas.		A; B; C
48 – A minha família está desapontada comigo.	B	A; C
58 – Penso em coisas más.	B	A; C
60 – Sou uma boa pessoa.	A; B; C	

No domínio *Comportamento Ajustado (BEH)*, os resultados obtidos permitem-nos verificar que o aluno A é quem evidencia um maior autoconceito (54T).

Pela pontuação obtida, este aluno (A) está num patamar médio. Considera-se um aluno com um desempenho e comportamento aceitáveis. Acredita que a família não está desapontada consigo e que não lhes cria problemas, embora declare que os pais esperam demasiado dele. Assume ainda que não pensa em coisas más e que quando algo corre mal, a culpa não é geralmente sua.

Destacamos o aluno B como aquele que regista uma pontuação mais baixa neste domínio (39T) – nível baixo. Fruto disso são as respostas dadas por si: considera-se um criador de problemas à sua família, que os pais esperam demasiado de si e inclusive está a ser um elemento que os desaponta. Afirmo não fazer bem os seus trabalhos escolares e

odiar a escola. Declara ainda que a culpa é sua quando algo corre mal e que pensa em coisas más, embora não se meta em sarilhos.

O aluno C, com uma pontuação de 46T, encontra-se num nível médio. Embora afirme que se porta bem na escola, assume frequentemente entrar em sarilhos. Declara ser culpa sua quando algo corre mal e não considera que faz bem os seus trabalhos escolares. No entanto, não odeia a escola nem pensa em coisas más. Afirma que não cria problemas à família, acha que os pais não esperam demasiado dele e pensa que estes não estão desapontados consigo.

De um modo geral, todos consideram comportar-se bem em casa e na escola. Todos afirmam ter comportamentos adequados, não serem conflituosos nem antipáticos e declaram ser boas pessoas.

Quadro 8 – Resultados das 16 questões alusivas à dimensão “*Estatuto Intelectual e Escolar (INT)*”

Questões	Escala de Classificação	
	Sim	Não
5 – Sou uma pessoa esperta.	A; C	B
7 – Fico nervoso quando o professor me faz perguntas.	A; B	C
12 – Porto-me bem na escola.	A; B; C	
16 – Sou um membro importante da minha família.	A; C	B
18 – Faço bem os meus trabalhos escolares.	A	B; C
21 – Sou lento a terminar os trabalhos escolares.	A; B	C
22 – Sou um membro importante da minha turma.	A; C	B
24 – Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.	A; C	B
25 – Na escola estou distraído a pensar noutras coisas.	B	A; C
26 – Os meus amigos gostam das minhas ideias.	A	B; C
34 – Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário.	A; C	B
39 – Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias.	A	B; C
43 – Sou estúpido em relação a muitas coisas.		A; B; C
50 – Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.	A; B; C	
52 – Esqueço o que aprendo.	B	A; C
55 – Gosto de ler (Sou bom leitor).	A; B; C	

Neste domínio, os alunos A e C obtiveram os mesmos valores (51T) e encontram-se num nível médio. Mais uma vez, o aluno B destaca-se como o aluno com menor pontuação (32T), situando-se num nível baixo.

Todos consideram ter um bom comportamento na escola, gostarem de ler e não serem estúpidos. Futuramente acreditam que serão pessoas importantes.

O aluno A afirma ser uma pessoa esperta e não esquecer o que aprende. Na escola, considera-se um membro importante da turma, capaz de dar uma boa impressão e declara que os colegas gostam e acham que tem boas ideias. Refere ainda que não se distrai a pensar noutras coisas e se oferece como voluntário. No entanto, e apesar de fazer bem os seus trabalhos escolares, considera-se lento e demonstra nervosismo quando o professor o questiona. Afirma ser um membro importante da sua família.

Relativamente ao aluno B, este menciona não ser esperto, esquecer o que aprende e estar distraído a pensar noutras coisas. Considera que fica nervoso quando o professor lhe faz perguntas e assume ser lento e não cumprir bem os seus trabalhos escolares. Não se considera membro importante da família nem da turma. Afirma não ser capaz de dar boa impressão perante a turma e que os amigos não gostam das suas ideias. Refere ainda não se oferecer como voluntário.

O aluno C declara ser um membro importante da sua família. Considera-se esperto, não esquecer o que aprende nem estar distraído a pensar noutras coisas enquanto está na escola. Assume não ficar nervoso quando questionado pelo professor e oferecer-se como voluntário para desempenhar tarefas escolares. Assume não fazer bem os seus trabalhos escolares e ser lento para os terminar. Porém, considera-se um membro importante da turma e ser capaz de dar uma boa impressão, assumindo ainda que os amigos gostam das suas ideias.

Quadro 9 – Resultados das 11 questões alusivas à dimensão “Atributos e Aparência Física (PHY)”

Questões	Escala de Classificação	
	Sim	Não
5 – Sou uma pessoa esperta.	A; C	B
8 – A minha aparência física desagrada-me.	B	A; C
9 – Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto.		A; B; C
15 – Sou forte.	C	A; B
26 – Os meus amigos gostam das minhas ideias.	A	B; C
33 – Tenho o cabelo bonito.	A; B; C	
39 – Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias.	A	B; C
44 – Sou bonito (Tenho bom aspeto).	A	B; C
46 – Sou popular entre os rapazes.	A	B; C
49 – Tenho uma cara agradável.	A; C	B
54 – Sou popular entre as raparigas.	A	B; C

Neste domínio, o aluno que mais se destacou foi o A com 52T, que corresponde a um nível médio. Já o aluno B obteve a pontuação de 29T, correspondendo a um nível muito baixo. O aluno C alcançou 40T o que corresponde a um nível médio baixo.

Convém referir que todos os alunos destacam o cabelo como um atributo físico, mas que nenhum se considera chefe nas brincadeiras e desporto.

O aluno A afirma ser bonito e ter uma cara agradável, não lhe desagradando a sua aparência física. Considera-se também esperto e popular entre rapazes e raparigas. Não se considera forte.

O aluno B demonstra desagrado com a sua aparência física. Não se considera bonito nem acha que tem um rosto agradável. Não se avalia como esperto nem popular e não se acha forte.

O aluno C, embora não se considere bonito, acredita ter uma cara agradável e não lhe desagradar a sua aparência física. Considera-se forte e esperto, embora não se identifique como popular entre rapazes e raparigas.

Quadro 10 – Resultados das 14 questões alusivas à dimensão “*Ansiedade (FRE)*”

Questões	Escala de Classificação	
	Sim	Não
4 – Estou triste muitas vezes.	A; B	C
6 – Sou uma pessoa tímida.	C	A; B
7 – Fico nervoso quando o professor me faz perguntas.	A; B	C
8 – A minha aparência física desagrada-me.	B	A; C
10 – Fico preocupado quando temos testes na escola.	B	A; C
17 – Desisto facilmente.	B	A; C
23 – Sou nervoso.	A; B; C	
29 – Preocupo-me muito.	A; B; C	
31 – Gosto de ser como sou.	A; C	B
32 – Sinto-me posto de parte.	B	A; C
35 – Gostava de ser diferente daquilo que sou.	A	B; C
40 – Sou infeliz.	B	A; C
56 – Tenho medo muitas vezes.		A; B; C
59 – Choro facilmente.	B	A; C

Nesta dimensão, o aluno que mais se destacou foi o C com a pontuação de 51T, correspondendo a um nível médio de autoconceito. O aluno A obteve 46T, correspondente ao nível médio e o aluno C alcançou 33T, equivalente a um nível baixo. Convém salientar que nesta dimensão, quanto maior for a pontuação, menor é a ansiedade manifestada pelos participantes.

Pelas respostas dadas, verificamos que embora todos considerem não ter medo, todos afirmam serem nervosos e se preocuparem demasiado.

O aluno A considera estar triste muitas vezes, mas não ser infeliz nem chorar facilmente. Não se sente posto de parte nem se considera uma pessoa tímida. Embora goste de ser como é e a sua aparência física não lhe desagradar, gostava de ser diferente. Na escola, fica nervoso quando questionado pelo professor apesar de não ficar preocupado com os testes e não desistir facilmente.

O aluno B, considera-se infeliz, triste e admite chorar muitas vezes. A sua aparência física desagrada-lhe, admitindo não gostar de ser como é, mas também considera que não gostaria de ser diferente. Embora assuma não ser tímido, considera-se posto de parte pelos seus companheiros. Quando questionado pelo professor ou perante os testes, admite ficar nervoso e preocupado apesar de declarar que facilmente desiste.

O aluno C considera-se tímido embora não se sinta posto de parte. Refere não ser infeliz nem triste e não chora facilmente. A sua aparência física não lhe desagrada, admitindo gostar de ser como é e não querer ser diferente. Na escola, afirma não ficar nervoso quando questionado pelos professores nem preocupado quando tem testes, referindo ainda que não desiste facilmente.

Quadro 11 – Resultados das 12 questões alusivas à dimensão “Popularidade (POP)”

Questões	Escala de Classificação	
	Sim	Não
1 – Os meus colegas de turma troçam de mim.	B	A; C
3 – Tenho dificuldades em fazer amizades.	B; C	A
6 – Sou uma pessoa tímida.	C	A; B
11 – Sou impopular.	B	A; C
32 – Sinto-me posto de parte.	B	A; C
37 – Sou dos últimos a ser escolhido para jogos e desportos.	A; B	C
39 – Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias.	A	B; C
41 – Tenho muitos amigos.	A	B; C
47 – As pessoas pegam comigo.	B; C	A
51 – Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de participar.	A; B	C
54 – Sou popular entre as raparigas.	A	B; C
57 – Sou diferente das outras pessoas.	A; B; C	

Nesta dimensão, o único aluno que se situa num nível médio é o aluno A com um total de 47T. Os alunos B (21T) e C (39T) situam-se nos níveis muito baixo e baixo, respetivamente.

O único item em que a resposta dada é comum aos três participantes refere-se à consideração de serem diferentes das outras pessoas.

A maioria revela dificuldades em estabelecer amizades, serem dos últimos a ser escolhidos para jogos e desportos e observarem em vez de participar. Grande parte assume também não possuir muitos amigos, não ser popular entre raparigas e consideram que as pessoas pegam com eles.

O aluno A, cuja pontuação alcançada foram os 47T, refere não ser tímido. Assume ser popular entre raparigas e ter muitos amigos. Embora não se sinta posto de parte e considere que não tem dificuldades a fazer amizades, admite ser dos últimos a ser escolhido para jogos e desportos e nas brincadeiras observar em vez de participar.

O aluno B obteve 21T neste domínio. Considera não ter muitos amigos e ser impopular. Sente-se posto de parte, admite que os colegas troçam dele e que as pessoas pegam com ele. Pensa que os colegas não gostam das suas ideias e é dos últimos a ser escolhido para jogos, preferindo observar em vez de participar nesse tipo de atividades. No entanto, não se considera uma pessoa tímida.

O aluno C alcançou a pontuação de 39T. Afirma ser tímido, ter dificuldades em estabelecer amizades e não ter muitos amigos. Apesar de os colegas não troçarem dele nem se sentir posto de parte, acha que as pessoas pegam com ele. Não se considera impopular mas assume não ser popular entre as raparigas. Refere ainda que não é dos últimos a ser escolhido para jogos e desportos nem observar em vez de participar neste tipo de atividades.

Quadro 12 – Resultados das 10 questões alusivas à dimensão “*Felicidade/ Satisfação (HAP)*”

Questões	Escala de Classificação	
	Sim	Não
2 – Sou uma pessoa feliz.	A; C	B
8 – A minha aparência física desagrada-me.	B	A; C
28 – Tenho sorte.	C	A; B
31 – Gosto de ser como sou.	A; C	B
35 – Gostava de ser diferente daquilo que sou.	A	B; C
40 – Sou infeliz.	B	A; C
42 – Sou alegre.	C	A; B
49 – Tenho uma cara agradável.	A; C	B
53 – Dou-me bem com os outros.	A	B; C
60 – Sou uma boa pessoa.	A; B; C	

As pontuações dos alunos obtidos nesta dimensão foram as seguintes: aluno A: 43T nível médio baixo, aluno B: 30T, nível baixo e aluno C: 47T, nível médio.

Como se pode observar pela tabela acima apresentada, todos os alunos se consideram boas pessoas.

O aluno A afirma ser uma pessoa feliz embora não se considere alegre. Gosta da sua aparência física, refere ter uma cara agradável e gosta de ser como é. Afirma ainda dar-se bem com os outros embora considere que não tem sorte.

O aluno B é mais uma vez o aluno que menos pontuação alcança nesta dimensão. Não se considera feliz nem alegre e assume não se dar bem com os outros. Desagrada-lhe a sua aparência física e refere não gostar de ser como é, embora saliente que também não gostava de ser diferente. Afirma ainda não ter sorte.

O aluno C considera-se feliz e alegre. Assume ter sorte e gostar da sua aparência física, não querendo modificar algo em si. Refere no entanto não se dar bem com os outros.

## **1.2 Entrevistas**

### **1.2.1 Análise documental das entrevistas**

A categorização é, segundo Bardin (2004), o processo através do qual podemos classificar os elementos constituintes de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, segundo critérios pré-definidos. O seu objetivo é “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (idem, p.112).

Como foi mencionado anteriormente, a criação do sistema categorial da nossa investigação resulta dos objetivos da pesquisa e, nomeadamente, conhecer e avaliar o perfil de autoconceito de jovens com SA em diferentes domínios.

Adotando todos estes propósitos, expomos o seguinte sistema categorial:

#### **Categoria A – Satisfação pessoal**

Esta categoria visa avaliar globalmente a satisfação que o entrevistado sente em ser como é.

#### Subcategoria A1: Desempenho acadêmico

Pretendemos com esta subcategoria conhecer as situações que deixam o entrevistado preocupado em ambiente escolar.

#### Subcategoria A2: Conceito de “forte”

Esta subcategoria pretende conhecer a definição de “forte” de cada um dos entrevistados.

#### Subcategoria A3: Estatuto na turma

Com esta subcategoria pretendemos que o entrevistado defina “popular” e descreva as estratégias que utiliza para adquirir estatuto na turma. Caso não se considere membro importante, perceber o porquê.

#### Subcategoria A4: Atitudes comportamentais

Esta subcategoria tem como finalidade entender o conceito de “sarilhos” e perceber quais os comportamentos que o entrevistado apresenta como menos positivos.

#### Subcategoria A5: Expetativas familiares

A nossa intenção na formulação desta subcategoria surge para perceber se os entrevistados se consideram ou não agentes de problemas para a sua família.

#### Subcategoria A6: Fatores que despoletam nervosismo/ insegurança

Com esta subcategoria pretendemos perceber e identificar que fatores despoletam nos entrevistados sentimentos de nervosismo, insegurança ou receios.

#### Subcategoria A7: Alegria/ Felicidade

Através desta subcategoria pretendemos identificar os atributos que o entrevistado valoriza para se considerar alegre e feliz.

### **Categoria B – Imagem ideal**

Esta categoria tem como finalidade delinear a imagem ideal do entrevistado enquanto pessoa.

#### Subcategoria B1: Conceito de “Boa pessoa”

Ao formularmos esta subcategoria pretendemos conhecer as características globais que o entrevistado valoriza como definindo o caráter de uma pessoa.

#### Subcategoria B2: Aspetos a mudar

Com esta subcategoria pretendemos identificar os aspetos que o entrevistado valoriza como preponderantes mas que não os possui.

Em seguida, expomos as entrevistas de cada um dos participantes, já devidamente categorizadas com algumas das expressões extraídas das entrevistas.

Quadro 13 – Categorização dos Dados: Entrevista ao aluno A

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>
<b>A</b> Satisfação Pessoal	<b>A1</b> Desempenho Acadêmico	<i>Não faço bem os trabalhos, não sei... ... Hum... fico nervoso porque não sei a matéria.</i>
	<b>A2</b> Conceito de “forte”	<i>Beber leite, comer fruta, beber água.</i>
	<b>A3</b> Estatuto na turma	<i>Não sou. Porque às vezes falho as coisas. Sou amigo... não sei... não sei... Não sei o que é ser popular.</i>
	<b>A4</b> Atitudes Comportamentais	<i>Hum... sarilhos são problemas... Nunca fiz! Não! Não!</i>
	<b>A5</b> Expetativas familiares	<i>Nunca criei. Não.</i>
	<b>A6</b> Fatores que despoletam nervosismo/ insegurança	<i>Preocupa-me que eu tenha problemas..., não tirar boas notas. Se calhar... não sei! Quando está com uma cara de malvado...desconfio.</i>
	<b>A7</b> Alegria/ Felicidade	<i>Não sou infeliz. Ter boas notas. Portar bem. Ajudar os amigos.</i>
<b>B</b> Imagem Ideal	<b>B1</b> Conceito de “boa pessoa”	<i>Pôr limpar o lixo lá fora... faz muitas coisas boas, ter boas notas, limpar a sala... não sei! Ser verdadeiro e ser sincero.</i>
	<b>B2</b> Aspetos a mudar	<i>Para portar bem e ter boas notas e para ser amigo.</i>

Quadro 14 – Categorização dos Dados: Entrevista ao aluno B

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>
<b>A</b> Satisfação Pessoal	<b>A1</b> Desempenho Acadêmico	<i>Não é em todas as disciplinas que fico nervoso, é mais em matemática. Porque não sei a matéria e às vezes não estudo.</i>
	<b>A2</b> Conceito de “forte”	<i>Não sei, depende do que é... a ‘stora é que tem de dizer se é física ou psicologicamente. Mas eu respondi a isso porque considerei psicologicamente.</i>
	<b>A3</b> Estatuto na turma	<i>É todas as pessoas ligarem sempre a uma pessoa, estar sempre à volta dela, gostar muito dela, conhecê-la... Não sou. Porque a turma não fala muito comigo, não sei explicar... nas sei que não sou assim muito popular na turma... eu estive na turma e tentei integrar-me, mas não sei... mas não sou popular na turma. Porque não sei bem lidar com os outros e com as situações e acabo por cagar tudo.</i>
	<b>A4</b> Atitudes Comportamentais	<i>Não sei... São confusões, problemas, estar lixado...</i>
	<b>A5</b> Expetativas familiares	<i>É na escola, quando as coisas não correm bem, sinto que sou um problema para todos, só isso.</i>
	<b>A6</b> Fatores que despoletam nervosismo/ insegurança	<i>Se há alguma rapariga que eu gosto e ela não gosta mim... é só isso! vou dar um exemplo: eu gosto dessa pessoa e sinto que essa pessoa não gosta de mim e fico triste, penso sempre na mesma coisa...</i>
	<b>A7</b> Alegria/ Felicidade	<i>Sou infeliz porque acho que as pessoas não me ligam, não me ouvem, porque a rotina é um tédio... é uma seca... escola, casa, até jogar PSP é uma seca! O que eu queria era viajar! ...o mundo não me liga, sinto-me só, o mundo é um tédio... tudo me deixa triste, ninguém me liga, sinto que queria viajar...</i>

<b>B</b> Imagem Ideal	<b>B1</b> Conceito de “boa pessoa”	<i>Ser sincero, nunca ser mentiroso, ajudar os outros, tentar não magoar as outras pessoas... sei que as boas pessoas também cometem erros mas é ouvir uma pessoa quando conta um segredo e tentar guardar esse segredo. É muita coisa...</i>
	<b>B2</b> Aspetos a mudar	<i>Eu queria ser diferente... queria ter superpoderes! Não queria responder a isso... mas também não sei bem! Essa pergunta é um bocado difícil para mim.</i>

Quadro 15 – Categorização dos Dados: Entrevista ao aluno C

Categorias	Subcategorias	Indicadores
<b>A</b> Satisfação Pessoal	<b>A1</b> Desempenho Académico	<i>Fico às vezes, mas só quando é uma pergunta que não tenho mesmo a certeza, mas isso é muito raramente, de resto não fico nervoso.</i>
	<b>A2</b> Conceito de “forte”	<i>É ter força, conseguir levantar coisas pesadas, é ter músculos... isso é uma coisa que eu não percebo lá muito bem...</i>
	<b>A3</b> Estatuto na turma	<i>Ser popular é ter amigos, ser mais autónomo, não gozar com eles, andar na onda deles... coisas assim. Eu acho que sou, não sei... mas acho que sou um membro importante da turma porque sou o subdelegado e às vezes até dou apoio ao delegado. Não gozo, não costumo fazer asneiras, costumo ajudar o mais que posso, porto-me bem... tento evitar a todo o custo que aconteçam coisas más.</i>
	<b>A4</b> Atitudes Comportamentais	<i>Só me meti em sarilhos algumas vezes mas foi antes de fazer um acordo com a turma toda. Porrada, luta, brigas... o costume, tradicional... asneiras! Nunca fiz! Só fiz uma vez e dessa vez até foi um acidente... com a minha prima. Estávamos a correr, a brincar e eu, sem querer, com aquelas bolas das piscinas... estávamos a brincar à guerra e sem querer, acertei-lhe na cara! Foi a única coisa má que fiz!</i>

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>
<b>A</b> Satisfação Pessoal	<b>A5</b> Expetativas familiares	<i>Nunca sinto que crio problemas, normalmente... os meus pais é que ficavam preocupados se eu ficasse sozinho em casa.</i>
	<b>A6</b> Fatores que despoletam nervosismo/ insegurança	<i>Preocupa-me o estado da minha avó, a minha família, como é que vou fazer agora que estive uma semana doente... e se vou ou não ao passeio da escola... Ah... também me preocupa o facto de eu não ver o meu primo há algum tempo e não saber como ele está.</i>
	<b>A7</b> Alegria/ Felicidade	<i>Não sou infeliz porque eu tenho familiares que gostam de mim... a minha família gosta de mim, os meus pais gostam muito de mim... tenho coisa muito boa! Ter amigas. Não fazer coisas, não pensar em maldades e fazer... Não fazer maldades, cometer crimes e desejar coisas más às pessoas, não desejar mal a ninguém.</i>
<b>B</b> Imagem Ideal	<b>B1</b> Conceito de “boa pessoa”	<i>Para mim, ser uma boa pessoa é não desejar mal a ninguém, não roubar, não mentir... não fazer coisas más!</i>
	<b>B2</b> Aspetos a mudar	<i>Eu mudava o facto de ser tão pesado, tentava perder peso. Tirando isso... nada!</i>

A seguir, analisaremos os discursos dos nossos entrevistados, de acordo com o esquema de categorias definido anteriormente.

### **Categoria A – Satisfação pessoal**

#### Subcategoria A1: Desempenho académico

Em ambiente escolar, a maioria dos entrevistados indica que se sente nervoso perante o desconhecimento de uma resposta ou quando não dominam alguma matéria, como se pode verificar pelas respostas obtidas: “*fico nervoso porque... não sei a matéria*”; “*Porque não sei a matéria e às vezes não estudo*”; “*só quando é uma pergunta que não tenho mesmo a certeza*”.

#### Subcategoria A2: Conceito de “forte”

Quando é pedido que definam “forte”, as respostas dos entrevistados são bastante discrepantes. Um sugere os hábitos de alimentação como indicador de força *“Beber leite, comer fruta, beber água”*; outro indica a força física como conceito de forte *“É ter força, conseguir levantar coisas pesadas, é ter músculos...”* e outro sugere que ser forte se relaciona com características psicológicas, embora não as especifique *“eu respondi a isso porque considerei psicologicamente”*.

#### Subcategoria A3: Estatuto na turma

Verificamos que a maioria da nossa amostra não se considera popular e atribuem essa causa ao facto de não saberem lidar com os outros e não terem as melhores atitudes: *“...sei que não sou assim muito popular na turma... eu estive na turma e tentei integrar-me, mas não sei... mas não sou popular na turma. “Não sou. Porque às vezes falho as coisas. Não faço bem os trabalhos...”*

Definem popular como *“Ter amigos, ser mais autónomo, não gozar com eles, andar na onda deles...”* e *“É todas as pessoas ligarem sempre a uma pessoa, estar sempre à volta dela, gostar muito dela, conhecê-la...”*

Como estratégias para adquirir estatuto na turma, os entrevistados referem: *“Sou amigo...”*; *“Não gozo, não costumo fazer asneiras, costumo ajudar o mais que posso, porto-me bem... tento evitar a todo o custo que aconteçam coisas más”*.

#### Subcategoria A4: Atitudes comportamentais

Verificamos que a maioria dos entrevistados não considera ter um comportamento desajustado e que quando o apresenta é esporádico. *“Nunca fiz!”* *“Só me meti em sarilhos algumas vezes mas foi antes de fazer um acordo com a turma toda.”*

Quando interrogados sobre a definição de sarilho, definem-no como: *“Porrada, luta, brigas... o costume, tradicional... asneiras!”* *“São confusões, problemas, estar lixado...”* *“sarilhos são problemas...”*

#### Subcategoria A5: Expetativas familiares

A maioria da nossa amostra não sente que constitui um problema para a sua família: *“Nunca sinto que crio problemas, normalmente...”* e que quando o é depende de razões

inimputáveis a si: *“os meus pais é que ficavam preocupados se eu ficasse sozinho em casa”*.

No entanto, o aluno B considera que é um encargo para a sua família e declara que *“É na escola, quando as coisas não correm bem, sinto que sou um problema para todos, só isso”*.

#### Subcategoria A6: Fatores que despoletam nervosismo/ insegurança

Nesta subcategoria, os entrevistados referiram diferentes fatores para o seu estado de nervosismo e insegurança. O aspeto escolar *“Que eu tenha problemas... não tirar boas notas”*, o ser rejeitado por um indivíduo do sexo oposto *“Se há de alguma rapariga que eu gosto e ela não gosta mim”* e o bem estar familiar *“Preocupa-me o estado da minha avó, a minha família... também me preocupa o facto de eu não ver o meu primo há algum tempo e não saber como ele está”* são os indicadores que estes jovens apontam como causadores de nervosismo/ insegurança.

#### Subcategoria A7: Alegria/ Felicidade

Pelas respostas dadas, verificamos que, na maioria, os jovens entrevistados se consideram felizes. Atribuem esse bem estar a diferentes razões, a saber: *“eu tenho familiares que gostam de mim... a minha família gosta de mim, os meus pais gostam muito de mim... tenho coisa muito boa!”* e *“Ter boas notas. Portar bem. Ajudar os amigos”*.

No entanto, um dos entrevistados considera-se infeliz e justifica-o do seguinte modo: *“o mundo não me liga, sinto-me só, o mundo é um tédio... tudo me deixa triste, ninguém me liga, sinto que queria viajar...”*.

### **Categoria B – Imagem ideal**

#### Subcategoria B1: Conceito de “Boa pessoa”

Nesta categoria, os entrevistados referem diferentes aspetos valorizáveis e conotados com o carácter: *“Para mim, ser uma boa pessoa é não desejar mal a ninguém, não roubar, não mentir... não fazer coisas más!”*; *“Ser sincero, nunca ser mentiroso, ajudar os outros, tentar não magoar as outras pessoas... sei que as boas pessoas também cometem erros mas é ouvir uma pessoa quando conta um segredo e tentar guardar esse segredo”*; *“Pôr o lixo lá fora... faz muitas coisas boas, ter boas notas, limpar a sala... Ser verdadeiro e ser sincero”*.

### Subcategoria B2: Aspetos a mudar

Apesar de a maioria assumir gostar de ser como é, também a maioria modificaria algum aspeto em si se pudesse.

Assim, o comportamento, o aproveitamento escolar e as relações sociais “*Para portar bem e ter boas notas e para ser amigo*” são apontadas como algumas das alterações a fazer.

O aspeto físico, “*eu mudava o facto de ser tão pesado, tentava perder peso*” é mencionado também como um aspeto a modificar

Um dos entrevistados parece sentir-se um pouco incomodado com a questão e responde um pouco irónico: “*Eu queria ser diferente... queria ter superpoderes!*”. No entanto, acaba por voltar à razão e declara: “*Essa pergunta é um bocado difícil para mim*”.

## 2. Discussão dos Resultados

Apresentados os resultados, importa agora entrelaçar as várias informações recolhidas e proceder à sua interpretação, isto é, à discussão dos resultados obtidos.

Segundo Fortin (2003), após a análise de dados estar concluída, “a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões da investigação ou das hipóteses formuladas” (p.329).

Definimos como objetivos específicos desta investigação:

**(i)** Conhecer o perfil de autoconceito de jovens com SA;

**(ii)** Avaliar o autoconceito em diferentes domínios: aparência e atributos físicos, aspeto comportamental, ansiedade, estatuto intelectual e escolar, popularidade, satisfação/felicidade.

**(iii)** Explorar a relação entre o autoconceito e a problemática de SA.

Deste modo, e de acordo com a prossecução dos mesmos, foi nossa intenção responder às seguintes questões:

1.º De que forma se autoavaliam jovens com Síndrome de Asperger em diferentes domínios (competência escolar, aparência física, comportamento e aceitação social)?

2.º Que repercussão poderá ter esta avaliação ao nível pessoal e do seu desenvolvimento?

Seguidamente, procuraremos dar resposta a estas questões e objetivos através de uma discussão, na qual triangularemos os dados recolhidos com a análise dos instrumentos da investigação (escala de autoconceito *PHCSCS 2* e entrevistas) e a literatura consultada para o efeito.

Atendendo ao desenho da nossa investigação – estudo de caso – pretendemos fazer apenas algumas inferências, comparando os resultados obtidos nesta população e neste estudo, sem proceder a generalizações.

Inicialmente centrar-nos-emos na resposta ao nosso primeiro objetivo: **(i) Conhecer o perfil de autoconceito de jovens com SA.**

Podemos, de um modo geral e através dos dados recolhidos, traçar o perfil de autoconceito destes jovens. Verificamos que difere bastante entre eles e varia consoante

os resultados obtidos ao longo dos diferentes domínios explanados na escala *PHCSCS* 2.

Se por um lado a maioria da nossa amostra revela um autoconceito global positivo e que, quando comparado com a média padrão se situa num patamar médio, por outro, um dos sujeitos evidencia vários motivos para se autoavaliar negativamente e enquadrar-se num patamar muito baixo. As repostas dadas, quer na escala, quer nas entrevistas, ao longo dos diferentes domínios, permitem-nos deduzir que o aluno B se assume com uma imagem negativa de si mesmo.

Deste modo, consideramos que o aluno A se situa dentro da média esperada e denota uma personalidade consistente, de acordo com as suas respostas. Em ambiente escolar, assume-se como um aluno esperto. Refere ter um comportamento aceitável e um desempenho favorável e o aproveitamento escolar é um aspeto muito valorizado por si. Considera ainda que possui estatuto na turma, assumindo ter muitos amigos e sentindo que as suas ideias são apreciadas pelos colegas. Assume-se também satisfeito com a sua aparência física e identifica-se como uma pessoa feliz. No entanto, realça que frequentemente se sente triste.

Pelas respostas evidenciadas, o aluno B assume-se como um jovem com características depressivas e um baixo autoconceito. Ao longo do seu discurso revela-se inseguro, ansioso e triste. Declara que, em casa, não se sente um membro importante e que constitui um problema para a sua família. No entanto, é em ambiente escolar que os seus problemas se parecem agravar. Afirma que odeia a escola, que não cumpre as suas tarefas e não se considera esperto. No que concerne às relações com os outros, admite ter dificuldades em estabelecer amizades e sente-se ridicularizado, inferiorizado e ignorado pelos seus pares. Denota-se uma preocupação acrescida e um mau estar generalizado por não conseguir ultrapassar esta dificuldade e revela ainda que um dos aspetos que mais o entristece é não ser correspondido, afetivamente, por outra pessoa.

O aluno C denota ser um jovem feliz e revela uma imagem positiva de si próprio. A família ocupa um lugar de destaque na sua vida e é referida como um dos motivos da sua felicidade. Apesar de manifestar agrado pela sua aparência física, refere que, se pudesse, algo que modificaria em si seria o seu peso (perder). Em ambiente escolar, declara ter um comportamento aceitável mas também facilmente se envolver em conflitos. Considera-se esperto e persistente, embora afirme não cumprir, com rigor, as

suas tarefas escolares. Assume ter dificuldades em estabelecer amizades, não ter muitos amigos e não se dar bem com os outros, acrescentando que as pessoas implicam com ele. No entanto, o papel de subdelegado que desempenha, parece constituir grande motivo de orgulho e fator para adquirir estatuto na turma e satisfação pessoal.

Seguidamente, focalizar-nos-emos na resposta ao segundo objetivo: **(ii) Avaliar o autoconceito em diferentes domínios: aparência e atributos físicos, aspeto comportamental, ansiedade, estatuto intelectual e escolar, popularidade, satisfação/felicidade** e primeira questão: **1.º De que forma se autoavaliam jovens com Síndrome de Asperger em diferentes domínios?** que, a nosso ver, se relacionam e se complementam.

De um modo global estes três jovens assumem-se como indivíduos com bom carácter.

Ao nível comportamental, todos evidenciam comportamentos adequados em ambiente escolar e familiar.

Desempenham as suas funções académicas de modo satisfatório e atribuem grande relevância ao seu aproveitamento e desempenho.

Em atividades com carácter mais lúdico e desportivo, revelam não ter grande capacidade de iniciativa, terem preferência por observar em vez de participar e raramente serem dos primeiros a ser escolhidos para integrar estas atividades. A maioria não se considera popular entre colegas do sexo masculino e/ou feminino.

Relativamente às interações sociais, a maioria destaca-se como um indivíduo com dificuldades em estabelecer amizades, assumindo ter poucos amigos e não se relacionar facilmente com os outros. Grande parte afirma também que as suas ideias não são bem acolhidas nem apreciadas pelos outros.

No que respeita ao domínio Felicidade, podemos inferir que a maioria se considera feliz e está satisfeita com a sua autoimagem. A sua definição de felicidade passa por obter aproveitamento escolar, demonstrar bom comportamento, ser solidário, não cometer maldades para com os outros e globalmente não fazer coisas más.

A família, o desempenho escolar e a aceitação dos outros assumem-se como aspetos que estes jovens valorizam e referenciam várias vezes como determinantes na sua vida.

Ao nível emocional, todos se assumem como pessoas preocupadas e nervosas embora declarem não sentir medo. A maioria dos jovens assume-se como uma pessoa alegre e feliz.

Todos afirmam futuramente desempenhar um estatuto importante na sociedade.

Estes resultados permitem-nos inferir que o autoconceito destes jovens varia consoante o domínio que estejamos a contemplar. Se alguns atribuem grande significância ao desempenho escolar, outros atribuem grande relevância à aceitação social ou à família.

Apresentamos agora as conclusões obtidas relativamente ao terceiro objetivo do nosso estudo: **(iii) Explorar a relação entre o autoconceito e a problemática de SA.**

Ao longo deste estudo e quando seleccionamos o primeiro instrumento de recolha de dados – *Escala de PHCSCS 2* – apercebemo-nos, de imediato que este contemplava inúmeras questões que poderiam relacionar-se com algumas das manifestações clínicas da SA. Verificamos também que essas afirmações poderiam confrontar estes jovens com o (re) conhecimento de algumas das suas dificuldades.

Em ambiente escolar, e tal como Asperger defendeu que estas crianças tinham dificuldade em manter a atenção na sala de aula, verificamos que apenas um aluno se assume como distraído.

No entanto, a maioria revela que tem algumas dificuldades em gerir o seu tempo e acabar atempadamente as suas tarefas. Como afirma Attwood, alguns destes adolescentes têm dificuldades “com a priorização da tarefa na qual se devem concentrar primeiro e com a gestão do tempo, especialmente quanto tempo devem despender com uma determinada atividade” (Attwood, 2010, p.303).

“Experiência clínica extensiva e autobiografias confirmam que (...) a pessoa com Síndrome de Asperger pode ter uma capacidade intelectual considerável” (Attwood, 2010 p. 165). A corroborar esta afirmação, também a maioria destes alunos se considera bem sucedida academicamente.

Relativamente à coordenação motora, Asperger descreveu um desajeitamento notável no modo de andar e na coordenação.

“Uma das consequências de não se ser bem-sucedido ou popular em jogos de bola é a exclusão da criança de alguns jogos sociais no recreio. Estas crianças podem escolher evitar ativamente estas atividades, sabendo que não são tão capazes como os seus pares” ou “podem ser deliberadamente excluídos pelas outras crianças, por serem considerados um peso e não uma vantagem para o grupo” (Attwood, 2010, p. 334).

Pelas respostas obtidas pelos elementos da nossa amostra, todas estas características estão bem marcadas: a maioria não se considera líder neste tipo de atividades, não são escolhidos logo de imediato e preferem observar em vez de participar.

“A característica essencial da Síndrome de Asperger é um défice qualitativo na interação social que é reconhecido em todos os critérios de diagnóstico” (Attwood, 2010 p.75).

Asperger, citado por Attwood (2010, p.19), verificou que estas crianças “tinham dificuldades em fazer amigos e eram muitas vezes arreliados pelas outras crianças”.

Nesta dimensão, observamos que a maioria dos jovens pertencentes à nossa amostra revela ter dificuldades em estabelecer amizades, assume não ter muitos amigos, não se dar bem com os outros, não ser popular entre os seus pares, as pessoas implicarem com eles e é ainda mencionado no discurso de um dos participantes que essa é uma das suas características pessoais que mais o entristece e preocupa.

Patente no nosso instrumento de recolha de dados estão também algumas afirmações relacionadas com outra característica desta patologia: a preocupação/interesse absorvente por um interesse específico. Quando apenas um dos nossos entrevistados considera que os outros apreciam as suas ideias e as valorizam, evidencia que a maioria se assume com algum interesse que não agrada os pares.

Recordamos que “o interesse especial é muito mais do que um mero hobby e pode ocupar o tempo livre e dominar as conversas da pessoa” (Attwood, 2010, p. 221) e que a “escolha de um interesse deve-se a um aspeto que atrai ou é importante para a criança com Síndrome de Asperger e não ao facto de a atividade ser a última loucura ou porque a criança tem de estar na moda” (p.227), pelo que esta se torna, frequentemente, uma atividade solitária e não partilhada com os seus companheiros.

Attwood menciona que “muitas crianças e adultos com Síndrome de Asperger parecem ter tendência a estar ansiosos em grande parte do seu dia ou em sentir ansiedade relativamente a um acontecimento específico” (Attwood, 2010, p. 175).

Pelos dados recolhidos, concluímos que os jovens que constituem a nossa amostra se consideram pessoas nervosas e preocupadas e que a maioria se assume como um indivíduo triste e que facilmente chora.

Para terminar, tentaremos responder à nossa segunda e última questão: **2.º Que repercussão poderá ter esta avaliação ao nível pessoal e do seu desenvolvimento?**

Atendendo à exposição do tópico anterior e considerando as características destes jovens, podemos concluir que o autoconceito fica, de algum modo, comprometido.

Se o adolescente se sente incapaz de estabelecer amizades e se relacionar com os outros, se sente marginalizado e pouco valorizado pelos seus pares, se demonstra ansiedade e nervosismo constantes, é natural que começará a criar uma imagem de si próprio não muito positiva. Começa a consciencializar-se que é diferente dos outros, por vezes até inferior e, ainda que se valorize em alguns domínios, será um jovem pouco satisfeito consigo próprio.

Um aspeto que nos parece relevante salientar é que, ao longo desta investigação, ficamos a saber que apenas um destes jovens tem consciência do seu diagnóstico. Por sinal, é o adolescente que tem uma imagem mais negativa de si mesmo e que revela resultados inferiores de autoconceito.

Este conhecimento pode, a nosso ver, deturpar alguns dos dados recolhidos, já que a consciencialização das suas características influencia e pode enviesar algumas respostas dadas.

Por outro lado, a “aceitação do diagnóstico pode levar a um maior autoconhecimento e a uma melhor autodefesa” (Attwood, 2010, p. 40). Pode haver benefícios em relação à autoestima, prevenir situações de ansiedade e melhorar algumas tomadas de decisões.

“À medida que o adolescente com Síndrome de Asperger atinge maior maturidade intelectual, isto associa-se a um aumento da consciência da sua diferença e da autopercepção de ser irreparavelmente imperfeito...” (Attwood, 2010, p.181).

Assim sendo, defendemos que, à medida que o adolescente vá questionando alguns aspetos da sua personalidade e surja a necessidade de o esclarecer quanto ao seu

diagnóstico o seja feito, para uma melhor auto compreensão e para o desenvolvimento de estratégias que minimizem o seu mau estar e lhe devolvam a sua satisfação pessoal.

Um outro aspeto que merece algum destaque relaciona-se com a importância que todos estes alunos atribuem ao desempenho e sucesso académicos. Como Attwood (2010) refere, uma vez que não são, com frequência, bem sucedidos socialmente, talvez este seja um escape para o desenvolvimento da sua autoestima.

A opinião dos outros em relação a si mesmo foi também um aspeto valorizado pela nossa amostra. Sendo um ser social e em constante interação com os outros, a forma como cada indivíduo se auto imagina depende em grande parte daquilo que os outros pensam acerca dela. Mais uma vez salientamos que “se não houver diagnóstico e explicação os outros farão juízos morais que terão, inevitavelmente, um aspeto prejudicial na autoestima da criança e conduzirão a atitudes e consequências impróprias” (Attwood, 2010, p. 31).

Gostaríamos de referir que estes jovens são “frequentemente perfeccionistas, têm tendência a ser excepcionalmente bons em detetar erros e têm um claro receio do fracasso” (Attwood, 2010, p.181). Espelhou-se esta expressão ao longo dos depoimentos dos nossos entrevistados, pois transpareceram sinceridade, assumiram os seus receios e admitiram alguns dos seus defeitos.

Para terminar e em jeito de conclusão, podemos afirmar que uma consciencialização da sua problemática, um profundo conhecimento das suas limitações e potencialidades e uma aceitação por parte dos outros, influencia em grande parte o autoconceito destes jovens.

## CAPÍTULO V – CONCLUSÕES

Nesta última parte da investigação gostaríamos de tecer algumas considerações finais.

Faremos uma breve conclusão, uma referência às limitações encontradas neste estudo, o contributo para a nossa prática profissional, assim como apontaremos algumas sugestões para futuras investigações.

A adolescência é um período de vida dominado pela mudança e determinante para a construção da personalidade. É também o momento no qual as limitações dos alunos com NEE se tornam mais evidentes.

Conscientes de que os elementos que constituem a personalidade poderão acompanhar e influenciar as ações de um indivíduo e os relacionamentos com os outros para o resto da sua vida, torna-se imperioso o desenvolvimento de um autoconceito positivo.

“Uma pessoa com um bom conceito de si mesma, ou seja, um indivíduo que assume todas as experiências de sua vida, que não ignora ou distorce suas percepções, que não mostra grandes discrepâncias entre seu eu real e ideal, adota menos atitudes de defesa, é mais aberto. Percebe de forma mais autêntica a realidade e aceita com maior facilidade os outros” (Colaciti, 2006, p.6).

Deste modo, possuir um autoconceito adequado, é determinante para a satisfação pessoal do indivíduo e para o seu bem-estar psíquico.

Pelo que pudemos constatar com o presente estudo, estes alunos reconhecem em si algumas limitações e essas determinam e interferem no seu autoconceito global. Em alguns domínios descrevem-se como menos capazes ou sentem-se mesmo inferiorizados.

Estes jovens necessitam portanto, de todo o suporte possível para desenvolver as suas competências e habilidades, esbater as suas limitações e se tornarem adultos saudáveis.

Como profissionais da educação, devemos pois estar familiarizados e preparados para lidar com esta patologia e atender a alguns indícios manifestados, de modo a impedir possíveis frustrações ou até mesmo distúrbios emocionais. É urgente que se implementem estratégias de intervenção que os auxiliem e lhes devolvam a confiança em si próprias e promovam comportamentos mais corretos.

No decorrer da realização deste estudo, fomos nos apercebendo de algumas limitações. A primeira que identificamos prende-se com a desvantagem de ser um estudo de caso. O facto de utilizarmos uma amostra reduzida, impossibilitando a generalização dos resultados obtidos, faz com que alguns investigadores coloquem em causa “a sua utilidade científica. O que sucede com um caso isolado, num dado contexto específico, não servirá de exemplo para outros casos noutras situações diferentes” (Sousa, 2005, p. 139).

A segunda limitação, refere-se ao facto de termos um conhecimento dos alunos enquanto professora, o que pode provocar um enviesamento nos dados obtidos. Por outro lado, e atendendo à patologia destes alunos, pensamos que constituiu um aspeto positivo, já que foi criado um ambiente de confiança e bem-estar, segundo o qual os alunos puderam expressar-se com maior à vontade e sinceridade.

A terceira e última limitação encontrada prende-se com a faixa etária dos inquiridos. Se por um lado, dois têm a mesma idade, um deles é mais novo. Num próximo estudo seria oportuno tentar encontrar jovens da mesma idade para poder comparar as suas respostas.

Conscientes destas limitações, próprias de um primeiro estudo, pensamos que, ainda assim, pode contribuir para um maior conhecimento desta temática.

Gostaríamos de referir que as opções metodológicas e os diferentes instrumentos de recolha de dados utilizados nos pareceram adequados aos objetivos de estudo.

Num próximo estudo seria interessante aplicar a mesma escala, avaliar os resultados mas em seguida fazer uma intervenção, aplicando estratégias específicas de modo a aperfeiçoar os domínios menos pontuados.

Seria também pertinente realizar o mesmo estudo mas com uma amostra maior, para corroborar ou refutar alguns dados obtidos. Conceber um estudo comparativo entre crianças com a mesma idade, sendo um grupo de alunos ditos “normais” e um outro de alunos com SA e avaliar o papel do professor e dos pais no desenvolvimento do autoconceito em jovens com SA seriam também estudos que nos parecem pertinentes.

Para finalizar, gostaríamos de referir que este foi, sem dúvida, um trabalho que nos deu imenso prazer e que constituiu um enorme contributo para o nosso crescimento como ser humano e como profissional da educação.

Revelou-se muito enriquecedor, na medida em que aprofundamos conhecimentos em relação à Síndrome de Asperger e à importância do Autoconceito no

desenvolvimento do indivíduo e nos sensibilizou para a implementação de algumas estratégias, quando nos defrontarmos com esta patologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1996). Relação entre o conceito de si próprio e a percepção social na adolescência. *Cadernos Consulta Psicológica*, 12, pp. 81-92.
- Antunes, N. L. (2009). *Mal-entendidos: da hiperatividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às perturbações do Sono. As respostas que procura* (4ª Ed). Lisboa: Verso de Kapa.
- Attwood, T. (1998). *A Síndrome de Asperger – Um guia para pais e profissionais*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Attwood, T. (2010). *Tudo sobre a Síndrome de Asperger*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3.ª Ed). Lisboa: Edições 70.
- Bauer, S. (1996). Síndrome de Asperger: ao longo da vida. In: S. Bauer (1995). *Asperger Syndrome through the lifespan*. New York: The Developmental Unit, Genesee Hospital Rochester, Traduzido em 04-96. O.A.S.I.S. – Online Syndrome Information and Support.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projeto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva.
- Bogdan, R. & Biklen S. (2010). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Boyd, B. (2004). *Parenting a child with Asperger syndrome: 200 tips and strategies*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Colaciti, A. K. (2006). A construção do Autoconceito na infância: sua importância no processo de desenvolvimento da criança. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, IV (7), pp. 1-18.
- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Cumine, V.; Leach, J. & Stevenson, G. (2006). *Compreender a Síndrome de Asperger – Guia Prático para Educadores*. Porto: Porto Editora.

- Faria, L. & Fontaine, A.M. (1990). A avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: Adaptação do SDQI de Marsh à população portuguesa. *Cadernos Consulta Psicológica*, 6, pp. 97 – 105.
- Faria, L. & Fontaine, A.M. (1995). Adaptação do Self-Perception Profile for Children (SPPC) de Harter a crianças e pré-adolescentes. *Psicologia*, X (3), 129 – 142.
- Ferreira, A. C. M. A. (2010). *Autoimagem em crianças com Hiperatividade e Défice de Atenção – a nossa realidade*. Porto: Faculdade de Medicina.
- Figueiredo, M. H. A. (2000). *Estudo comparativo do autoconceito em alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da conceção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Frith, U. (2002). *Autism and Asperger Syndrome*. London: Cambridge University Press.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1997). *O inquérito: teoria e prática* (3ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gillberg, C. (2002). *A Guide to Asperger Syndrome*. London: Cambridge University Press.
- Gómez, A. G. (2008). *Espectro Autista: definición, evaluación e intervención educativa*. Mérida: Consejería de Educación.
- Guerra, I. C. (2010). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia Editora.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self – a developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hewitt, S. (2006). *Compreender o Autismo – Estratégias para alunos com Autismo nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

- Hill, M. & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2º ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Jordan, R. (2000). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, Ministério da Educação.
- Kirk, S. A. Gallagher, J. J. (1987). *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Lda.
- Klin, A. (2006). Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral, *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28, pp. 3 – 11.
- Lemley, N. N. (2004). *The reability of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (2ª ed.). Huntington, West Virginia: Marshall University.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentista com mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Matta, I. (2001). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Mello, A. (2005). *Autismo: Guia Prático* (4ª ed.). São Paulo: AMA.
- Miranda, B. (2005). *Dificuldades de Aprendizagem e Autoconceito*. Braga: Universidade do Minho.
- Montenegro, A. (1997). Le concept de soi chez des enfants et jeunes sourds évalué par l'échelle de Piers-Harris. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, pp. 71- 83.
- Moraes, L. (2003). Dificuldade de Aprendizagem – Compreender para melhor educar. Rio. *Revista Sinpro*. Escola do Professor e do Departamento de Comunicação do Sinpro, pp. 55-61.
- Mussen, P. H. et al. (1995). *Desenvolvimento e Personalidade da Criança* (3ª ed.). São Paulo: Editora Harbra Ltda.
- Oliveira, G. (2006). Autismo: História, Clínica e Diagnóstico. *Revista Diversidades* 14, 19 – 26.

- Ozonoff, S., Rogers, S., Hendren, R. (2003). *Perturbações do Espectro do Autismo: Perspetivas da Investigação Atual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Papalia, D. E, Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Pardal, L. & Correia, E. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- Pereira, E. (1998). *Autismo: do conceito à pessoa*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência. Lisboa: Graforim Artes Gráficas, Lda.
- Pereira, E. (1999). *Autismo: o significado como processo central*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência. Lisboa: Graforim Artes Gráficas, Lda.
- Pereira, M. (2005). *Autismo – uma Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento*. V.N. Gaia: Edições Gailivro.
- Piers, E. & Herzberg, D. (2002). *The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, second edition – Piers-Harris 2 Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Prudencio, S. et al. (2007). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Andalucía: Asociación Asperger.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva Publicações.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo – compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.
- Simões, M. F. (2001). *O interesse do auto-conceito em educação*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Silva, C. A. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Sousa, A. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Stake, R. E. (2007). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de Investigação em Educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vargas, E., Lloves, R. (eds.) (2005). Síndrome de Asperger: un enfoque multidisciplinário. *Actas de la 1ª Jornada Científico- Sanitaria sobre Síndrome de Asperger*. Sevilla.
- Veiga, F. H. (1989). Escala de Autoconceito: adaptação portuguesa do “Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale”. *Psicologia, VII (3)*, 275 – 284.
- Veiga, F. H. (1990). *Autoconceito e disrupção escolar dos jovens – conceptualização, avaliação e diferenciação*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Veiga, F. H. (in press, 2005). Novos elementos acerca da escala de autoconceito “Piers-Harris Children’s Self-concept Scale”. *Actas do VIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (SPCE)*. Castelo Branco: Instituto Politécnico.
- Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala do autoconceito de Piers-Harris Children’s Self-concept Scale (PHCSCS - 2). *Psicologia e Educação, vol. V, n.º 1*, 39-48.
- Welton, J. (2004), trad. Silva, P. G. (2008). *Posso explicar-te o que é a Síndrome de Asperger? – Um guia para amigos e familiares*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Wiley, J. & Sons (1996). *Handbook of self-concept : development, social, and clinical considerations*. New York: United States of America.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso: planeamento e métodos* (3ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

## **ANEXOS**

## ESCALA DE AUTO-CONCEITO

**(Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2)**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: Rapaz - Rapariga

Data de avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_

INSTRUÇÕES: Encontra-se no questionário que se segue um conjunto de afirmações que descreve aquilo que algumas pessoas sentem em relação a si mesmas. Lê cada uma dessas afirmações e vê se ela descreve ou não o que tu achas de ti próprio. Se for verdadeiro ou verdadeiro em grande parte põe um círculo em volta da palavra "Sim", que está a seguir à frase. Se for falso ou falso em grande parte põe um círculo em volta da palavra "Não". Responde a todas as perguntas, mesmo que em relação a algumas, seja difícil de decidir. Não assinales "Sim" e "Não" na mesma frase. Lembra-te de que não há respostas certas ou erradas. Só tu nos podes dizer o que é que achas de ti mesmo(a), por isso esperamos que respondas de acordo com o que realmente sentes.

Resultado total: Resultado bruto \_\_\_\_\_ Percentil \_\_\_\_\_ Statines \_\_\_\_\_

Clusters: I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ III \_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ VI \_\_\_\_\_

1	Os meus colegas de turma troçam de mim.	SIM	NÃO
2	Sou uma pessoa feliz.	SIM	NÃO
3	Tenho dificuldades em fazer amizades.	SIM	NÃO
4	Estou triste muitas vezes.	SIM	NÃO
5	Sou uma pessoa esperta.	SIM	NÃO
6	Sou uma pessoa tímida.	SIM	NÃO
7	Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas.	SIM	NÃO
8	A minha aparência física desagrada-me.	SIM	NÃO
9	Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto.	SIM	NÃO
10	Fico preocupado(a) quando temos testes na escola.	SIM	NÃO
11	Sou impopular.	SIM	NÃO
12	Porto-me bem na escola.	SIM	NÃO
13	Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.	SIM	NÃO
14	Crio problemas à minha família.	SIM	NÃO
15	Sou forte.	SIM	NÃO
16	Sou um membro importante da minha família.	SIM	NÃO
17	Desisto facilmente.	SIM	NÃO
18	Faço bem os meus trabalhos escolares.	SIM	NÃO
19	Faço muitas coisas más.	SIM	NÃO
20	Porto-me mal em casa.	SIM	NÃO
21	Sou lento(a) a terminar, trabalhos escolares.	SIM	NÃO
22	Sou um membro importante da minha turma.	SIM	NÃO
23	Sou nervoso(a).	SIM	NÃO
24	Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.	SIM	NÃO
25	Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.	SIM	NÃO
26	Os meus amigos gostam das minhas ideias.	SIM	NÃO
27	Meto-me frequentemente em sarilhos.	SIM	NÃO
28	Tenho sorte.	SIM	NÃO
29	Preocupo-me muito.	SIM	NÃO
30	Os meus pais esperam demasiado de mim.	SIM	NÃO

31	Gosto de ser como sou.	SIM	NÃO
32	Sinto-me posto de parte.	SIM	NÃO
33	Tenho o cabelo bonito.	SIM	NÃO
34	Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário(a).	SIM	NÃO
35	Gostava de ser diferente daquilo que sou.	SIM	NÃO
36	Odeio a escola.	SIM	NÃO
37	Sou dos últimos a ser escolhido(a) para jogos e desportos.	SIM	NÃO
38	Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.	SIM	NÃO
39	Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias	SIM	NÃO
40	Sou infeliz.	SIM	NÃO
41	Tenho muitos amigos.	SIM	NÃO
42	Sou alegre.	SIM	NÃO
43	Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.	SIM	NÃO
44	Sou bonito(a). (Tenho bom aspecto)	SIM	NÃO
45	Meto-me em muitas brigas.	SIM	NÃO
46	Sou popular entre os rapazes.	SIM	NÃO
47	As pessoas pegam comigo.	SIM	NÃO
48	A minha família está desapontada comigo.	SIM	NÃO
49	Tenho uma cara agradável.	SIM	NÃO
50	Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.	SIM	NÃO
51	Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de, participar.	SIM	NÃO
52	Esqueço o que aprendo.	SIM	NÃO
53	Dou-me bem com os outros.	SIM	NÃO
54	Sou popular entre as raparigas.	SIM	NÃO
55	(gosto de ler) Sou bom leitor	SIM	NÃO
56	Tenho medo muitas vezes.	SIM	NÃO
57	Sou diferente das outras pessoas.	SIM	NÃO
58	Penso em coisas más.	SIM	NÃO
59	Choro facilmente.	SIM	NÃO
60	Sou uma boa pessoa.	SIM	NÃO

## ORIENTAÇÕES PARA ADMINISTRAÇÃO

A Escala Piers-Harris 2 é destinada para aplicação a crianças e adolescentes entre o 2º e 12º anos de escolaridade. A administração só deve ocorrer no 2º ano se as crianças tiverem pelo menos 7 anos e revelem competências de leitura. Pode ser utilizada com adolescentes até aos 18 anos. A escala deve ser aplicada individualmente ou a pequenos grupos.

Quando se está a administrar a escala é bom estabelecer uma ligação com a criança para que esta responda de forma natural, revelando a forma como geralmente se sente acerca de si própria. Antes de distribuir o instrumento discuta o objectivo da escala e, se possível, explique como os resultados serão usados. Por exemplo, pode dizer,

*O objectivo destas escalas é descobrir o modo como as crianças realmente se sentem acerca de si próprias. Muitas vezes outras pessoas, especialmente pais e professores, são questionados sobre o que vocês pensem e sentem. Este questionário permite recolher a vossa opinião.*

Dependendo da situação poderá também dizer,

*Os resultados podem ser usados para ajudar as crianças a sentir-se melhor acerca de si próprias.*

Ou

*Os resultados podem ser usados para nos ajudar a perceber melhor aquilo que vos faz sentir da forma como se sentem.*

Pode dizer às crianças que as respostas ficam o mais possível confidenciais. Deve relaxar os sujeitos dizendo que não se trata de um teste e que não há respostas certas ou erradas. Por esta razão deverá evitar utilizar o termo *teste* ao referir-se à Piers-Harris 2. Em vez disso escolha uma palavra mais neutral, tal como *pesquisa* ou *questionário*.

Peça à criança que siga a leitura das instruções, enquanto procede à sua leitura em voz alta. Pode introduzir desta forma:

*Aqui estão algumas frases que dizem como as pessoas podem sentir-se acerca de si próprias. Lê cada frase e decide se ela descreve ou não a forma como te sentes acerca de ti próprio. Se é verdade ou*

*maioritariamente verdade para ti, debes circundar a palavra sim a seguir à afirmação. Se é falso ou na maioria falso, debes circundar a palavra não. Responde a todas as questões, mesmo que algumas sejam difíceis de decidir. Não circundes ambas as palavras, sim e não, para a mesma questão. Se quiseres mudar a tua resposta cobre-a com um X e circunda a nova resposta. Recorda-te que não existem respostas certas ou erradas. Só tu nos podes dizer como te sentes acerca de ti próprio, esperamos que marques cada frase da forma como te sentes realmente.*

A Piers-Harris está escrita para crianças a partir do 2º ano de escolaridade. No entanto, geralmente torna-se recomendável proceder à leitura em voz alta de todas as afirmações para os níveis entre o 2º e o 4º anos de escolaridade. Adicionalmente também se poderá responder a algumas questões postas pelas crianças, especialmente as mais novas, pois poderão ter alguma dificuldade de leitura.

Não existe tempo limite para a aplicação da Piers-Harris 2, cada um deve seguir o seu ritmo.

Quando a criança tiver terminado recolha a folha de auto-registo e verifique se está completamente preenchida. Toda a informação de identificação deverá estar correcta e o formulário não deverá ter respostas inválidas. Respostas inválidas são as que não foram preenchidas ou as que têm sinalizados o sim e o não. Se algo estiver incorrecto deverá pedir à criança que corrija, porque poderá enviar os resultados (Piers e Herzberg, 2002, pp. 7- 8).

## **PONTUAÇÕES E PERFIL DE AUTOCONCEITO**

### Calcular as Pontuações de autoconceito

As pontuações diretas do autoconceito incluem o resultado Total Piers-Harris 2 (TOT) e as pontuações dos seis domínios: Comportamento Ajustado (BEH), Estatuto Intelectual e Escolar (INT), Aparência Física (PHY), Ansiedade (FRE), Popularidade (POP), e Felicidade (HAP). Para obter a pontuação Total (TOT) directa, conte o número de itens para os quais "1" é registado na folha de trabalho e registe este número no espaço que etiquetou TOT, ao fundo da página.

Para determinar as pontuações diretas para o seis domínios da escala, localize cada item para o qual um "1" foi circulado e foi feito um sinal de conferido no final da mesma fila como aquele item. Conte o número de sinais que fez nas colunas que correspondem a cada domínio. Registe estes totais nos espaços apropriados ao fundo da folha de trabalho. Não pode calcular a pontuação TOT somando as pontuações diretas dos seis domínios nos espaços apropriados ao fundo da folha de trabalho.

Não pode calcular a pontuação TOT somando as pontuações diretas dos seis domínios. Porque alguns itens aparecem em mais de um domínio, o TOT, pontuação directa não é equivalente à soma das pontuações diretas dos domínios.

### Delinear o Perfil

Transfira as pontuações diretas de autoconceito da folha de trabalho para os espaços correspondentes ao fundo da folha Perfil. Assinale o valor em cada coluna que corresponde à pontuação directa que registou ao fundo. Então ligue as pontuações assinaladas para delinear o perfil. Podem ser calculados a pontuação (T) e o percentil para cada pontuação directa ao longo das margens direita e esquerda da Folha de Perfil, na mesma fila onde a pontuação directa registada aparece. Registe as pontuações TOT e autoconceito nos espaços apropriados ao fundo da página.

Ao analisar as pontuações T na Folha de Perfil permite-lhe ver à primeira vista se as pontuações de uma criança estão no alcance normal que

normalmente é considerado que está dentro de 1 desvio standard da média. Porque as pontuações T são pontuações standards com uma média de 50 e uma divergência standard de 10, o alcance normal no Piers-Harris 2 é considerado entre 40T e 60T (Piers e Herzberg, 2002).

Nota: adaptação da tradução do Manual p. 9

# PIERS-HARRIS 2

Ellen V. Piers, Ph.D., Dale B. Harris, Ph.D., & David S. Herzberg, Ph.D.

## PROFILE SHEET

Name (or ID#): \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

%ile	T	INC	RES	TOT	BEH	INT	PHY	FRE	POP	HAP	T	%ile
>99	≥80	≥7	≥52								≥80	>99
	79	6	51								79	
	78		50	60							78	
	77		48-49								77	
	76		46-47								76	
	75	5	45								75	
>99	74		44								74	>99
99	73		43								73	99
	72		42	59							72	
	71		41								71	98
	70	4	40								70	
	69		39	58					12		69	97
	68		38								68	96
	67										67	
	66		37	57							66	95
	65	3				16	11	14			65	93
	64		36								64	92
	63		35	56							63	90
	62				14						62	88
	61		34	55							61	86
	60	2	33	54					11		60	84
	59					15				10	59	82
	58		32	53			10	13			58	79
	57										57	76
	56		31	52							56	73
	55			51							55	69
	54		30		13	14		12	10		54	66
	53	1		50							53	62
	52		29	49			9				52	58
	51			48						9	51	54
	50		28	47					9		50	50
	49			46	12						49	46
	48		27	44-45			8	10			48	42
	47			43					8	8	47	38
	46		26	42	11	11		9			46	34
	45			41			7				45	31
	44			39-40					7		44	27
	43	0	25	38	10	10		8		7	43	24
	42			37			6				42	21
	41			36	9	9		7			41	18
	40		24	34-35		8	5		6	6	40	16
	39			33	8			6	5		39	14
	38		23	31-32		7	4				38	12
	37			30	7			5		5	37	10
	36			28-29		6			4		36	8
	35		22	27	6		3	4		4	35	7
	34			26		5					34	5
	33		21	24-25	5			3	3	3	33	4
	32		20	22-23		4	2				32	3
	31		19	21	4			2	2		31	3
	30			19-20						2	30	
	29		<18	17-18	3	3	1		1		29	2
	28			16	2						28	
	27			15		2				1	27	1
<1	26			<14	1						26	<1
	25										25	
	24					1			0		24	
	23						0				23	
	22				0			0		0	22	
	21										21	
<1	≤20					0					≤20	<1

%ile	T	INC	RES	TOT	BEH	INT	PHY	FRE	POP	HAP	T	%ile
Raw Score											Raw Score	
T-Score											T-Score	
Validity Scales						Self-Concept Scales						

Published by  
**wps** WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES  
 12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, CA 90025-1251  
 Publishers and Distributors

Copyright © 2002 by Ellen V. Piers and Dale B. Harris.  
 Not to be reproduced in whole or in part without written permission  
 of Western Psychological Services. All rights reserved. Printed in U.S.A.

N-388A

**SCORING WORKSHEET (ITEMS 1-31)**

**Inconsistent Responding Index**  
Check box if:

Item 1 = 0 and Item 47 = 1

Item 2 = 0 and Item 42 = 1

Item 3 = 1 and Item 41 = 0

Item 4 = 1 and Item 40 = 0

Item 5 = 0 and Item 43 = 1

Item 7 = 0 and Item 10 = 1

Item 9 = 1 and Item 51 = 0

Item 14 = 1 and Item 20 = 0

Item 18 = 0 and Item 21 = 1

Item 19 = 0 and Item 27 = 1

Item 26 = 0 and Item 39 = 1

Item 29 = 1 and Item 56 = 0

Item 31 = 0 and Item 35 = 1

Item	No		Yes		Domain Scales					
	No	Yes	BEH	INT	PHY	FRE	POP	HAP		
1.	1	0					<input type="checkbox"/>			
2.	0	1						<input type="checkbox"/>		
3.	1	0					<input type="checkbox"/>			
4.	1	0				<input type="checkbox"/>				
5.	0	1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6.	1	0				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7.	1	0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
8.	1	0			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
9.	0	1			<input type="checkbox"/>					
10.	1	0				<input type="checkbox"/>				
11.	1	0					<input type="checkbox"/>			
12.	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
13.	1	0	<input type="checkbox"/>							
14.	1	0	<input type="checkbox"/>							
15.	0	1			<input type="checkbox"/>					
16.	0	1		<input type="checkbox"/>						
17.	1	0				<input type="checkbox"/>				
18.	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
19.	1	0	<input type="checkbox"/>							
20.	1	0	<input type="checkbox"/>							
21.	1	0		<input type="checkbox"/>						
22.	0	1		<input type="checkbox"/>						
23.	1	0				<input type="checkbox"/>				
24.	0	1		<input type="checkbox"/>						
25.	1	0		<input type="checkbox"/>						
26.	0	1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
27.	1	0	<input type="checkbox"/>							
28.	0	1						<input type="checkbox"/>		
29.	1	0				<input type="checkbox"/>				
30.	1	0	<input type="checkbox"/>							
31.	0	1				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

SCORING WORKSHEET (ITEMS 32-60)

Inconsistent Responding index  
Check box if:

Domain Scales

Item	No	Yes	BEH	INT	PHY	FRE	POP	HAP
32.	1	0				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33.	0	1			<input type="checkbox"/>			
34.	0	1		<input type="checkbox"/>				
35.	1	0				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
36.	1	0	<input type="checkbox"/>					
37.	1	0					<input type="checkbox"/>	
38.	1	0	<input type="checkbox"/>					
39.	0	1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
40.	1	0				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
41.	0	1					<input type="checkbox"/>	
42.	0	1						<input type="checkbox"/>
43.	1	0		<input type="checkbox"/>				
44.	0	1			<input type="checkbox"/>			
45.	1	0	<input type="checkbox"/>					
46.	0	1			<input type="checkbox"/>			
47.	1	0					<input type="checkbox"/>	
48.	1	0	<input type="checkbox"/>					
49.	0	1			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
50.	0	1		<input type="checkbox"/>				
51.	1	0					<input type="checkbox"/>	
52.	1	0		<input type="checkbox"/>				
53.	0	1						<input type="checkbox"/>
54.	0	1			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
55.	0	1		<input type="checkbox"/>				
56.	1	0				<input type="checkbox"/>		
57.	1	0					<input type="checkbox"/>	
58.	1	0	<input type="checkbox"/>					
59.	1	0				<input type="checkbox"/>		
60.	0	1	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
INC	Sum of "Yes" answers <input type="text"/>							
	RES		BEH	INT	PHY	FRE	POP	HAP
	<input type="text"/> Sum of "1" answers							
	TOT							

Item 44 = 1 and Item 49 = 0

Item 53 = 1 and Item 60 = 0

## TABELA DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA ESCALA *PIERS-HARRIS 2*

Interpretação dos resultados da escala Piers-Harris 2 em Níveis (Piers e Herzberg, 2002 p. 17)

Medida do Resultado	Medidas dos Percentis	Nível atribuído
<b>Escala Total (TOT)</b>		
≤ 29T	≤ 2	Muito Baixo
30T – 39T	3 – 14	Baixo
40T – 44T	15 – 28	Médio Baixo
45T – 55T	29 – 71	Médio
56T – 59T	72 – 83	Médio Alto
60T – 69T	84 – 79	Alto
≥ 70	≥ 98	Muito Alto
<b>Escalas de Domínio</b>		
≤ 29T	≤ 2	Muito Baixo
30T – 39T	3 – 14	Baixo
40T – 44T	15 – 28	Médio Baixo
45T – 55T	29 – 71	Médio
≥ 56T	≥ 72	Médio Alto

Nota: As medidas dos percentis são aproximadas.

## ANEXO 5 - GUIÃO DE ENTREVISTA

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino – Feminino

Data de avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_

INSTRUÇÕES: O questionário que se segue pretende clarificar algumas das afirmações que deste anteriormente. Vou fazer-te algumas perguntas e peço que sejas o mais sincero e respondas de acordo com o que realmente sentes. Lembra-te que não há respostas certas ou erradas.

- Porque é que ficas nervoso quando o professor te faz perguntas?
- Porque é que crias problemas à tua família? O que fazes?
- O que é ser forte para ti?
- Que coisas más fazes?
- Porque é que és (ou não) um membro importante da tua turma? O que fazes? Ajudas?
- O que é que fazes para dar uma boa impressão perante a turma?
- Em que alturas é que te metes em sarilhos? Que sarilhos?
- O que é que te preocupa?
- Porque é que gostavas de ser diferente daquilo que és?
- O que não gostas em ti? Que mudarias em ti, se pudesses?
- Porque é que és infeliz? Quando te sentes infeliz? Porque o dizes?
- Diz-me 3 motivos para considerares uma pessoa alegre.
- Indica-me 3 coisas más que costumavas pensar com frequência.
- O que é, para ti, ser uma boa pessoa?

## ANEXO 6 – APRESENTAÇÃO DOCUMENTAL DAS ENTREVISTAS

### Aluno A

---

Q - Na questão 7 do questionário que te fiz anteriormente, respondeste que ficavas nervoso quando o professor te faz perguntas. Porquê?

***Hum... fico nervoso porque...***

*(pensa e demonstra hesitação)*

Q - Porque não sabes a matéria?

***Porque não sei a matéria.***

Q - Ou porque não gostas do professor?

***Não, porque não sei a matéria.***

Q - Mas sentes dúvidas?

***Sim!***

Q - Na questão 14, como o aluno respondeu que não criava problemas à família, questionámos: Nunca criaste problemas à tua família?

***Nunca.***

Q - Nem sentiste que as pessoas achavam que criavas problemas?

***Não.***

Q - O que é ser forte para ti?

***Beber leite, comer fruta, beber água.***

Q - E isso torna as pessoas mais fortes?

***Sim.***

Q - Mas fortes como? Fisicamente?

***Sim.***

Q - E psicologicamente, o que é uma pessoa forte?

***Não sei...***

Q - Contextualizamos a situação para verificar se o aluno percebia realmente ao que nos referíamos, mas ainda assim não respondeu.

Q - Nunca fizeste coisas más?

***Nunca fiz! Não! Não!***

Q - Porque é que não és um membro importante da tua turma?

***Porque às vezes falho as coisas.***

Q - Falhas como? (mostra novamente muita hesitação...)

***Não sei....***

Q - O que é que não fazes bem para falhar as coisas?

***Não faço bem os trabalhos, não sei...***

Q - O que é que fazes para dar uma boa impressão perante a turma?

Depois de não obtermos resposta, questionámos: Portas-te bem? És amigo?

***Sou amigo... não sei... não sei...***

Q - Para as pessoas gostarem de ti, para causares boa impressão, o que fazes?

***Não sei!***

Q - O que são sarilhos?

***Hum... sarilhos são problemas...***

Q - E que tipo de problemas?

***Não sei!***

Q - O que é que te preocupa?

***Que eu tenha problemas...***

Q - Problemas como?

***Não sei...***

Q - Na escola? Na família? O que te preocupa?

***Não sei...***

Q - Quando é que ficas preocupado?

***Não sei... que eu tenha problemas...***

Q - Mas que tipo de problemas? Não tirar boas notas, por exemplo?

***Sim, não tirar boas notas.***

Q - E mais?

***Não sei...***

Q - Porque é que gostavas de ser diferente daquilo que és?

***Para portar bem e ter boas notas e para ser amigo.***

Q - O que não gostas em ti?

***Não sei...***

Q - Que mudarias em ti, se pudesses?

***O que é que eu mudava em mim? Mudava....***

Q - Hesita mas não responde.

Q - Diz-me 3 motivos para te considerares uma pessoa alegre.

***Ter boas notas. Portar bem. Ajudar os amigos.***

Q - O que é, para ti, ser popular?

***Não sei.***

Q - Indica-me 3 coisas más que costumavas pensar com frequência.

***Se calhar... não sei! Quando está com uma cara de malvado...desconfio.***

Q - O que é, para ti, ser uma boa pessoa?

***Pôr limpar o lixo lá fora... faz muitas coisas boas, ter boas notas, limpar a sala... não sei!***

Q - Pensa mais um pouco. Insistimos.

***Ser verdadeiro e ser sincero.***

Q - Obrigada pela tua colaboração!

## Aluno B

---

Q- Porque é que ficas nervoso quando o professor te faz perguntas?

***Não é em todas as disciplinas que fico nervoso, é mais em matemática.***

Q- Porquê?

***Porque não sei a matéria e às vezes não estudo.***

Q- Porque é que crias problemas? O que fazes?

***É na escola, quando as coisas não correm bem, sinto que sou um problema para todos, só isso.***

Q- O que é ser forte para ti?

***Não sei, depende do que é... a 'stora é que tem de dizer se é física ou psicologicamente. Mas eu respondi a isso porque considereei psicologicamente.***

Q- Que coisas más fazes?

***Podemos deixar essa para o fim?***

Q- Aceitamos.

Q- Porque é que não és um membro importante da tua turma?

***Porque a turma não fala muito comigo, não sei explicar... nas sei que não sou assim muito popular na turma... eu estive na turma e tentei integrar-me, mas não sei... mas não sou popular na turma.***

Q- O que é que fazes para dar uma má impressão perante a turma?

***Porque acho que só borro, cago tudo!***

Q- Porquê?

***Porque não sei bem lidar com os outros e com as situações e acabo por cagar tudo.***

Q- Em que alturas é que te metes em sarilhos?

***Não sei... fogo... estas perguntas de ser sincero não são nada fáceis de responder!***

Q- O que são sarilhos?

***Confusões, problemas, estar lixado...***

Q- O que é que te preocupa?

***Se há de alguma rapariga que eu gosto e ela não gosta mim... é só isso!***

Q- Porque é que gostavas de ser diferente daquilo que és?

*Eu queria ser diferente... queria ter superpoderes! (risos) eu não sei!*

Q- O que não gostas em ti? Que mudarias em ti, se pudesses?

*Não queria responder a isso... mas também não sei bem! Essa pergunta é um bocado difícil para mim.*

Q- Porque é que és infeliz? Quando te sentes infeliz? Porque o dizes?

*Porque acho que as pessoas não me ligam, não me ouvem, porque a rotina é um tédio... é uma seca... escola, casa, até jogar PSP é uma seca!O que eu queria era viajar!*

Q- Porque é que não te consideras uma pessoa alegre?

*É um pouco o que respondi na pergunta anterior... o mundo não me liga, sinto-me só, o mundo é um tédio... tudo me deixa triste, ninguém me liga, sinto que queria viajar...*

Q- O que é, para ti, ser popular?

*É todas as pessoas ligarem sempre a uma pessoa, estar sempre à volta dela, gostar muito dela, conhecê-la... pronto, é isso!*

Q- Indica-me 3 coisas más que costumavas pensar com frequência.

*Penso que...vou dar um exemplo: eu gosto dessa pessoa e sinto que essa pessoa não gosta de mim e fico triste, penso sempre na mesma coisa...Oh, não sei, é preciso três? Não pode ser só uma?*

Q- Não te lembras de mais nenhuma?

*Acho que uma chega.*

Q- Não responde mais.

Q- O que é, para ti, ser uma boa pessoa?

*Ser sincero, nunca ser mentiroso, ajudar os outros, tentar não magoar as outras pessoas... sei que as boas pessoas também cometem erros mas é ouvir uma pessoa quando conta um segredo e tentar guardar esse segredo. É muita coisa...*

Q- Que coisas más fazes?

*Oh... é preciso mesmo responder? Não estou a ver!*

Obrigada pela tua colaboração.

## Aluno C

---

Q- Porque é que ficas nervoso quando o professor te faz perguntas?

***Fico às vezes, mas só quando é uma pergunta que não tenho mesmo a certeza, mas isso é muito raramente, de resto não fico nervoso.***

Q- Alguma vez sentiste que criaste problemas à tua família?

***Nunca sinto que crio problemas, normalmente... os meus pais é que ficavam preocupados se eu ficasse sozinho em casa.***

Q- O que é ser forte para ti?

***É ter força, conseguir levantar coisas pesadas, é ter músculos... isso é uma coisa que eu não percebo lá muito bem...***

Q- Nunca fazes coisas más?

***Nunca! Só fiz uma vez e dessa vez até foi um acidente... com a minha prima. Estávamos a correr, a brincar e eu, sem querer, com aquelas bolas das piscinas... estávamos a brincar à guerra e sem querer, acertei-lhe na cara! Foi a única coisa má que fiz!***

Q- Porque é que és um membro importante da tua turma? O que fazes?

***Eu acho que sou, não sei... não percebo muito bem desse assunto, mas acho que sou um membro importante da turma porque sou o subdelegado e às vezes até dou apoio ao delegado.***

Q- O que é que fazes para dar uma boa impressão perante a turma?

***Não gozo, não costumo fazer asneiras, costumo ajudar o mais que posso, porto-me bem... tento evitar a todo o custo que aconteçam coisas más.***

Q- Em que alturas é que te metes em sarilhos? O que são sarilhos?

***Só me meti em sarilhos algumas vezes mas foi antes de fazer um acordo com a turma toda.***

Q- Que tipo de sarilhos eram esses?

***Porrada, luta, brigas... o costume, tradicional... asneiras!***

Q- O que é que te preocupa?

***Preocupa-me o estado da minha avó, a minha família, como é que vou fazer agora que estive uma semana doente... e se vou ou não ao passeio da escola...***

Q- Mais alguma coisa?

**Ah... também me preocupa o facto de eu não ver o meu primo há algum tempo e não saber como ele está.**

Q- O teu primo é importante para ti?

**Sim. Toda a gente da minha família são pessoas importantes.**

Q- O que não gostas em ti? Que mudarias em ti, se pudesses?

**Eu mudava o facto de ser tão pesado, tentava perder peso. Tirando isso... nada!**

Q- Gostas de ser assim?

**Sim, não tenho vergonha!**

Q- Disseste que não eras infeliz. Não há nada que te deixe infeliz?

**Não, porque eu tenho familiares que gostam de mim... a minha família gosta de mim, os meus pais gostam muito de mim... tenho coisa muito boa!**

Q- Diz-me 3 motivos para te considerares uma pessoa alegre.

**Ser feliz. Ter amizades. Não fazer coisas, não pensar em maldades e fazer... posso dizer uma quarta? Não fazer maldades, cometer crimes e desejar coisas más às pessoas, não desejar mal a ninguém.**

Q- O que é, para ti, ser popular?

**Ter amigos, ser mais autónomo, não gozar com eles, andar na onda deles... coisas assim.**

Q- O que é, para ti, ser uma boa pessoa?

**Para mim, ser uma boa pessoa é não desejar mal a ninguém, não roubar, não mentir... não fazer coisas más!**

Obrigada pela tua colaboração.

## Anexo 7 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento de [REDACTED]

**Assunto:** Autorização para recolha de dados para Dissertação de Mestrado

Ana Rita Janela de Araújo Rodrigues, docente, a frequentar o Curso de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial, na Faculdade de Ciências Sociais na Universidade Católica Portuguesa, Braga, encontra-se a desenvolver uma investigação no âmbito da dissertação de Mestrado.

Trata-se de um projecto de investigação sobre o autoconceito de crianças com Síndrome de Asperger, orientado pela Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte. Para concretização dos objectivos propostos neste projecto será necessária a aplicação de uma escala (autoconceito), bem como recolha de dados acerca de crianças com Síndrome de Asperger, em contexto escolar, familiar e terapêutico.

Vimos pois, solicitar que V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, se digne autorizar a realização deste trabalho no Agrupamento de Escolas de Pedrouços, assegurando desde já a confidencialidade dos dados, protegida a identidade dos participantes e obtido o consentimento informado dos encarregados de educação dos mesmos.

Agradecendo, desde já, a colaboração que nos possa dispensar e o seu contributo para o desenvolvimento desta investigação subscrevemo-nos, com consideração.

Com os melhores cumprimentos,

A Investigadora,

---

[REDACTED] de fevereiro de 2013

## Declaração

██████████, diretor do Agrupamento de Escolas de ██████████, autorizo que a docente, Ana Rita Janela de Araújo Rodrigues, a frequentar o Curso de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial, na Faculdade de Ciências Sociais na Universidade Católica Portuguesa, Braga, proceda à recolha de dados para o projecto de investigação conducente à sua dissertação de Mestrado, orientada pela Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte no Agrupamento de Escolas de Pedrouços.

Tomei conhecimento do tema da investigação, designadamente o ***Autoconceito de crianças com Síndrome de Asperger*** e do método de recolha de dados: aplicação de uma escala de autoconceito e levantamento de informações acerca de crianças com Síndrome de Asperger, em contexto escolar, familiar e terapêutico.

Foi-me assegurado que será obtido o consentimento informado dos encarregados de educação das crianças que participem no estudo, bem como será respeitada a confidencialidade dos dados e protegida a identidade dos participantes em qualquer trabalho ou publicação dos resultados da investigação.

Com esta autorização, colaboramos na área do desenvolvimento socio-emocional de crianças com Síndrome de Asperger.

██████████ de fevereiro de 2013

O Diretor do Agrupamento  
de Escolas ██████████

---

## Declaração

Na condição de encarregado de educação aceito que o meu educando participe na investigação desenvolvida pela docente Ana Rita Janela de Araújo Rodrigues, mestranda da Faculdade de Ciências Sociais na Universidade Católica Portuguesa, Braga, orientada pela Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte, no âmbito da sua dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial.

Tomei conhecimento do tema da investigação, designadamente o ***Autoconceito de crianças com Síndrome de Asperger*** e do método de recolha de dados: aplicação de uma escala de autoconceito e levantamento de informações acerca de crianças com Síndrome de Asperger, em contexto escolar, familiar e terapêutico.

A minha participação é voluntária e foi-me assegurado que será respeitada a confidencialidade dos dados e protegida a identidade dos participantes em qualquer relatório ou publicação.

Com esta autorização, estaremos a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área do desenvolvimento socio-emocional de crianças com Síndrome de Asperger.

██████████, \_\_\_\_\_ de fevereiro de 2013

O Encarregado de Educação,

---